



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 001-2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 15 de Setiembre del 2015

El Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, en ese contexto, y como parte del fortalecimiento del Sector Salud, se ha emitido el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, en la que se ha definido las metas institucionales, los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplirse en el año 2015, para la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, a fin de fortalecer el Desempeño de la Gestión del Hospital Víctor Larco Herrera a partir de implementación de sistemas de monitoreo y evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora de los Servicios de Salud, que nos permitan tomar decisiones oportunas, eficientes y efectivas en beneficio de la persona, familia y comunidad; es necesario, aprobar el instrumento denominado Directiva de Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Hospital Víctor Larco Herrera-2015;

Que, el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la misión y sus objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

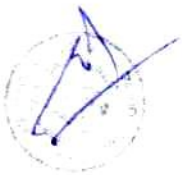


Que, mediante Nota Informativa N° 129-OEPE-HVLH-2015 de fecha 17 de agosto del 2015, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, manifiesta que la Directiva de Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Hospital Víctor Larco Herrera del Instituto de gestión de Servicios de Salud para el Año 2015, ha sido evaluada y aprobado de conformidad a los documentos normativos; en tal sentido, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario, formalizar su aprobación, mediante acto de administración;


Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico y del Director Adjunto del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

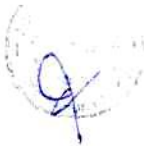
SE RESUELVE




Artículo 1º.- Aprobar la Directiva N° 001-DG-HVLH/IGSS-2015 "Directiva para el Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Hospital Víctor Larco Herrera del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del MINSA-2015", la cual consta de treintinueve (39) páginas, la misma que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.



Artículo 2º.- Delegar al Director Adjunto del HVLH, como responsable de la difusión, implementación, aplicación, así como supervisar su cumplimiento del documento aprobado en el artículo primero de la presente resolución.




Artículo 3º.- El Comité encargado del Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora del Hospital Víctor Larco Herrera del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del MINSA, aprobado por Resolución Directoral N° 209-2015-HVLH, también es responsable del cumplimiento del documento precedente aprobado, en lo que corresponda.



Artículo 4º.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese.



GEVG/MYRV

Distribución

- o Dirección Adjunta
- o Dirección de Planeamiento Estratégico
- o Oficina de Gestión de la Calidad
- o Oficina de Asesoría Jurídica
- o Miembros del Comité del Monitoreo
- o Unidades Orgánicas
- o Archivo



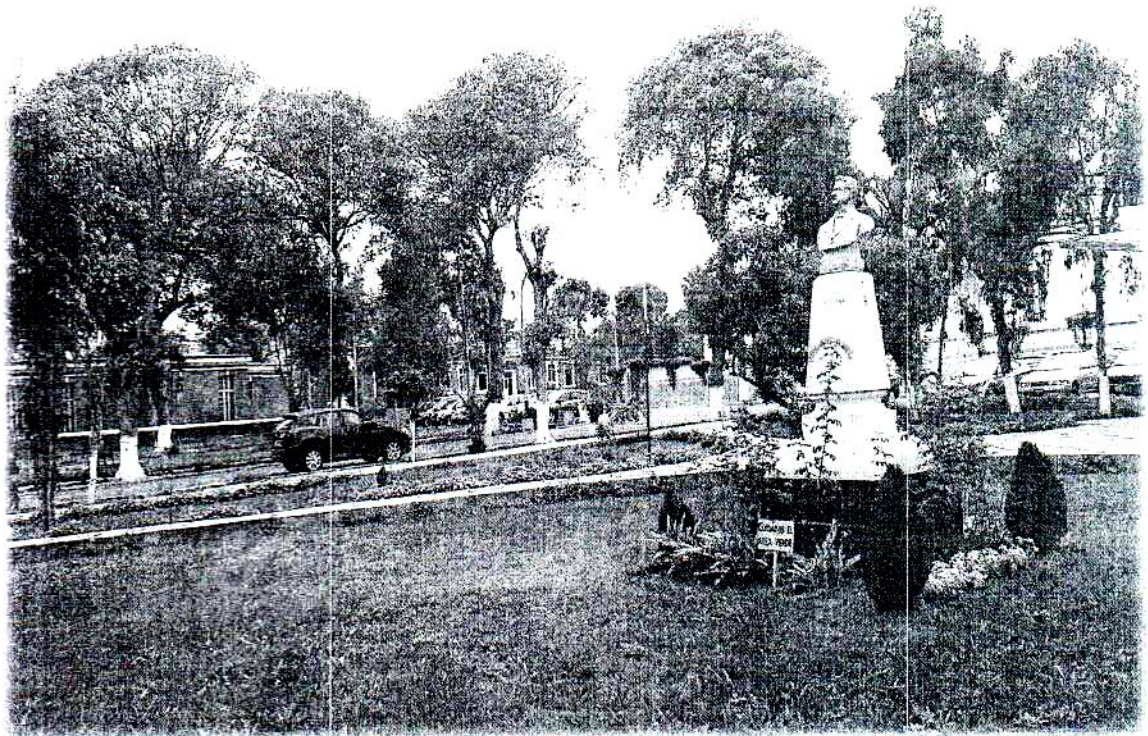
PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA



Directiva N°⁰⁰⁶-DG-HVLH/IGSS-2015, “Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de desempeño y compromisos de Mejora del Hospital Víctor Larco Herrera del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del MINSA” enmarcada en el Decreto Supremo N°041-2015-SA.



Lima, Agosto 2015

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 03
FINALIDAD.....	Pág. 04
OBJETIVOS.....	Pág. 04
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	Pág. 04
BASE LEGAL.....	Pág. 04
DISPOSICIONES GENERALES.....	Pág. 15
DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	Pág. 17
RESPONSABILIDADES.....	Pág. 17
DISPOSICIONES FINALES.....	Pág. 17
ANEXOS.....	Pág. 18
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 19



INTRODUCCIÓN

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud (tres niveles de atención) generan resultados que no siempre son los esperados por la sociedad, el Estado y el mercado. Por eso la importancia de fomentar en forma organizada la medición de los mismos, a fin de cerciorarse que el sistema garantice mejores condiciones en la prestación de los servicios, óptimos niveles de decisiones gerenciales, y mejoras en las prácticas institucionales que respeten el derecho del ciudadano a acceder a la salud con calidad, oportunidad y equidad.

En el contexto de la Política Nacional de Modernización de la Gestión del Estado, se plantea como ejes del cambio, la Gestión por resultados, Gestión por procesos y disponer de sistemas de monitoreo y evaluación del desempeño. Un elemento imprescindible de la gestión por resultados es el proceso continuo de recolección y análisis de datos que tienen como objetivo el seguimiento y monitoreo de los indicadores de insumo, proceso y producto, así como la evaluación de los resultados e impactos de las actividades, programas y proyectos desarrollados por una entidad, con el propósito de mejorar o garantizar la provisión de productos o servicios a los ciudadanos.

De esta forma se busca medir el desempeño de la institución a través del grado de cumplimiento de sus metas de asignación de los recursos, en función de las prioridades establecidas a nivel funcional y territorial en sus planes estratégico, operativo y presupuesto. En tal sentido, se busca medir, con transparencia, la eficacia en el cumplimiento de los objetivos, la eficiencia en el uso de recursos y la calidad o el grado de satisfacción percibida por los ciudadanos atendidos.

Esta información finalmente debe generar el conocimiento adecuado para la mejora continua de la calidad de la acción del Estado en el servicio al ciudadano. La gestión del conocimiento es una disciplina emergente que tiene como objetivo generar, compartir y utilizar el conocimiento tácito (know-how) y explícito (formal) existente en un determinado colectivo u organización, para dar respuestas a las necesidades de los individuos y de las comunidades en su desarrollo. El objetivo es administrar conocimiento y los aprendizajes organizacionales para mejorar el funcionamiento de las entidades, tomando en cuenta buenas prácticas propias o de terceros para retroalimentar el diseño e implementación de sus estrategias de acción y asegurar así resultados positivos y relevantes.

El seguimiento o monitoreo es un proceso organizado para verificar que una actividad o una secuencia de actividades transcurre como se había previsto dentro de un determinado periodo de tiempo. Reporta las fallas en el diseño y la implementación de los programas y proyectos, permite comprobar si se está manteniendo la ruta hacia el objetivo establecido. Estima la probabilidad de alcanzar los objetivos planeados, identifica las debilidades que deben ser atendidas y oportunamente recomienda cambios y propone soluciones.

Asimismo es pertinente desarrollar la evaluación de la gestión, es un proceso por el cual se determinan cambios generados por una actividad o secuencia de actividades, a partir de la comparación entre el estado inicial y el estado actual utilizando herramientas cualitativas y cuantitativas. La evaluación se divide en dos tipos: (i) la evaluación de gestión, que debe explicar el proceso de gestión y ejecución del plan, programa o proyecto y medir la pertinencia de las acciones y la eficacia de los resultados; y (ii) la evaluación de impacto que debe analizar los efectos esperados y no esperados, a la luz de los objetivos de la institución en relación con las expectativas de los ciudadanos.



Por último, la generación de información debe contribuir a la difusión y rendición de cuentas de los resultados parciales y finales de la gestión de las entidades, así como de los proyectos, programas y políticas que impulsa la entidad.

En este marco el **Hospital Víctor Larco Herrera**, ha elaborado un Instrumento de Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de desempeño, Compromisos de Mejora, que busca alcanzar estos propósitos y contribuir con el fortalecimiento del desempeño de la gestión de las IPRES y mejorar la atención en condiciones de calidad, oportunidad y acceso.

I. FINALIDAD

Fortalecer el Desempeño de la Gestión del **Hospital Víctor Larco Herrera** a partir de implementación de sistemas de monitoreo y evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora de los servicios de salud, que nos permitan tomar decisiones oportunas, eficientes y efectivas en beneficio de la persona, familia y comunidad

II. OBJETIVOS

- 2.1 Elaborar el Instrumento de Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora de los Servicios de Salud (conjunto de indicadores y criterios de evaluación) orientados a medir el desempeño de la gestión del **Hospital Víctor Larco Herrera**, en el marco del Decreto Legislativo 1153-2013

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Instrumento de Monitoreo y Evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora de los Servicios de Salud es de aplicación en todos los servicios de salud del **Hospital Víctor Larco Herrera**.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley 28792, que deja sin efecto el Decreto Supremo N° 003-2006-SA y restituye la vigencia de los DS N° 011 y 015-2002-SA
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud"
- DL N°1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA
- El DL 1153 aprobó Política Remunerativa y en su Artículo N° 15 establece la dación de un incentivo económico contra buen desempeño (medido por el cumplimiento de un grupo de indicadores)
- El DS 005-2014-SA aprueba estos indicadores y establece un grupo de medidas para su implementación, incluyendo la firma de convenios y acuerdos de gestión
- El DS 116-2014-EF detalla los criterios técnicos para la evaluación y pago
- El DS 041-2014-SA Define metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora, PERIODO 2015



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Contexto

El Ministerio de Salud en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública¹, orienta su gestión institucional a la adopción paulatina de la gestión por procesos, que contribuya a mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y transparencia de los bienes y servicios que brinda el Ministerio de Salud²

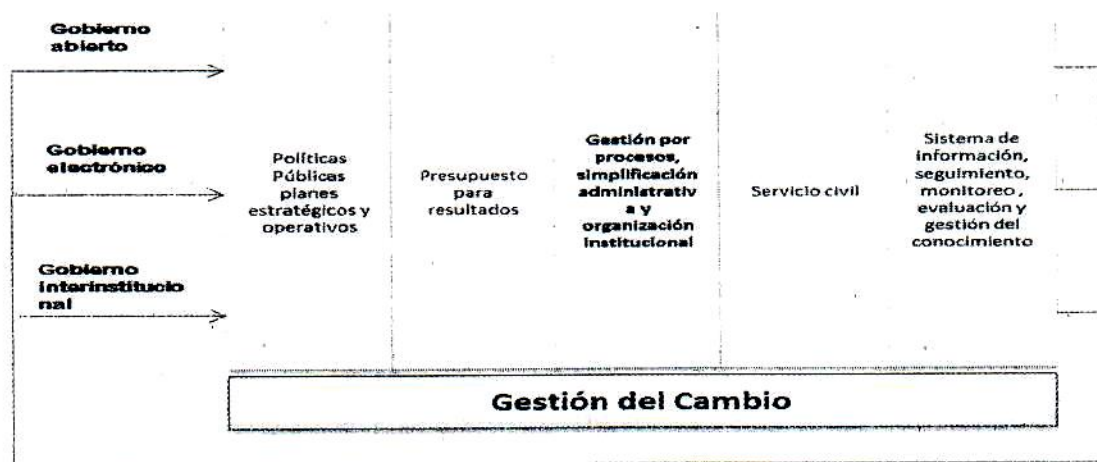
Con esa visión de Estado Moderno, se plantea emprender un proceso de cambio y reforma integral de la gestión pública, a nivel gerencial y operacional, que pueda afrontar la debilidad estructural del aparato estatal para cumplir sus objetivos y así, pasar de una administración pública que se mira a sí misma, a una enfocada en la obtención de resultados para los ciudadanos.

En tal sentido es que se plantea el impulso del proceso de modernización de la gestión pública, sostenido y con perspectiva de largo plazo, implicando para todas las entidades la realización de acciones orientadas a incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en la gestión pública, de modo que ésta pueda cumplir con sus funciones institucionalmente asignadas destinadas a servir más y mejor a los ciudadanos.

Modernizar la gestión pública es una responsabilidad de todas las autoridades, funcionarios y servidores del Estado en cada uno de sus organismos y niveles de gobierno. En ese sentido, cualquier esfuerzo que apunte a elevar los niveles de desempeño de las entidades del Estado a favor de los ciudadanos, debe involucrar a los diversos sectores y niveles de gobierno.

Por lo tanto, la modernización de la gestión pública es una política de Estado que alcanza a todas las entidades públicas que lo conforman, sin afectar los niveles de autonomía que les confiere la ley. Compromete al Poder Ejecutivo, organismos autónomos, gobiernos descentralizados, instituciones políticas y la sociedad civil, a través de sus distintas organizaciones.

Figura N° 01
Política de Modernización de Gestión del Estado



Todos los órganos, unidades orgánicas, programas y proyectos pertenecientes al Ministerio de Salud, operan sus funciones sobre una base de procesos formalmente definidos que estén orientados a la satisfacción del ciudadano, y en un enfoque de gestión de la calidad y mejora continua.

¹D.S. N° 004-2013, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

² Resolución Ministerial N° 805- 2014/MINSA, aprueba Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos en el MINSA



Como se aprecia en la Figura N° 01, los ejes de la Modernización son cinco y se requiere de un gobierno abierto, con apertura al diálogo, que aprovecha la tecnología electrónica para acercar más los servicios públicos al ciudadano, estableciendo canales de coordinación entre todos los niveles de gobierno del estado peruano y los diferentes actores sociales claves para el desarrollo del país.

Dentro de estos ejes del cambio, es preciso resaltar, que para efectos del proceso de reforma en curso que viene impulsando el MINSA, la importancia y trascendencia que tienen:

- Contar con un sistema de monitoreo y evaluación de desempeño de la gestión
- Organizar la atención siguiendo el enfoque de procesos, donde el paciente es el producto final y la razón de ser de la institución.
- Implementación de la gestión por resultados, relacionada a los dos primeros, vinculada al cumplimiento de metas e indicadores de desempeño y asignación de recursos.

Estos tres aspectos, sirven de referente en el presente Instrumento de Monitoreo y evaluación y están contemplados para ser medidos e implementados gradualmente.

El Ministerio de Salud en el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública³, viene impulsando el proceso de reforma sectorial.

El Sector Salud cuenta actualmente con un marco estratégico, el mismo que fue construido de manera participativa, concertada y bajo enfoques y principios rectores en materia de salud. A la fecha, el marco estratégico se basa en la Visión y Objetivos trazados en el Plan Nacional Concertado en Salud 2007-2020 y en la perspectiva de la Reforma del Sector Salud que se viene impulsando con la finalidad de lograr los objetivos, metas y fines propuestos.

Desafíos de la Reforma del Sector. Los desafíos para lograr los cambios propuestos en el Plan Nacional Concertado son muchos y requiere de un trabajo arduo y coordinado entre todos los actores del sector.

El Ministerio de Salud (MINSA) está fortaleciendo su rol rector para asegurar gobernanza y conducción sectorial, modernizándose junto a sus organismos adscritos para asumir las diversas aristas que involucra esta nueva etapa.

En términos generales, se trabajará entre tres grandes frentes externos y uno interno. En el frente externo, de cara al ciudadano, se trabajará en incrementar la cobertura, mejorar la calidad de los servicios brindados por todos los agentes y garantizar los derechos en salud de la población. En tanto, en el frente interno, se fortalecerá la rectoría del MINSA y se migrará a un modelo de gestión basado en procesos que permita generar valor público en las acciones de los actores del Sector. En ese sentido, la Reforma busca concentrarse en 4 pilares:

Figura N° 02
Ejes de la Reforma Sectorial



MÁS
gente protegida

MÁS
y mejores
cuidados



MÁS
protección
de derechos



MÁS
rectoría y
gobernanza del
sistema

³D.S. N° 004-2013, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública



MÁS Personas protegidas

Involucra el cierre total de la brecha en la atención de salud, es decir, que todos los peruanos tengan un seguro con cobertura de salud integral y gratuita, sin que ninguna condición limite su derecho de recibir atención de calidad. Se alienta, además, la cobertura de emprendedores.

MÁS y Mejores servicios

Las personas tienen derecho a recibir una atención calificada en establecimientos bien equipados, con horarios ampliados y atención eficiente, además de medicinas adecuadas. Para lograr una mejor cobertura, se hace uso de las APP, sin que esto implique privatizar el servicio.

MÁS protección de derechos en Salud.

El trabajo articulado y la corresponsabilidad son dos características de la reforma. El SIS interviene como el financiador de servicios y la nueva Superintendencia de Salud (SUSALUD) vela por el derecho del ciudadano a una atención de calidad, en los ámbitos públicos y privado.

MÁS rectores y gobernanza del sistema.

Como conductor de la reforma, el MINSA está modernizándose para fortalecer su rol rector a nivel nacional. Los cambios incluyen la creación de un Viceministerio de Salud Pública, la creación y fortalecimiento de organismos especializados, y la organización basada en procesos en la institución y el sector.

5.2 Marco Conceptual

Un sistema puede definirse como un conjunto de elementos dinámicamente relacionados entre sí que realizan una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre entradas (recursos, capacidades) y proveyendo salidas (servicios de salud) procesadas y también interactúa con el medio externo que lo rodea el cual influye considerable y significativamente en el comportamiento de este. Este conjunto de unidades reciprocamente relacionadas forman un todo que presenta propiedades y características propias que no se encuentran en ninguno de los elementos aislados (Figura N° 03).

En general todos los que han definido la palabra sistema están de acuerdo en que es un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos.

Figura N° 03
Marco Conceptual de la Teoría de Sistemas

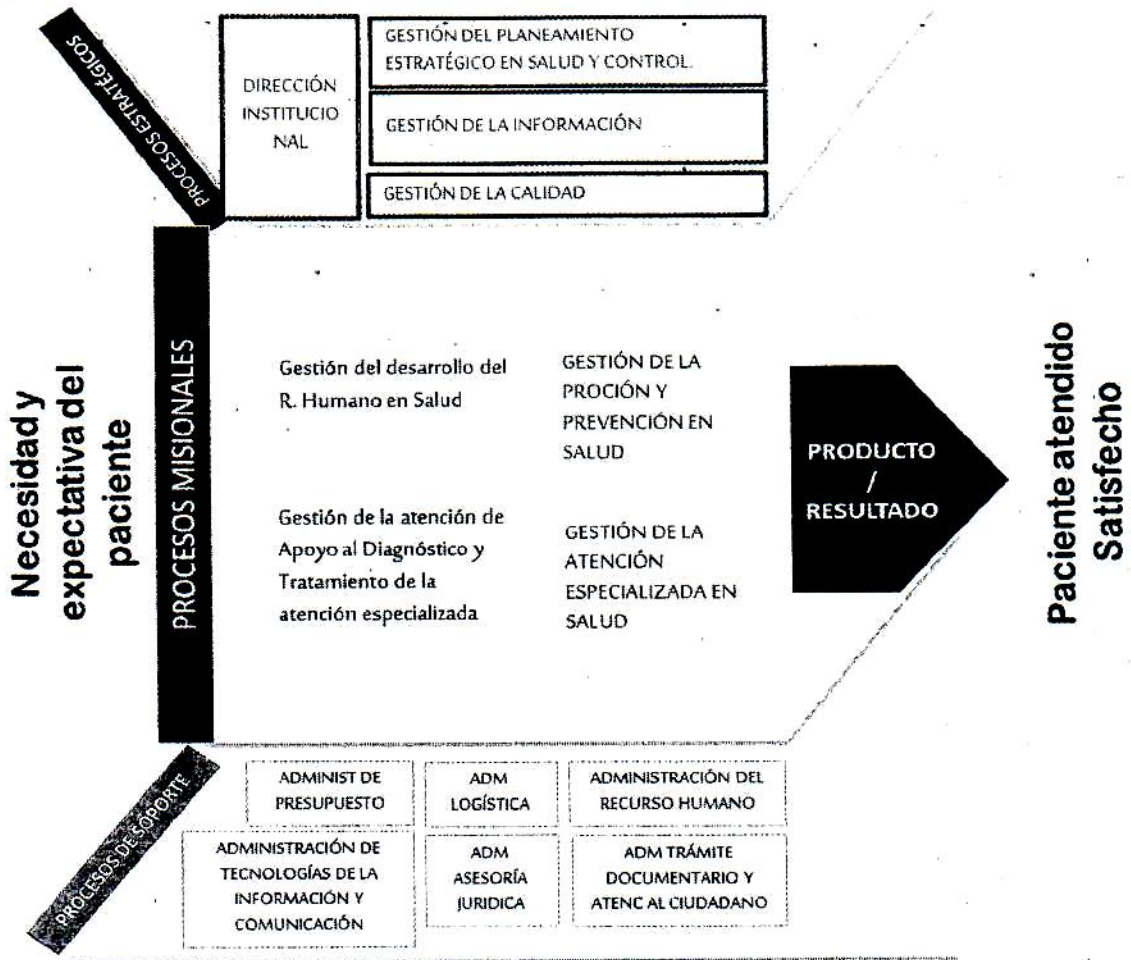


Para acercarnos mejor a la operatividad de los establecimientos de salud y tener un mejor entendimiento del funcionamiento de los hospitales e Institutos, se representó gráficamente en un Mapa de Procesos el accionar de estos establecimientos, teniendo siempre como referente principal su Misión Institucional, que significa orientar todos los esfuerzos, recursos y capacidades a la satisfacción del paciente, familia y comunidad, como producto final de toda la organización.



En este contexto representamos a continuación el funcionamiento regular de un Hospital Víctor Larco Herrera (Figura N° 04).

Figura N° 04
Mapa de Procesos del Hospital Víctor Larco Herrera



A continuación se describe de la siguiente manera:

5.2.1 En la entrada del sistema, se encuentra el paciente que acude al establecimiento con una necesidad, con un problema de salud y con una expectativa que espera será cubierta por el servicio de salud: La Institución organiza y gestiona los servicios de manera articulada en los tres niveles de gestión (macro, meso y micro gestión) de la siguiente manera:

5.2.1.1 En la parte superior del Mapa se ubican los procesos estratégicos, los que definen y despliegan las estrategias y objetivos de la institución, proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos e intervienen en la visión de la institución. Los procesos que marcan la pauta y el norte a seguir. Aquí encontramos por ejemplo los siguientes procesos:

- 5.2.1.1.1 Direccionamiento Estratégico
- 5.2.1.1.2 Planeamiento y presupuesto
- 5.2.1.1.3 Gestión de la Calidad
- 5.2.1.1.4 Gestión de la Información



- 5.2.1.2 En la parte central se ubican los procesos operativos se vinculan directamente con los procesos misionales/operativos del **Hospital Víctor Larco Herrera** hasta los servicios directos, manteniendo una interrelación con los procesos estratégicos y de soporte. Aquellos que generan la producción primordial del establecimiento de salud y representan su razón de ser; están en contacto directo con el usuario y suelen ser transversales a varias Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS), Están referidos en el **HVLH** al Proceso de Atención Directa de Salud; Aquí encontramos por ejemplo los siguientes procesos:
- 5.2.1.2.1 Gestión de la Atención Especializada
 - 5.2.1.2.2 Gestión de las UPSS de atención Directa y de Apoyo al diagnóstico y tratamiento
 - 5.2.1.2.3 Gestión de la Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud
 - 5.2.1.2.4 Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
- 5.2.1.3 En la parte inferior del Mapa de Procesos se ubican los procesos de soporte que abarcan las actividades necesarias para el correcto funcionamiento de los procesos operativos y estratégicos. Aquellos que coadyuvan a la realización de los procesos prestacionales que realiza el **HVLH** y son realizados por las UPSS de Atención de Soporte, aquí encontramos por ejemplo los siguientes procesos:
- 5.2.1.3.1 Administración de Recursos Humanos
 - 5.2.1.3.2 Administración Logística
 - 5.2.1.3.3 Administración del Presupuesto
 - 5.2.1.3.4 Administración de los Asuntos Jurídicos
 - 5.2.1.3.5 Administración de la Tecnología de la Información
 - 5.2.1.3.6 Administración de Trámite Documentario y Atención al Ciudadano.
- 5.2.2 El fenómeno que produce cambios, es el mecanismo de conversión de las entradas en salidas o resultados a través del desarrollo de procesos ordenados armónicamente articulados; en ellos entran insumos y salen elementos diferentes, que son los productos:
- 5.2.3 Cumplir con estos propósitos requiere contar con un sistema de monitoreo y evaluación (Retroalimentación) que mida periódicamente el avance de los procesos y resultados alcanzados en el corto, mediano y largo plazo, retroalimente al sistema, a la institución, identifique nudos críticos y fortalezas, que le permitan orientar mejor los esfuerzos, recursos, capacidades, políticas y estrategias de intervención, de manera oportuna, para alcanzar los objetivos deseados.
- 5.2.4 Finalmente podemos señalar que el desempeño de la gestión en las diferentes UPSS y/o Departamentos de los establecimientos de salud dependen de la mejora de cada uno de estos componentes que deben articularse de manera armónica, precisando además que según los estudios realizados en otros países, se espera que mejorando significativamente los procesos se alcancen los resultados hasta en un 60-75%, dejando la diferencia a los procesos estructurales de larga data y de mucha inyección de recursos como la Infraestructura, equipamiento, entre otros.
- El proceso de monitoreo y evaluación del desempeño de la gestión del **Hospital Víctor Larco Herrera**, enmarcado en el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, seguirá el enfoque de la teoría de sistemas, enmarcado en la gestión por procesos, y encaminado a buscar la eficiencia, equidad y calidad en las prestaciones y los servicios de salud, que impactan en la salud de la población.



5.3 Conceptos Referenciales

5.3.1 Acuerdo y/o Contrato de Gestión:

Instrumento de gestión a través del cual se busca propiciar el logro de los objetivos estratégicos y específicos del Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional, enmarcados en el marco estratégico sectorial y del Instituto de Gestión de Servicios de Salud "IGSS", mediante la implementación de intervenciones integrales sobre la función prestacional y de gestión predefinidas y sobre las cuales las estructuras orgánicas del Hospital, asumen compromisos y responsabilidades compartidas según naturaleza de sus funciones. Son suscritos entre la Dirección General del Hospital y el MINSA.

5.3.2 Compromiso de Gestión:

Es un instrumento de gestión que contribuye a mejorar el desempeño de las UPSS/Departamentos del Hospital, en donde se definen objetivos, metas e indicadores específicos adaptados a la realidad del servicio y deben articularse con los indicadores de los Acuerdos de Gestión del Hospital, suscritos con el MINSA. Son suscritos entre el Director del Hospital y los jefes de los Departamentos.

5.3.2 Compromisos de Mejora de los Servicios

Desarrollo a lograr para mejorar la Gestión Institucional. Su cumplimiento puede enunciarse como un estándar, y es evaluado mediante el informe de cumplimiento del mismo.

5.3.3 Ficha Técnica del Indicador.-

Es el instrumento en el cual se encuentra contenido los aspectos conceptuales, justificación, cálculo de logro del indicador, la frecuencia de medición, la fuente de datos, el valor basal e información adicional respecto al indicador. Existe una ficha técnica para cada uno de los indicadores establecidos como metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios.

5.3.4 Indicador

Son medidas verificables de cambio o resultado, diseñado para contar con un estándar contra el cual evaluar, estimar o demostrar el progreso con respecto al punto de partida (línea de base) y la meta establecida o resultado esperado. Facilita determinar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y determinar su impacto.

5.3.5 Indicador de Desempeño

Instrumento que proporciona información cuantitativa sobre el desenvolvimiento y logros de las instituciones bajo el ámbito del Decreto Legislativo N° 1153, respecto a la cobertura, eficiencia y calidad de los servicios de salud. Su medición permite realizar comparaciones de logro respecto a un estado inicial y/o deseado.

5.3.6 Meta

La meta es el desempeño esperado de un indicador en un tiempo determinado. Se expresa en forma numérica sea que mida aspectos cualitativos o cuantitativos. Se fija en función a la línea de base del indicador. La meta en términos del horizonte temporal puede variar (mensual, bimensual, trimestral, anual, etc.) en ningún caso será de una temporalidad menor a un mes.



5.3.7 Meta Institucional:

Expresión cuantificable de los resultados en salud planteados en función de las políticas nacionales y sectoriales prioritarias.

5.3.8 Logro alcanzado.-

Situación alcanzada al momento de la evaluación.

5.3.9 Logro esperado.-

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

5.3.10 Peso ponderado.-

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

5.3.11 Porcentaje global de cumplimiento.-

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

5.3.12 Valor Basal.-

Valor alcanzado por la entidad en el año previo al año de evaluación.

5.3.13 Valor umbral.-

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

5.4 Del Instrumento de Monitoreo y Evaluación

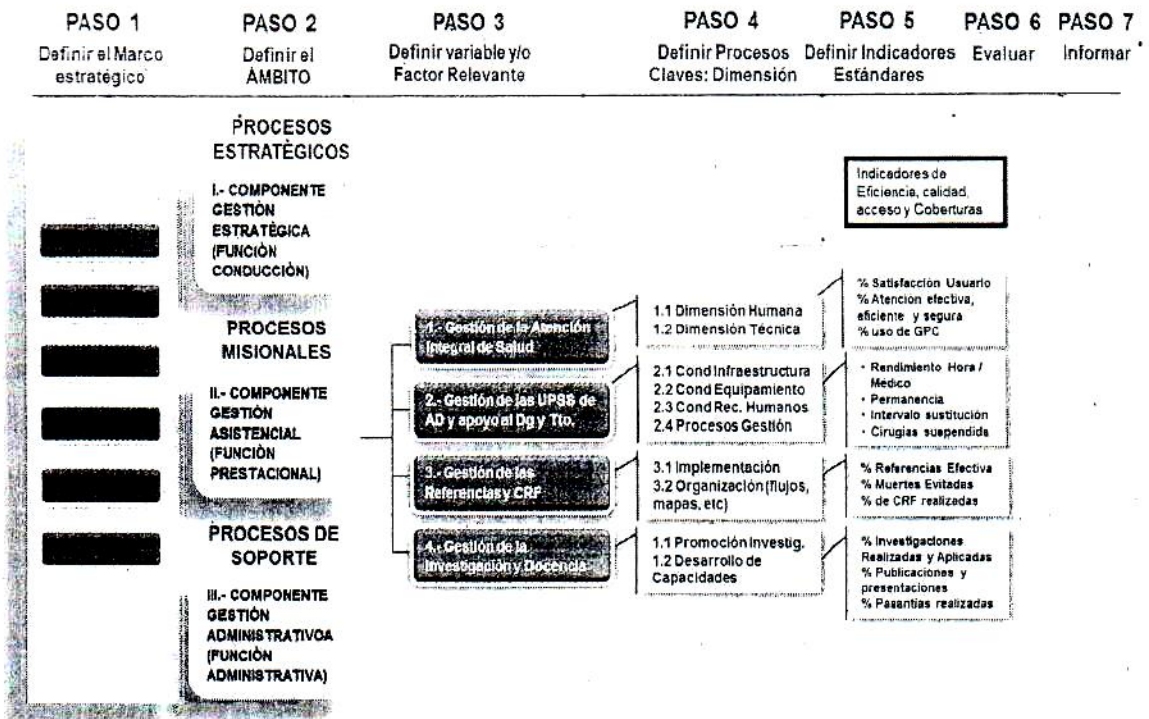
5.4.1 Del proceso de Diseño

Para la elaboración del Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios de salud del HVLH, se han identificado 7 pasos metodológicos, como se describe en la Figura adjunta:

- 1) Definir el marco estratégico: Enmarcarla en el proceso de Modernización de la Gestión del estado y la reforma sectorial.
- 2) Definir ámbito: Establecimiento de los componentes y/o Campos a abordar
- 3) Definir variable y/o factores relevantes: De los campos seleccionados, escoger las variables o factores relevantes, que más contribuyen con el logro de la meta.
- 4) Definir procesos claves, Dimensiones: De cada variable o macro proceso seleccionado definir los procesos claves con los que voy a medir
- 5) Definir indicadores y estándares: Es pertinente seleccionar indicadores que reúnan los criterios de veracidad, objetividad, confianza, pertinencia, relevancia
- 6) Evaluar e Informar:



Figura N° 05
Proceso de Diseño del Instrumento de Monitoreo y Evaluación



5.4.2 De sus contenidos

El Instrumento cuenta con dos (2) tipos de Indicadores siguiendo el enfoque de procesos y el desarrollo del Mapa de Procesos. Así tenemos por ejemplo:

Figura N° 06
Definición de Indicadores del Instrumento en base al Mapa de Procesos

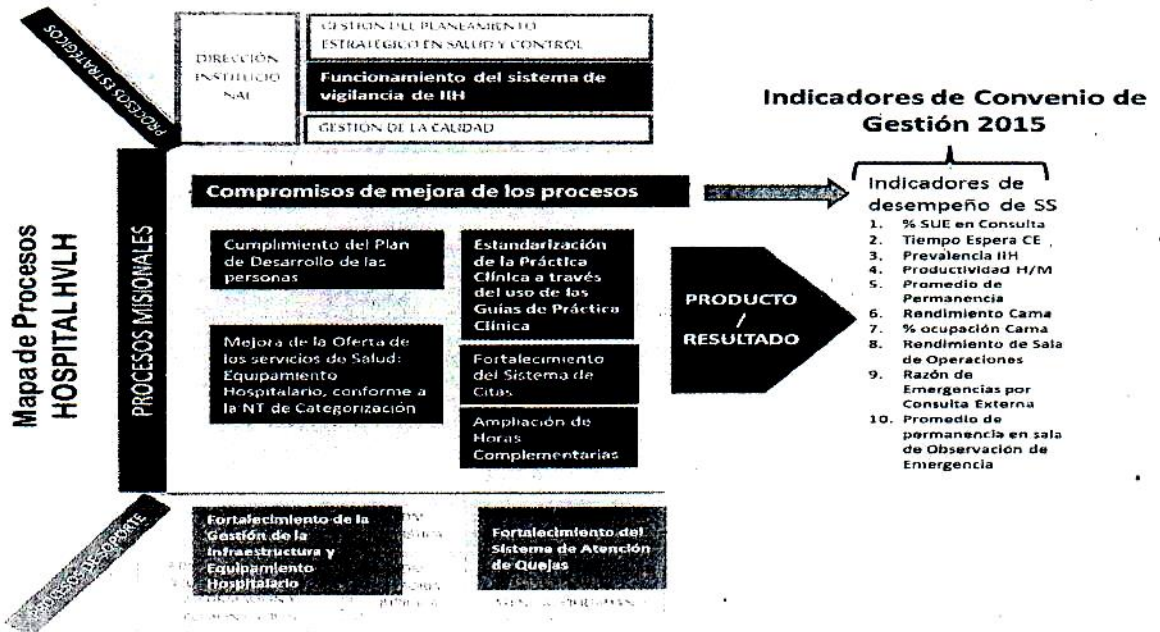


Tabla N° 01
Estructura del Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Cumplimiento Obligatorio

N°	INDICADORES DE DESEMPEÑO, META INSTITUCIONAL Y COMPROMISO DE MEJORA	VERIFICADORES	PESO PONDERADO	LÍNEA DE BASE	VALOR UMBRAL	CONDICIÓN	LOGRO ESPERADO	LOGRO ALCANZADO	% ANUAL PCI	% GLOBAL
CONSOLIDADO GLOBAL			100					100		100.00
Indicadores de Prioridad Nacional			46.00					100.00		46.00
Indicadores de Desempeño			31.00					100.00		31.00
1	ID % Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa	Resultados de Encuesta hecha por INEI	7.00	47.30	75.00	85.00	85.00	85.00		7.00
2	ID Tiempo Espera en Consulta Externa	Resultados de Encuesta hecha por INEI	7.00	169.67	90.00	75.00	75.00	75.00		7.00
3	ID Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias	Resultados de estudio de prevalencia de IHH	9.00	2.21	2.21	3.00	3.00	3.00		9.00
4	ID Productividad hora médico en Consulta Externa	Reporte HIS, registro en la UPSS Consulta Externa	8.00	2.97	NA	4-5	4-5	4.00		8.00
Compromisos de Mejora			15					100.00		15
CM1	Funcionamiento del sistema de vigilancia de IHH		8		NA	60-100	100.00	100.00		8.00
5	5.1 Plan de Prevención y Control de IHH	Aplicación de Lista de Chequeo N° 01	3.2		NA	40.00%	40.00%	100.00%		3.20
	5.2 Reducción de la Tasa de Incidencia IHH	Aplicación de Lista de Chequeo N° 02	4.8		NA	60.00%	60.00%	100.00%		4.80
	CM2 Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales		7		NA	60-100	100.00	100.00		7.00
6	6.1 Difusión del Libro de Reclamaciones	Aplicación de Lista de Chequeo N° 03	3.5		NA	50.00%	40.00%	100.00%		3.50
	6.2 Encuestas de Derechos del Usuario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04	3.5		NA	50.00%	60.00%	100.00%		3.50

Indicadores de desempeño y Compromisos de Mejora. Cada Compromisos de Mejora se desagrega en procesos claves y tareas (Listas de Chequeo), ver anexos.

Tabla N° 02
Estructura del Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Libre Elección

N°	INDICADORES DE DESEMPEÑO, META INSTITUCIONAL Y COMPROMISO DE MEJORA	VERIFICADORES	PESO PONDERADO	LÍNEA DE BASE	VALOR UMBRAL	CONDICIÓN	LOGRO ESPERADO	LOGRO ALCANZADO	% ANUAL PCI	% GLOBAL
Indicadores de Libre elección			54.00					100		54.00
Indicadores de Desempeño			32.00					100		32.00
1	ID Promedio de permanencia cama	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	9	6.59	NA	6-8	6-8	8.00		9.00
2	ID Rendimiento cama	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	9	3.57	NA	3-5	3-5	8.00		9.00
3	ID Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	7	74.68	75.00	80-90	80.00	80.00		7.00
4	ID Rendimiento de Sala de Operaciones	Reporte HIS, registro UPSS C. Quirúrgico	7	75.69	50.00	100.00	100.00	100.00		7.00
Compromisos de Mejoras			22.00					100		22.00
CM4	Estandarización gradual de la Práctica médica, en los servicios de atención directa		7		NA	60-100	100.00	100.00		7.00
5	5.1 Actualización de las Guías de Práctica Clínica de las diez patologías más frecuentes de la UPSS de Cirugía y Centro Quirúrgico	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05	2.8		NA	40.00%	40.00%	100.00%		2.80
	5.2 Estandarización de la Práctica Médica en el servicio de Cirugía y Centro Quirúrgico	Aplicación de Lista de Chequeo N° 06	4.2		NA	60.00%	60.00%	100.00%		4.20
CM5	Fortalecimiento de la Gestión de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario		7		NA	60-100	100.00	100.00		7.00
6	6.1 Elaboración y aprobación de Plan de Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07	2.8		NA	40.00%	40.00%	100.00%		2.80
	6.2 Implementación del Plan de Infraestructura y equipamiento Hospitalario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08	4.2		NA	60.00%	60.00%	100.00%		4.20
CM6	El establecimiento de salud tiene mecanismos de seguimiento a la implementación de los Indicadores de Acuerdos de gestión		8		NA	60-100	100.00	100.00		8.00
7	7.1 Diseño, validación y aprobación de Instrumento de Monitoreo de los Indicadores de Acuerdo de Gestión	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	3.2		NA	40.00%	40.00%	100.00%		3.20
	7.2 Aplicación del Instrumento de Monitoreo de los Indicadores de Acuerdo de Gestión	Aplicación de Lista de Chequeo N° 10	4.8		NA	60.00%	60.00%	100.00%		4.80
CM7	Fortalecimiento de la Gestión de la UPSS Hospitalización							#DIV/0!		#DIV/0!
8	8.1 La UPSS Hospitalización cumple con las condiciones mínimas de funcionamiento	Aplicación de Lista de Chequeo N° 11		75.00%	75.00%		100.00%	#DIV/0!		#DIV/0!

Cada Indicador de Desempeño y Compromisos de Mejora se desagrega en procesos claves y tareas (Listas de Chequeo), ver anexos. Asimismo cuenta con una Ficha Técnica, descrita en los anexos.

El proceso de Monitoreo y Evaluación del desempeño de la Gestión del Hospital Víctor Larco Herrera, se enmarca en las bases conceptuales señaladas en los numerales precedentes (figura N° 03 y 04), comprende las siguientes partes que están articulada en un mismo instrumento: Indicadores de Desempeño (indicadores de resultados) y Compromisos de Mejora (indicadores de Procesos).



5.4.3 Monitoreo y Evaluación de Indicadores de Desempeño de los servicios de salud,

Es la parte del Instrumento de Monitoreo y Evaluación destinado a observar sistemáticamente un conjunto de indicadores de desempeño de los servicios de salud de atención directa (servicios finales), de "Cumplimiento Obligatorio" y de "Libre Elección", señalados en la tabla N° 01 y 02, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Convenio de Gestión, según corresponda a su programación. Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), para constatar los avances o logros de los objetivos del Convenio de Gestión.

Este proceso está orientado a impulsar una cultura de gestión por procesos en la función prestacional de las UPSS / Departamento que coadyuve a alcanzar los Indicadores de desempeño, establecido en la Tabla N° 01 y 02. Se utilizarán indicadores de desempeño clínico que permitan medir el nivel de desempeño de las UPSS/Departamento y el cumplimiento del Convenio de Gestión.

5.4.4 Monitoreo de los Compromisos de Mejora

Es la parte del Instrumento de Monitoreo y Evaluación, correspondiente al proceso de monitoreo de los Compromisos de Mejora, de "Cumplimiento Obligatorio" y de "Libre Elección", destinados a contribuir con el cumplimiento de los indicadores de desempeño clínico, se utilizarán compromisos de mejora de los servicios, compromisos de mejora de los procesos de soporte y compromisos de mejora de los procesos estratégico, relacionado principalmente a apoyar y alcanzar los estándares de calidad y eficiencia en el servicio y reflejados en la percepción de la población.

En esta parte se medirá la capacidad de gestión y organización del Hospital para elevar los niveles de calidad y eficiencia de los servicios de salud, en temas como: Estandarización de la Práctica Clínica, Ampliación de Turno Tarde para Consulta Externa, Ampliación de Horarios de Cirugía en turno de 12 horas, Gestión de la Infraestructura y Equipamiento, entre otros temas de relevancia.

El proceso de Monitoreo de los Indicadores de desempeño y compromiso de mejora será mensual, trimestral, semestral y anual, según corresponda a cada indicador.

Es pertinente conformar un grupo impulsor que promueva este proceso de monitoreo y evaluación, vía acto resolutivo en los establecimientos de salud

Este grupo impulsor solicitará al área asistencial correspondiente el Informe de los resultados de los procesos de Monitoreo y Evaluación mensualmente, realizado a las diferentes UPSS/Departamentos, en un plazo no mayor a cinco (5) días luego de realizado cada medición.

5.5 Del Procedimiento

El proceso de monitoreo y evaluación del desempeño de la Gestión será mensual, trimestral, semestral y anual, siendo facultad del **Hospital Víctor Larco Herrera**, la ejecución de acuerdo al cronograma elaborado por el Comité Impulsor instalado para estos fines y cumpliendo los siguientes pasos o realizarlo de manera inopinada:



- 5.5.1 El Hospital Víctor Larco Herrera conformara formalmente un Comité Impulsor de los Convenios de Gestión, integrado por:
 - 5.5.1.1 Un representante del Director General, quien lo presidirá
 - 5.5.1.2 Un representante del Área administrativa
 - 5.5.1.3 Un representante del Área Asistencial de las UPSS que han suscrito el Acuerdo de Gestión.
- 5.5.2 El Comité Impulsor, convocará a las áreas técnicas del Hospital y/o asesores, consultores, para que brinden el apoyo técnico en el proceso de monitoreo y evaluación según corresponda a sus competencias.
- 5.5.3 El Comité Impulsor, notificará siete (07) días hábiles antes de iniciado el proceso de monitoreo y evaluación a los Jefes de Departamentos del Hospital.
- 5.5.4 El Comité Impulsor tendrá un plazo de dos (2) días hábiles para llevar a cabo el proceso de monitoreo y evaluación de cada Departamento.
- 5.5.5 Culminado el proceso de monitoreo y evaluación, El Comité Impulsor comunicará, al segundo día del procesos, los resultados al Director (a) del Hospital y cinco (5) días después al Departamento evaluado.
- 5.5.6 Asimismo comunicara y presentara oficialmente, hasta los cinco días hábiles, los resultados finales a la Alta Dirección del IGSS para conocimiento y demás fines.
- 5.5.7 El Comité Impulsor, previo al proceso de monitoreo y evaluación, considerará algunos criterios de variabilidad, debidamente fundamentados, (disposiciones presupuestales o normativas, que estén por encima de la responsabilidad de la gestión del jefe de departamento/UPSS) que se hayan producido durante el periodo a evaluar y que pudieran condicionar el cumplimiento de actividades previamente establecidas; por ende la aplicación o no de algunos indicadores de monitoreo y evaluación.
- 5.5.8 Los Jefes de Departamentos involucrados en el Convenio de Gestión a través de la suscripción de los Acuerdos de Gestión con la Dirección General, harán la medición, según lo establecido en el Acuerdo de Gestión.

5.6 De los Reclamos

5.6.1 Recurso de Reconsideración

Los reclamos se harán durante el segundo día de presentación de los resultados y serán absueltos por El Comité Impulsor en el mismo acto. De no existir reclamos en el momento establecido, El Comité Impulsor, eleva el informe final a la Dirección General del Hospital y desde aquí a la Alta Dirección del IGSS, quien a su vez dispondrá lo conveniente para el Hospital.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 Del Proceso de Monitoreo de la Gestión

Definido el marco conceptual del desempeño de la Gestión del Hospital, relacionado con el cumplimiento de sus funciones y roles, se establecerán los indicadores de monitoreo, que mejor describan su cumplimiento, en el marco del Decreto Supremo N° 041-2014-SA, impulsando con ello, una cultura organizacional de gestión de procesos que contribuyan al logro de los objetivos.



El monitoreo recoge los elementos conceptuales descritos en el numeral 5.2 de las disposiciones generales y se enmarca por lo tanto en los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios, que se describen en la figura N° 02, 03 y tabla N° 01, 02 y anexos.

6.2 Del Proceso de Evaluación del Desempeño del Hospital

Definido el marco conceptual del desempeño de la Gestión del Hospital, relacionado con el cumplimiento de sus funciones y roles, se establecerán los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de "Cumplimiento Obligatorio" y de "Libre Elección"

El proceso de Evaluación, recoge los elementos conceptuales descritos en el numeral 5.2 de las disposiciones generales que se enmarca en los indicadores de desempeño y compromiso de mejora establecidos en el Decreto Supremo N° 041-2014-SA, señalado en la figura N° 02, 03 y tabla N° 01 y 02 de indicadores de desempeño y compromisos de mejora.

6.3 De los Pesos Ponderados

Para establecer los pesos ponderados de los Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejoras, descritos en el numeral 5.3.2 de las Disposiciones Generales, (Tabla N° 01 y Tabla N° 02), se tomó en cuenta, sus funciones y roles asignados en sus correspondientes Reglamento de Organización y Funciones, para lograr sus objetivos, así como su mayor contribución con estos propósitos.

De igual modo se tomó en cuenta lo dispuesto en el Decreto Supremo 041-2014-SA

El peso ponderado asignado a los Indicadores de desempeño y compromiso de mejora, se señala en Tabla N° 01 y Tabla N° 02;

6.4 De los criterios de Evaluación vinculado a la Entrega Económica por buen desempeño

Los criterios de evaluación a tener en cuenta se describen en la Tabla N° 03

Tabla N° 03
Criterios de Evaluación de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora

No	Porcentaje de Cumplimiento del Indicador	Nivel de Avance	Nivel de Desempeño Alcanzado	Entrega Económica por buen desempeño
01	>= 95%	1-A	EXCELENCIA	PLAN "A"
02	>=90%	1-B	AVANZADO	PLAN "B"
03	>=80%	1-C	INTERMEDIO	PLAN "C"
04	>=70%	1-D	INTERMEDIO	PLAN "D"
05	>=60%	1-E	INTERMEDIO	PLAN "E"
06	<60%	1-F	BÁSICO	SIN PLAN

La entrega económica por buen desempeño, se hará según los planes descritos en el anexo N° 3



6.5 De la calificación final de la evaluación.

- 6.5.1 El puntaje mínimo esperado para alcanzar el bono según los planes establecido en el anexo N° 03, es de 60 puntos y a partir de aquí en adelante la entrega económica, se hará de acuerdo a la Tabla N° 03.
- 6.5.2 El puntaje máximo esperado para alcanzar el 100% del bono es de 95 puntos y se realizará conforme a lo descrito en la Tabla N° 03
- 6.5.3 Se establecerán tres (3) niveles de desempeño y seis (6) niveles de avance, según la tabla N° 03, según sus resultado obtenidos en el cumplimiento de los estándares previamente establecidos.
- 6.5.4 El avance de un escenario a otro está condicionado por el cumplimiento de los Compromisos de Mejora de cumplimiento Obligatorio y de Libre Elección, adicionalmente un conjunto, procesos claves relacionados a la gestión y organización de los servicios de salud (Unidad Productora de Servicios de salud de Atención Directa)
 - 6.5.4.1 Compromisos de Mejora de los Procesos Misionales
 - 6.5.4.2 Compromisos de Mejora de los Procesos de Soporte
 - 6.5.4.3 Compromiso de Mejora de los Procesos Estratégicos
- 6.5.5 El proceso de Monitoreo y Evaluación de Desempeño de la Gestión del Hospital, busca alcanzar niveles de excelencia en calidad y niveles avanzado en gestión (eficiencia).
- 6.5.6 El Hospital podrá reconocer el esfuerzo y logro obtenido en cada proceso de evaluación por la UPSS, cuando se cumplan las metas previamente establecida. Este reconocimiento es NO dinerario, pudiendo ser promoviendo el desarrollo laboral, académico y profesional

VII. RESPONSABILIDADES

La Dirección General del Hospital y/o a quien se designe formalmente es la responsable de la difusión e implementación de la presente Herramienta de gestión del ámbito de aplicación, así como de supervisar su cumplimiento.

El Comité Grupo Impulsor de la mejora del desempeño de la Gestión, dispuesta por la Dirección General del Hospital, también es responsable del cumplimiento de la presente herramienta de Gestión en lo que corresponda.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

Todos aquellos aspectos de la presente herramienta de gestión que no se encuentre dispuesto en el presente documento serán resueltos por la Dirección General del Hospital, aplicando la normatividad legal vigente.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 01

Instrumento de monitoreo de Indicadores de Desempeño y Compromiso de Mejora



ANEXO N° 02

Fichas Técnicas de Indicadores de Desempeño

ANEXO N° 03

Plan de Entrega Económica

ANEXO N° 04

Lista de Acrónimos y Abreviatura.

ANEXO N° 05

Glosario de Términos.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Jonhson, G.; Scholes, K., 2000. *Dirección estratégica*. Prentice Hall. Madrid, pp. 72, 417-424.
- Malagón-Londoño, G., 1996. *Administración Hospitalaria*. Editorial Panamericana, Bogotá, pp. 487-499.
- ICONTEC, 2003. *Control del Proceso de Atención en Salud*. Presentaciones desarrolladas por Icontec. Bogotá.
- Schermerhorn, J., 2001. *Administración*. Prentice Hall. Madrid, pp. 54-76.
- Stoner, J.; Freeman, E., 1994. *Administración*. Ed. Prentice Hall. México.
- Hernández Torres, M. (2001): "Acerca de la definición de control de gestión ", [en línea] *5campus.com*, *Control de Gestión*.
- Sanín A., H., 1999. *Control de gestión y evaluación de resultados en la gerencia pública (metaevaluación – mesoevaluación)*. ILPES-CEPAL. Santiago de Chile.
- NTC-ISO 9000, 2000. ICONTEC.
- MINSA, UNMSM. 1998. Módulo II, Plan de Supervisión, Monitoreo y Evaluación, texto autoformativo.
- Torres Zevallos, W. 1996. Grupo Quipus. *Manual de Análisis y uso de Información Gerencial en Salud*. Lima.
- Proyecto 2000-MINSA. *Supervisión para la Calidad. Instrumento de autosupervisión*. Lima.



Anexo N° 01
Instrumento de Monitoreo y Evaluación de Desempeño de los Hospitales e Institutos

N°	INDICADORES DE DESEMPEÑO, META INSTITUCIONAL Y COMPROMISO DE MEJORA	VERIFICADORES	LOGRO ALCANZADO	% ANUAL PCI	PLAN DE BONO	NIVEL DE DESEMPEÑO
CONSOLIDADO GLOBAL			100			
Indicadores de Prioridad Nacional			100.00			
1	ID % Satisfacción de Usuario Externo en Consulta Externa	Resultados de Encuesta hecha por INEI	85.00			
2	ID Tiempo Espera en Consulta Externa	Resultados de Encuesta hecha por INEI	75.00			
3	ID Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias	Resultados de estudio de prevalencia de IIH	3.00			
4	ID Productividad hora médico en Consulta Externa	Reporte HIS, registro en la UPSS Consulta Externa	4.00			
	CM1 Funcionamiento del sistema de vigilancia de IIH		100.00			
5	5.1 Plan de Prevención y Control de IIH	Aplicación de Lista de Chequeo N° 01	100.00%			
	5.2 Reducción de la Tasa de Incidencia IIH	Aplicación de Lista de Chequeo N° 02	100.00%			
	CM2 Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales		100.00			
6	6.1 Difusión del Libro de Reclamaciones	Aplicación de Lista de Chequeo N° 03	100.00%			
	6.2 Encuestas de Derechos del Usuario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 04	100.00%			
Indicadores de Libre elección			100			
1	ID Promedio de permanencia cama	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	8.00			
2	ID Rendimiento cama	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	3.00			
3	ID Porcentaje de ocupación cama (grado de uso)	Reporte HIS, registro UPSS Hospitalización	80.00			
4	ID Rendimiento de Sala de Operaciones.	Reporte HIS, registro UPSS C. Quirúrgico	100.00			
	CM4 Estandarización gradual de la Práctica médica, en los servicios de atención directa		100.00			
5	5.1 Actualización de las Guías de Práctica Clínica de las diez patologías más frecuentes de la UPSS de Cirugía y Centro Quirúrgico	Aplicación de Lista de Chequeo N° 05	100.00%			
	5.2 Estandarización de la Práctica Médica en el servicio de Cirugía y Centro Quirúrgico	Aplicación de Lista de Chequeo N° 06	100.00%			
	CM5 Fortalecimiento de la Gestión de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario		100.00			
5	6.1 Elaboración y aprobación de Plan de Infraestructura y Equipamiento Hospitalario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 07	100.00%			
	6.2 Implementación del Plan de Infraestructura y equipamiento Hospitalario	Aplicación de Lista de Chequeo N° 08	100.00%			
	CM6 El establecimiento de salud tiene mecanismos de seguimiento a la implementación de los Indicadores de Acuerdos de gestión		100.00			
7	7.1 Diseño, validación y aprobación de Instrumento de Monitoreo de los Indicadores de Acuerdo de Gestión	Aplicación de Lista de Chequeo N° 09	100.00%			
	7.2 Aplicación del Instrumento de Monitoreo de los Indicadores de Acuerdo de Gestión	Aplicación de Lista de Chequeo N° 10	100.00%			
CONSOLIDADO TOTAL			100	100.00		
				PLAN A		BONO GANADO



Anexo N° 01.1
Compromisos de Mejora de Cumplimiento Obligatorio

N°	COMPROMISO DE MEJORA	CUMPLE	OBSERVACIÓN
	Plan de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias	100.00%	
1	Plan aprobado con Resolución Directoral		
2	Plan Incorporado en el Plan Operativo Institucional		
3	Personal Responsable designado		
4	Informe de su ejecución		
	Reducción de la Tasa de Incidencia de Infecciones Intrahospitalarias	100.00%	
1	Reportes oportuno mensuales de vigilancia de las IIH		
2	Reducción de la Incidencia de IIH		
	Implementación del Libro de Reclamaciones	100.00%	
1	Difusión del Libro de reclamaciones a los usuarios del Establecimiento de Salud		
2	Designación de la Unidad Responsable del manejo y uso del Libro de Reclamaciones		
3	Registro de quejas y reclamaciones en el sistema de atención de quejas: SIRE		
4	Respuestas de las acciones realizadas al usuario dentro de los 30 días calendario de interpuesta la queja, de acuerdo a la tabla de clasificación de causa de quejas (SUPERINTENDENCIA N°160-2011 SUNANSA/CD		
	Encuesta de Derechos de los Usuarios	100.00%	
1	Encuesta de conocimientos sobre Derechos del usuario		
2	Reporte consolidado del Registro de Quejas y Reclamaciones		
3	Reporte consolidado de solicitudes de reclamos atendidas e informadas que consigne acciones ejecutas y medidas correctivas.		



Anexo N° 02
Fichas Técnicas de Indicadores de Indicadores de Desempeño y
Compromisos de Mejora de cumplimiento obligatorio y de Libre Elección

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

Indicador: Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de consulta externa.

Ficha Técnica N° 01

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	Área responsable de la producción de información Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas.

1. Datos de identificación

Nombre Porcentaje de satisfacción con la atención recibida en consulta externa.
Tipo Indicador de desempeño.
Definición La Organización Mundial de la Salud introdujo como criterio de evaluación de los sistemas de salud la atención a las necesidades no sanitarias de los usuarios, incluyendo aspectos como mantenimiento de la autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, elección de prestadores y acceso a redes sociales. Estos aspectos pueden resumirse en una medición de la percepción de la satisfacción del usuario mediante una escala Likert. La escala diseñada señala como satisfecho al usuario que reporta sentirse muy satisfecho o satisfecho con la atención recibida (los dos valores superiores), para una escala de cinco valores posibles.
Justificación El derecho a la atención de salud garantizado constitucionalmente debe implicar también un nivel mínimo de calidad de dicha atención. Esta calidad depende esencialmente en la atención de las necesidades sanitarias y no sanitarias de los usuarios de los servicios de salud. Se espera que la introducción de un estímulo externo mejore la calidad percibida de la atención de salud. Si bien la mejora de la satisfacción de los usuarios es un fin en sí mismo, esta mejora puede afectar positivamente la decisión de utilización de los servicios por parte de la población, mejorando el efecto de las intervenciones que se realizan como parte de la atención ambulatoria, y/o reduciendo el costo de acceso a las personas a las que se desea proteger con tales intervenciones.
Fórmula del indicador: $\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos o muy satisfechos con la atención de consulta externa}}{\text{Número de personas encuestadas}} \times 100$

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del porcentaje de cumplimiento $\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} + \text{Valor umbral})} \times 100$	Numerador Diferencia entre el valor alcanzado y el valor umbral.
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el umbral.
	Determinación del Logro esperado El 85% o más de los usuarios de la atención de consulta externa se encuentran satisfechos con la atención recibida.
Frecuencia de medición Anual.	Determinación del valor umbral El 75% o más de los usuarios de la atención de consulta externa están satisfechos con la atención recibida.
Fuente de datos Encuesta realizada en el Hospital, conducido por la Oficina de Calidad	
Valor basal Corresponde a la primera medición del año	



Precisiones metodológicas - Ficha Técnica N° 01:

Nombre del Indicador: Porcentaje de satisfacción con la atención recibida en consulta externa

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos con la atención de consulta externa} \times 100}{\text{Número de personas encuestadas}}$$

- El nivel de evaluación de este indicador es en hospital o instituto.
- El resultado del mismo será obtenido de la encuesta realizada por la Oficina de Calidad correspondiente al año 2015.
- Respecto al numerador del indicador:
 - ✓ Comprende al número de personas encuestadas que refieren estar satisfechos con la atención de consulta externa.
- Respecto al denominador del indicador:
 - ✓ Es el número de personas encuestadas.

Cálculo del "Logro esperado"

- ✓ Requiere de los valores siguientes:
 - ✓ El valor umbral que corresponde al 75% de los usuarios satisfechos con la atención recibida en consulta externa.
 - ✓ El valor alcanzado del indicador.
- ✓ Se ha fijado como Logro Esperado para este indicador, el 85% o más de los usuarios de la atención de consulta externa se encuentra satisfecho con la atención recibida.
- ✓ Fórmula para el cálculo del dato del "Logro Esperado":

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

Ejemplos de situaciones hipotéticas:

Para la situación hipotética planteada se tomará en cuenta los pesos ponderados considerados en el cuadro N° 04, del presente documento.

Valores	HOSPITAL "A"	HOSPITAL "B"	HOSPITAL "C"
Valor umbral	75% de usuarios satisfechos con la atención recibida en consulta eterna.	75% de usuarios satisfechos con la atención recibida en consulta eterna.	75% de usuarios satisfechos con la atención recibida en consulta eterna.
Valor reportado	83%	84%	86%
Logro Esperado	Alcanzar un valor de 85% Este 85% corresponde al 100% del Logro Esperado.	Alcanzar un valor de 85% Este 85% corresponde al 100% del Logro Esperado.	Alcanzar un valor de 85% Este 85% corresponde al 100% del Logro Esperado.
Valor de porcentaje de Logro Esperado	100%	100%	100%



Encuesta realizada por Terceros, por encargo de la Oficina de Calidad del HVLH
 La encuesta se ejecutará en el último trimestre del año.

Valor basal

No aplica.

Notas

No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias.

Precisiones técnicas del aspecto metodológico - ficha técnica N° 2

Indicador: Tiempo de espera para la atención en consulta externa.

Fórmula:

$$\frac{\text{Suma de tiempo transcurrido entre contacto con admisión e ingreso al consultorio}}{\text{Número de personas evaluadas}}$$

- a) El nivel de evaluación de este indicador es el nivel regional y hospitales o institutos. El resultado del mismo será obtenido de la encuesta realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).
- b) Se describen aspectos técnicos relacionados al **numerador** del indicador:
 - ✓ Comprende al tiempo transcurrido en minutos entre el momento de inicio de la atención del establecimiento de salud, o la hora de ingreso al establecimiento (en caso se produzca una vez iniciada la atención) o la hora de cita (para establecimientos con sistemas de citas), y el ingreso al consultorio para la atención médica respectiva.
- c) Se describen aspectos técnicos relacionados al **denominador** del indicador:
 - ✓ Es el número total de pacientes de encuestados.
- d) El cálculo de logro esperado requiere de los valores siguientes:
 - ✓ El valor umbral que corresponde a 90 minutos de tiempo de espera para la atención en consulta externa.
 - ✓ Valor alcanzado del indicador correspondiente al año de medición.
- e) La determinación del valor a obtener como Logro Esperado considerado para este indicador, es de 75 minutos como tiempo de espera para la atención en consulta externa.
- f) La medición del indicador a través de la encuesta se ejecutará trimestralmente del año correspondiente al convenio de gestión 2015.
- d) El resultado del cálculo del logro del indicador de desempeño se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

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



Ejemplos de situaciones hipotéticas:

Para la situación hipotética planteada se tomará en cuenta los pesos ponderados considerados en el cuadro N° 04, del presente documento normativo.

Valores	HOSPITAL "A"	HOSPITAL "C"
Valor umbral	90 minutos de tiempo de espera para la atención en consulta externa.	90 minutos de tiempo de espera para la atención en consulta externa.
Valor reportado	81 minutos	80 minutos
Logro Esperado	Alcanzar un valor de 75 minutos . Estos 75 minutos corresponde al 100% del Logro Esperado.	Alcanzar un valor de 75 minutos . Estos 75 minutos corresponde al 100% del Logro Esperado.
Valor de porcentaje de Logro Esperado	100%	100%
Aplicación de la fórmula para cálculo del porcentaje de "Logro Esperado"	$= \frac{90 - 81}{90 - 75} = \frac{9}{15} = 0.6 \times 100 = 60\%$ <p>Corresponde al 66.67% del Logro Esperado en el indicador.</p>	$= \frac{90 - 80}{90 - 75} = \frac{10}{15} = 0.6667 \times 100 = 66.67\%$ <p>Corresponde al 66.67% del Logro Esperado en el indicador.</p>
Peso Ponderado del Indicador	5 puntos	20 puntos
Cálculo del puntaje obtenido como aporte al Promedio del Logro Global.	$= \frac{\% \text{ Logro real alcanzado} \times \text{peso ponderado}}{\% \text{ Logro esperado}}$ $\frac{60 \times 5}{100} = 3 \text{ puntos}$	$= \frac{\% \text{ Logro real alcanzado} \times \text{peso ponderado}}{\% \text{ Logro esperado}}$ $\frac{66.67 \times 20}{100} = 13.33 \text{ puntos}$
Conclusión	El Logro Alcanzado por el HOSPITAL "A" en el indicador de desempeño "Tiempo de espera para la atención en consulta externa" es 81 minutos , que corresponde al 60% del logro esperado, por lo tanto se le asigna sólo 3 puntos, del total establecido para el indicador.	El Logro Alcanzado por el HOSPITAL "C" en el indicador de desempeño "Tiempo de espera para la atención en consulta externa" es 80 minutos , que corresponde al 66.7% del logro esperado, por lo tanto se le asigna sólo 13.33 puntos, del total establecido para el indicador.

6.4.1.4 Indicador: Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias.

Ficha Técnica N° 3

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	Área responsable de la producción de información Dirección General de Epidemiología.
	Área responsable técnica Dirección General de Salud de las Personas.

1. Datos de identificación	
Nombre	Prevalencia de infecciones intrahospitalarias.
Tipo	Indicador de desempeño.
Definición	Es el valor porcentual que se obtiene al medir el número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta un hospital o instituto, dividido por el total de pacientes que ingresaron al estudio.
Justificación	



Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública de actualidad mundial y un desafío para las autoridades de los hospitales. La tasa de prevalencia permite tener un conocimiento amplio en relación a las IIH que se presentan en el establecimiento, algunas de las cuales no son captadas a través de la vigilancia epidemiológica regular. Por lo tanto, puede ser útil para determinar la magnitud del problema, particularmente cuando se estratifica por especialidad, procedimiento y complejidad del hospital, siendo un insumo para que los comités de IIH puedan priorizar las acciones de control en su institución. También permite medir la sensibilidad del sistema de vigilancia regular y permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la seguridad del paciente.

Fórmula del Indicador:

$$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria} \times 100}{\text{Número total de pacientes hospitalizados que ingresan al estudio}}$$

2. Aspectos metodológicos					
Cálculo del porcentaje de cumplimiento $\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$	Numerador Diferencia entre el valor alcanzado y el valor umbral.				
	Denominador Diferencia entre el logro esperado y el valor umbral.				
	Determinación del Logro esperado				
	No exceder de 3%	Disminuir 10% respecto al basal	Disminuir 15% respecto al basal	Disminuir 20% respecto al basal	Disminuir 25% respecto al basal
Frecuencia de medición	Determinación del valor umbral				
Anual	<3%	≥3% y <5%	≥5% y <10%	≥10% y <15%	≥15%
Fuente de datos Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias.					
Valor basal El valor basal será obtenido del último estudio realizado.					

Precisiones metodológicas - Ficha Técnica N° 3:

Nombre del Indicador: Prevalencia de infecciones intrahospitalarias

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria} \times 100}{\text{Total de pacientes que ingresaron al estudio}}$$

- El nivel de evaluación de este indicador es hospital o instituto.
- El resultado del mismo será obtenido del Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias, ejecutado según cronograma establecido.
- Respecto al **numerador** del indicador:
 - ✓ Comprende al número de pacientes con al menos una infección intrahospitalaria que presenta el hospital
- Respecto al **denominador** del indicador:
 - ✓ Se incluye al número total de pacientes hospitalizados que ingresaron al estudio.

Cálculo del "Logro esperado"

- ✓ Requiere de los valores siguientes:
 - ✓ El valor umbral corresponde al valor obtenido en la medición previa.
- ✓ Se ha fijado los siguientes valores de "Logro Esperado" según el rango de valor basal del año previo:



Valor Basal	<3%	≥3% y <5%	≥5% y <10%	≥10% y ≤15%	>15%
Logro Esperado	Mantener basal o no exceder 3%	Disminuir 10% respecto a basal	Disminuir 15% respecto a basal	Disminuir 20% respecto a basal	Disminuir 25% respecto a basal

✓ Fórmula para el cálculo del dato del "Logro Esperado":

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

Ejemplos de situaciones hipotéticas:

Para la situación hipotética planteada se tomará en cuenta los pesos ponderados considerados en el cuadro N° 04, del presente documento normativo.

Valores	HOSPITAL "A"	HOSPITAL "C"
Valor umbral, valor del año previo.	5.1%	10.6%
Valor reportado del Estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias	4.8%	9.1%
Logro Esperado	Disminuir 15% respecto a basal. Este 15% es un valor del indicador de 4.33%, corresponde al 100% del Logro Esperado.	Disminuir 20% respecto a basal. Este 20% es un valor del indicador de 8.48%, corresponde al 100% del Logro Esperado.
Valor de porcentaje de Logro Esperado	100%	100%
Aplicación de la fórmula para cálculo del porcentaje de "Logro Esperado"	$= \frac{5.1 - 4.8}{5.1 - 4.33} = \frac{0.3}{0.77} = 0.3896 \times 100 = 38.96\%$ Corresponde al 38.96% del Logro Esperado en el indicador.	$= \frac{10.6 - 9.1}{10.6 - 8.48} = \frac{1.5}{2.12} = 0.7075 \times 100 = 70.75\%$ Corresponde al 50% del Logro Esperado en el indicador.
Peso Ponderado del Indicador	5 puntos	20 puntos
Cálculo del puntaje obtenido como aporte al Promedio del Logro Global.	No es aplicable hacer uso de la fórmula, cuando el porcentaje de logro esperado es mayor del 100%, asignándose el máximo puntaje del indicador.	$= \frac{\% \text{ Logro real alcanzado} \times \text{peso ponderado}}{\% \text{ Logro esperado}}$ $\frac{70.75 \times 20}{100} = 14.15 \text{ puntos}$
Conclusión	El Logro Alcanzado por el Hospital "A" en el indicador de desempeño "Prevalencia de infecciones intrahospitalarias" es de 4.8%, que corresponde al 38.96% del logro esperado y es menor de 60%, lo tanto no se asigna puntuación en este indicador, y es CERO.	El Logro Alcanzado por el HOSPITAL "C" en el indicador de desempeño "Prevalencia de infecciones intrahospitalarias" es 9.1%, que corresponde al 70.75% del logro esperado, por lo tanto se le asigna sólo 14.15 puntos, del total establecido para el indicador.

Indicador: Productividad hora-médico en consulta externa



Ficha Técnica N° 4

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN:	Área responsable de la producción de información
	Oficina General de Estadística e Informática.
	Área responsable técnica
	Dirección General de Salud de las Personas.

1. Datos de identificación

Nombre
Productividad hora-médico en consulta externa
Tipo
Indicador de desempeño.
Definición
Resultado de dividir el número de consultas médicas en consulta externa de un período, entre el número de horas médico programadas en el mismo período.
Justificación
La medición de este indicador muestra que la mayor parte de hospitales se encuentra por debajo del estándar. Es posible que parte de este valor bajo refleje falta de registro de atenciones realizadas, problemas para la identificación de las atenciones registradas (por ejemplo, por no estar todos los médicos en el maestro de personal), o programación que no refleja las actividades realizadas. El aumento de productividad debe traducirse en más personas atendidas con los mismos recursos.

2. Aspectos metodológicos

Cálculo del porcentaje de cumplimiento	Numerador
	No aplica.
	Denominador
	No aplica.
- Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%. - Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 unidad del rango: 80%. - Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%.	Determinación del Logro esperado
	Para hospitales generales: 4 a 5 consultas por hora. Para redes de salud: 4 a 5 consultas por hora. Para hospitales de campo especializado e institutos: 2 a 4 consultas por hora; este valor referencial se puede ajustar de acuerdo al campo clínico.
	Determinación del valor umbral
Frecuencia de medición	No aplica.
Mensual.	
Fuente de datos	
HIS (numerador), reporte de programación de consulta externa (denominador).	
Valor basal	
No aplica.	

Precisiones metodológicas - Ficha Técnica N° 4:

Nombre del Indicador: Productividad hora-médico en consulta externa

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de atenciones de consulta médica en un periodo} \times 100}{\text{Nº horas de consulta externa programadas en el periodo}}$$

- El nivel de evaluación de este indicador es regional, redes y hospital o instituto.
- El resultado del mismo será obtenido del sistema de información en salud (HIS) del MINSA. Reporte HIS o equivalente de los establecimientos de salud.
- El periodo considerado para la medición del indicador corresponderá al periodo del Convenio de Gestión.
- Respecto al numerador del indicador:
 - ✓ Comprende al número de consultas médicas en consulta externa. Las consultas son aquellas realizadas en los establecimientos de salud del ámbito del Hospital
- Respecto al denominador del indicador:



✓ Se incluye al número de horas médico programadas en el mismo período de medición.

▪ **Cálculo del "Logro esperado"**

Se ha fijado los siguientes valores de "Logro Esperado" según el tipo de establecimiento de salud:

Tipo	Establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-3 y I-4)	Hospitales generales	Hospitales de campo especializado e Institutos
Logro Esperado	Entre 4 y 5 atenciones por hora programada	Entre 4 y 5 atenciones por hora programada	Entre 2 y 4 atenciones por hora programada

✓ En referencia al valor obtenido como resultado del logro alcanzado, se determina el puntaje en relación al peso ponderado establecido en el convenio de gestión, según la institución evaluada; según detalle siguiente:

Resultado	Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%.	Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 unidad del rango: 80%.	Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%.
Puntaje	Recibe el puntaje total	Recibe 80% del puntaje	Recibe 60% del puntaje

Precisiones en los aspectos metodológicos para la medición de los Compromisos de Mejora de los Servicios 2015.

Indicador: Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

Ficha Técnica N° 5

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	Área responsable de la producción de información Dirección General de Epidemiología.
	Área responsable técnica Dirección General de Epidemiología. Dirección General de Salud de las Personas.

1. Datos de identificación

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
Tipo	Compromiso de Mejora de los Servicios.
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

2. Aspectos metodológicos

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento				
	I-Semestre	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-Semestre	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.
Frecuencia de medición Semestral.				
Fuente de datos Informe preparado por DGE / DGSP, según corresponda.				
Valor basal No aplica.				

Precisiones metodológicas - Ficha Técnica N° 5:

Nombre del Indicador: Fortalecimiento del sistema de vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

- a) El nivel de evaluación de este indicador es regional.
- b) Aplicable para todas las Direcciones Regionales de Salud /Gerencias Regionales de Salud y Hospitales/ Institutos.
- c) Este indicador tiene un peso de 2.5 puntos para el nivel regional y también de 10 puntos para el nivel de Hospital e Instituto Especializado, en referencia al cuadro N° 04 de la presente directiva.
- d) El compromiso respecto al indicador corresponde al:

I-Semestre

- ✓ 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 formalmente.
- ✓ Cada uno de los productos descritos previamente son medidos en el respectivo semestre, no siendo aplicables su medición en el segundo semestre del periodo del convenio de gestión.
- ✓ El porcentaje de cumplimiento asignado para este primer semestre corresponde al 40% del peso ponderado asignado para el compromiso de mejora de los servicios.

II-Semestre

- ✓ 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.
- ✓ Cada uno de los productos descritos previamente son medidos en el respectivo semestre, no siendo aplicables su medición en el primer semestre del periodo del convenio de gestión.
- ✓ El porcentaje de cumplimiento asignado para este segundo semestre corresponde al 60% del peso ponderado asignado para el compromiso de mejora de los servicios.

- e) La Oficina de Epidemiología y la Subdirección elaborarán al término de la vigencia del convenio de gestión, el informe respectivo que evidencie el cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios, según la competencia de cada UPSS y área orgánica del HVLH



Indicador: Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

Ficha Técnica N° 6

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE METAS E INDICADORES CONVENIOS DE GESTIÓN	Área responsable de la producción de información
	Dirección General de Salud de las Personas.
	Área responsable técnica
	Dirección General de Salud de las Personas.

1. Datos de identificación

Nombre
Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.
Tipo
Compromiso de Mejora de los Servicios.
Justificación
La mayor parte de atenciones culminan con la satisfacción del usuario; no obstante, entre aquellas entre las que el usuario no está satisfecho, una proporción de ellas refleja serias deficiencias percibidas, y terminará en un usuario que desea expresar su queja. La respuesta a este tipo de quejas es una oportunidad para identificar y corregir deficiencias de la atención, pero también es un deber para con la persona que expresa su queja.

2. Aspectos metodológicos

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	I-Semestre	-Difusión del uso del libro de reclamaciones a los usuarios de los establecimientos de salud. -Designación de la unidad responsable del manejo y uso del libro de reclamaciones en el establecimiento de salud. -Registro de quejas y reclamaciones en el Sistema de Atención de quejas (SIRE, rubro libro de reclamaciones). -Respuesta de las acciones realizadas para la resolución de la queja entregada al usuario antes de los 30 días calendario de interpuesta la queja o reclamo, de acuerdo a la tabla de clasificación de causas de reclamos (Resolución de Superintendencia N°160-2011 SUNASA/CD).	50%	Informe
	II-Semestre	- Encuesta de conocimiento sobre derechos del usuario. -Reporte consolidado del Registro de quejas y reclamaciones. -Reporte consolidado de solicitudes de reclamo atendidas e informadas que consigna acciones ejecutadas y medidas correctivas.	50%	Informe
Frecuencia de medición				
Semestral.				
Fuente de datos				
Informe preparado por DGSP.				
Valor basal				
No aplica.				

Precisiones metodológicas - Ficha Técnica N° 6

Nombre del Indicador: Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

a) El nivel de evaluación de este indicador es en Hospitales



- b) Aplicable para todas las UPSS del Hospital.
- c) Este indicador tiene un peso de 15 puntos para el nivel de Hospitales e Institutos
- d) El compromiso respecto al indicador corresponde al:

I-Semestre

- ✓ Difusión del uso del libro de reclamaciones a los usuarios de los establecimientos de salud.
- ✓ Designación de la unidad responsable del manejo y uso del libro de reclamaciones en el establecimiento de salud.
- ✓ Registro de quejas y reclamaciones en el Sistema de Atención de quejas (SIRE, rubro libro de reclamaciones).
- ✓ Respuesta de las acciones realizadas para la resolución de la queja entregada al usuario antes de los 30 días calendario de interpuesta la queja o reclamo, de acuerdo a la tabla de clasificación de causas de reclamos (Resolución de Superintendencia N°160-2011 SUNASA/CD).
- ✓ Cada uno de los productos descritos previamente son medidos en el respectivo semestre, no siendo aplicables su medición en el segundo semestre del periodo del convenio de gestión.
- ✓ El porcentaje de cumplimiento asignado para este primer semestre corresponde al 50% del peso ponderado asignado para el compromiso de mejora de los servicios.

II-Semestre

- ✓ Encuesta de conocimiento sobre derechos del usuario.
 - ✓ Reporte consolidado del Registro de quejas y reclamaciones.
 - ✓ Reporte consolidado de solicitudes de reclamos atendidos e informados que consigna acciones ejecutadas y medidas correctivas.
 - ✓ Cada uno de los productos descritos previamente son medidos en el respectivo semestre, no siendo aplicables su medición en el primer semestre del periodo del convenio de gestión.
 - ✓ El porcentaje de cumplimiento asignado para este segundo semestre corresponde al 50% del peso ponderado asignado para el compromiso de mejora de los servicios.
- e) La Sub Dirección General de Salud del HVLH elaborarán al término de la vigencia del convenio de gestión, el informe respectivo que evidencie el cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios.

Indicador: Fortalecimiento del sistema de quejas en hospitales.

Ficha Técnica N° 7

Promedio de Permanencia

DEFINICIÓN.- Es el número de días promedio que permanecen los usuarios en los servicios de hospitalización.

QUE MIDE.- logra evaluar la calidad de los servicios prestados y el aprovechamiento del recurso cama.

CALCULO:
$$\frac{\text{Total de Días - Estancias}}{\text{N° Total de Egresos}}$$



ESTANDAR: 9

DATOS REQUERIDOS.-

Días - Estancias.- es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Se debe contar cuando el paciente ha egresado a diferencia de los pacientes días, que se registran diariamente. Cuando se realice el cálculo del número de días estancia no se debe contar a los pacientes que aún permanecen hospitalizados.

Egreso Hospitalario.- corresponde a la salida de un paciente del hospital luego de haber estado internado en algún servicio.

PERIODO DE MEDICIÓN: Mensual.

Ficha Técnica N° 8

Porcentaje de Ocupación Cama

DEFINICIÓN:

El indicador expresado en términos porcentuales se obtiene dividiendo el total de pacientes días y las camas días disponibles, en un determinado periodo de tiempo.

QUE MIDE: Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria.

CALCULO:
$$\frac{\text{Total de Pacientes- Días}}{\text{Total de Días camas Disponibles}} \times 100$$

ESTANDAR: 90%

DATOS REQUERIDOS:

Números de Pacientes-Días.- Es el número de pacientes que ocupan las camas de los servicios de hospitalización en un día calendario.

El procedimiento para determinar el valor de la variable paciente-día, resulta del conteo de los pacientes que ocupan una cama en los servicios de hospitalización, en el momento del censo.

Número de días camas disponibles.- Es el total de camas habilitados para hospitalización, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día. Usualmente el término se refiere a las camas de los servicios de hospitalización (incluyendo a las cunas e incubadoras para niños en riesgo y con procesos patológicos).

Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un periodo el número de días cama disponible se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho periodo.

Si la cantidad diaria de camas varía, deberá sumarse todos los días el número de camas de hospitalización, situación que se presenta con frecuencia debido a que en determinados días, algunas camas no están disponibles, ya sea por desinfección, reparación u otra causa.

PERIODO DE MEDICIÓN: Mensual.



Ficha Técnica N° 9

Rendimiento Cama

DEFINICIÓN.- Es la relación entre el número de egresos hospitalarios registrados en un periodo de tiempo y el número de camas promedio registrado en dicho periodo.

QUE MIDE: Mide la utilización de una cama durante un periodo determinado de tiempo (rendimiento)

Este indicador es una variable dependiente, es decir, se ve influenciado por el promedio de estadía (aumentado por tratamientos inadecuados, ingresos innecesarios, demora en el alta de pacientes, niños y/o ancianos) y-el intervalo de sustitución, mayor índice de rotación o el rendimiento; es decir, la cama será más utilizada en el periodo medido.

CALCULO:
$$\frac{\text{Total de Egresos}}{\text{N° de Camas (Promedio)}}$$

ESTANDAR: Hospital II -1: 6 Hospital II - 2: 4 Hospital III - 1: 3

DATOS REQUERIDOS:

Camas Hospitalarias: Es el número de camas disponibles para pacientes internos, ya sean ocupadas o vacantes. Las cunas e incubadoras que albergan a recién nacidos en riesgo o con procesos patológicos son consideradas camas hospitalarias. Sin embargo, las cunas para recién nacidos sanos, así como las camas de la unidad de cuidados intensivos o intermedios y las camas de observación de emergencia, no son registradas como camas hospitalarias para efectos estadísticos. El termino cama hospitalaria no se refiere solamente a la cama física del paciente hospitalizado, que posee características mecánicas especiales adaptadas a esa función, sino que constituye un elemento dinámico donde intervienen todos los recursos con que cuenta el hospital para atender a sus pacientes, desde la capacidad medica de atender hasta el último componente material necesario. Por lo tanto, las camas hospitalarias deben guardar relación con la capacidad de los servicios del hospital, tanto médicos como de apoyo administrativo.

PERIODO DE MEDICIÓN: Mensual.



Anexo N° 03 Plan de Entrega Económica por buen desempeño

Personal de la Salud	Porcentaje Global de Logro				
	Mayor o igual que 95% hasta 100%	Mayor o igual que 90% y menor que 95%	Mayor o igual que 80% y menor que 90%	Mayor o igual que 70% y menor que 80%	Mayor o igual que 60% y menor que 70%
Médico cirujano	4,568	4,340	3,883	2,056	1,370
Cirujano dentista, químico farmacéutico, obstetra, enfermero, médico veterinario ¹ , biólogo I, psicólogo ¹ , nutricionista ¹ , ingeniero sanitario ¹ , asistente social ¹ , tecnólogo médico y químico	2,239	2,127	1,903	1,008	672
Técnicos especializados de los servicios de fisioterapia, laboratorio y rayos X	1,949	1,852	1,657	877	585
Personal de la salud técnico asistencial y auxiliar asistencial					
SPA - SPF	1,951	1,853	1,658	878	585
STA - STF	1,724	1,638	1,465	776	517
SAA - SAF	1,699	1,614	1,444	765	510

¹ Que presta servicio en el campo asistencial de la salud.



Anexo N° 04
Lista de Acrónimos y Abreviatura

GPC	Guía de Práctica Clínica
HC	Historia Clínica
HVLH	Hospital Víctor Larco Herrera
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MP-MQ	Manual de Procedimientos Médico Quirúrgico
MINSA	Ministerio de Salud.
NTS-GPC	Norma Técnica de Salud, Guía de Práctica Clínica.
PDP	Plan de Desarrollo de las Personas
PPR	Presupuesto por Resultado
PEI	Plan Estratégico Institucional
POA	Plan Operativo Anual
RM	Resolución Ministerial
RENAES	Registro Nacional de Establecimientos de Salud
SR -CR	Sistema de Referencia y Contrareferencia
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud



Anexo N° 05 Glosario de Términos

Acreditación.- Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del establecimiento prestador servicios de salud con un serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. La condición de Acreditado se otorga según norma vigente.

Atención de salud.- Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Auditoría médica.- Revisión y examen detallado de registros y procesos médicos seleccionados con miras a evaluar la calidad de la atención médica brindada. La auditoría médica es un proceso efectuado por profesionales calificados que no han participado en la producción de los datos o la información, ni en la atención médica examinados.

Autoevaluación.- Fase inicial del proceso de supervisión integral, en la cual el equipo de gestión y técnico de las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud aplican el instrumento de supervisión integral de manera objetiva, al final de cual se determina el promedio alcanzado por cada estándar y su respectiva calificación.

Asistencia Técnica.- Es un proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por el personal de salud, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de salud.

Atención Integral de Salud.- La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está cargo del personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad civil.

Categorización.- Es el proceso que conduce a homogenizar y clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

Calidad.- Conjunto de características que posee un producto o servicio y que satisfacen los requisitos técnicos y expectativas de los usuarios.

Calidad de la Atención de Salud.- Es el nivel de logro de las metas intrínsecas del sistema de salud para el mejoramiento y en respuesta a las legítimas expectativas de la población.

Capital Humano.- El conjunto de las capacidades productivas y competitivas, que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos.

Calidad de Atención Médica.- Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

Competencia técnica.- Capacidad de los profesionales y personal que presta la atención, para utilizar en forma idónea los conocimientos más actualizados y los recursos disponibles, para producir atenciones de salud en la población atendida.

Control de Gestión.- Es un proceso que sirve para guiar la gestión hacia los objetivos de la organización y un instrumento para evaluarla. Su definición ha evolucionado en la medida que cambia el modelo de funcionamiento empresarial ante las exigencias del entorno.



Cuadro de mando integral.- Es una herramienta de gestión que permite "monitorizar" mediante indicadores, el cumplimiento de la estrategia desarrollada por la dirección, a la vez que permite tomar decisiones rápidas y acertadas para alcanzar los objetivos.

Documentos de Gestión.- Son aquellos fundamentales que rigen el funcionamiento de una organización, basados en el marco legal vigente que le rige. Entre estos documentos tenemos: ROF, CAP, MOF, POI, Plan Estratégico, MAPRO, entre otros.

Desempeño.- Es el resultado de la organización como consecuencia de la combinación del desempeño individual, de equipos y de programas, medido a través de la efectividad, eficiencia, relevancia y viabilidad financiera.

Estándar.- Nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados obtenidos relativos a la calidad de atención de salud.

Evaluación.- Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), para constatar los avances o logros de los objetivos de todo plan de salud.

Facilitador.- Es una persona que puede ayudar y orientar al resto de trabajadores con el fin de que éstos aprendan lo que necesitan saber para realizar su trabajo satisfactoriamente y alcanzar un alto estándar.

Fuente de verificación.- Documento que ilustra o informa acerca de un proceso o hecho ejecutado.

Garantía de la Calidad.- Es el conjunto de acciones que buscan obtener los mayores beneficios con los menores riesgos en cada atención de salud, a través de mecanismos claramente establecidos para ello en el establecimiento, que están debidamente estandarizados y formalizados, y que son difundidos, conocidos y aplicados por el personal en la atención a los usuarios.

Gestión.- Proceso orientado a administrar o también a hacer diligencia para conseguir algo; el cual puede ser un producto, un bien o un servicio.

Gestión Institucional.- Implica impulsar la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de la planificación, para lo que resultan necesarios saberes, habilidades y experiencias respecto del medio sobre el que se pretende operar, así como sobre las prácticas y mecanismos utilizados por las personas implicadas en el proceso.

Indicador.- Variable medible para indicar directa o indirecta, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.

Instrumentos de Calidad.- Mecanismos utilizados para alcanzar el propósito del Sistema de Gestión de Calidad (Encuestas de satisfacción del usuario interno y externo, Formatos para la Auto evaluación, Matriz para el Análisis de los Resultados de Auto evaluación, Matriz para la Elaboración de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad).

Mapa de riesgo.- Es la representación geográfica (a través de mapas) de distintas frecuencias: tuberculosis, fiebre amarilla, número de puestos y centros de salud, entre otros; en una determinada área geográfica.

Mejora Continua de la Calidad en el proceso de Atención de la Salud.- Es un método cíclico en el que a partir del intercambio de información entre los involucrados en el procesos de atención y los diferentes niveles organizacionales, se toman decisiones, a fin de poder mantener lo correcto y corregir las no conformidades, de tal manera que se asegure el mayor beneficio posible para el paciente o usuario y se reduzca sus riesgos durante su atención.

Monitoreo.- Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el cumplimiento de la ejecución de actividades debidamente programadas y que son parte de un determinado proceso productivo.



Monitoreo del Desempeño de la Gestión Institucional.

Es un proceso de control gerencial destinado a observar sistemáticamente un conjunto de procesos de la gestión, con la finalidad de realizar los ajustes necesarios a las actividades y estrategias con el propósito de lograr el cumplimiento óptimo de las metas establecidas, definidas en el Plan Operativo o Plan de Trabajo según corresponda al nivel de categoría del establecimiento.

Sala Situacional.- Es un espacio físico o virtual, donde convergen tecnología, recursos humanos, técnicas y herramientas gerenciales, dentro de procedimientos claramente establecidos, que constituyen o se comporta como un sistema y que permite disponer y generar información actualizada, constituyéndose en un soporte para la toma de decisiones. Debe estar diseñado a funcionar en condiciones normales o en situaciones de crisis.

Sistema de Control Gerencial.- Es el proceso por el cual una organización asegura que sus subunidades actúan en una forma coordinada y cooperativa, de forma tal que los recursos serán obtenidos y localizados óptimamente en orden de alcanzar las metas de la organización.

Supervisión.- Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas dentro de los procesos productivos en la organización, facilitando la información de cómo se ejecutan las intervenciones de las personas. Permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento. En la supervisión se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje mutuo, entre el/los supervisor(es) y supervisado(s).

