

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres  
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



## RESOLUCION DIRECTORAL

San Borja, 06 FEB. 2019

### VISTO:

El Expediente N° 18-025029-001 sobre la propuesta de la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", y;

### CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja es un órgano desconcentrado especializado del Ministerio de Salud - MINSA, que según Manual de Operaciones, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA y modificado mediante Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, tiene como misión brindar atención altamente especializada en cirugía neonatal compleja, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención integral al paciente quemado y trasplante de médula ósea y, simultáneamente realiza investigación y docencia, proponiendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional;

Que, el artículo 37° de la Ley General de Salud - Ley N° 26842, dispone que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que dispone los reglamentos y normas técnicas que dicta la actividad de salud a nivel nacional, en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, biológicos, ergonómicos y demás que procedan, atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, el artículo 15° del Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado - Decreto Legislativo N° 1153, prescribe la asignación por cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios al personal de los establecimientos de salud, redes y microrredes del Ministerio de Salud, sus organismos públicos, y Gobiernos Regionales, por el cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios. Dichas metas, indicadores y compromisos deben redactarse en términos simples, para su adecuada comprensión, y deben ser cuantificables, a efectos de su evaluación y fiscalización;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA, se resuelve aprobar la Directiva Administrativa N° 243-MINSA/2017/DGOS, "Directiva Administrativa que regula los Aspectos Metodológicos para la Evaluación del cumplimiento de las Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios, para la Entrega Económica, establecida en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153", cuyo objetivo general es establecer la metodología para la medición de las metas institucionales, indicadores



de desempeño y compromisos de mejora de los servicios para la entrega económica al personal de la Salud al Servicio del Estado, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153; siendo de cumplimiento obligatorio su aplicación por el Ministerio de Salud, las Direcciones de Redes Integradas en Salud, así como por los órganos dependientes de las mismas, los Hospitales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y los Gobiernos Regionales, así como sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud;

Que, mediante Resolución Directoral N° 121-2018-INSN-SB, se resuelve aprobar la Directiva Administrativa N° 001-INSN-SB/2018/UPP "Disposiciones para regular la Formulación, Aprobación y Difusión de Documentos Normativos Institucionales" cuya finalidad es contar con documentos oficiales con información estandarizada sobre aspectos técnicos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, para facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades en los diferentes niveles de la institución;

Que, el literal e) del numeral II.3.2 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja establece que es función de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto promover la gestión por resultados y definir los indicadores de gestión que el INSN-SB requiere, para realizar el seguimiento y evaluación de los objetivos y metas;

Que, el literal f) del numeral II.3.3 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja establece que es función de la Unidad de Gestión de la Calidad elaborar indicadores de calidad y proponer su incorporación en el Plan Estratégico y Planes Operativos del Instituto, así como en los planes de trabajo;

Que, mediante Nota Informativa N° 266-2018-UPP-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto remite a la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, la propuesta de la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", la misma que toma como referencia el trabajo realizado de manera conjunta por ambas unidades para la elaboración de la propuesta de indicadores hospitalarios pediátricos, lo que permitirá priorizar los indicadores institucionales a ser medidos y analizados en base a los estándares, para la toma de decisiones. En tal sentido, solicita efectúe su revisión y visto bueno correspondiente;

Que, mediante Nota Informativa N° 00908-2018-UGC-INSNSB, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad informa al Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto de la revisión efectuada a la propuesta de la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", contando con la opinión favorable de la Unidad de Gestión de la Calidad, recomendando continuar con los trámites correspondientes para su aprobación;

Que, mediante Informe N° 097-2018-UPP-INSN-SB, el Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, remite a la Unidad de Asesoría Jurídica la propuesta de la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", manifestado que con el fin de establecer indicadores de gestión y calidad trazadores, así como de los estándares para una adecuada toma de decisiones, la Unidad de Planeamiento y Presupuesto de manera conjunta con la Unidad de Gestión de la Calidad, ha formulado la referida directiva administrativa de indicadores de gestión, la misma que cumple con la estructura y requisitos establecidos en la Directiva Administrativa N° 001-INSN-SB/2018/UPP "Disposiciones para regular la Formulación, Aprobación y Difusión de Documentos Normativos Institucionales";

Que, mediante Informe Legal N° 028-2019-UAJ-INSN-SB, la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica informa al Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, que de conformidad con lo establecido en la Directiva Administrativa N° 001-INSN-SB/2018/UPP "Disposiciones para regular la Formulación, Aprobación y Difusión de Documentos Normativos Institucionales", la Unidad de Asesoría Jurídica ha evaluado el



aspecto legal del proyecto de la Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", emitiendo opinión favorable para su correspondiente aprobación;

Que, el Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, establece en su numeral II.2.1. que la Dirección General es la máxima autoridad del INSN-SB y está a cargo de la conducción general, coordinación y evaluación de los objetivos, políticas, proyectos, programas y actividades que corresponden al Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Jefe (e) de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Tecnología de la Información y, de la Jefa (e) de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Estando a lo dispuesto en la Ley General de Salud – Ley N° 26842, en el TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo – Ley N° 27444, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 004-2019, en el Decreto Legislativo N° 1153, en la Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, en la Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB, en la Resolución Directoral N° 121-2018-INSN-SB y, en la Resolución Ministerial N° 021-2019/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- APROBAR** la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA", que como anexo adjunto forma parte del presente acto resolutivo.

**ARTÍCULO 2°.- DISPONER** que es responsabilidad de todas la jefaturas de las unidades asistenciales y administrativas del INSN-SB, implementar la obtención, procesamiento, análisis de los indicadores según lo establecido en las Fichas Técnicas de los Indicadores que obran en la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA".

**ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR** a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación de cumplimiento de la "Directiva Administrativa que establece los Indicadores de Gestión del INSN-SAN BORJA".

**ARTÍCULO 4°.- DISPONER** la publicación de la presente Resolución en la Página Web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

 Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja  
  
Dr. A. RICARDO ZOPFI RUBIO  
Director General (e)  
CMP. 8780 RNE. 2550

ARZR/JELC  
CC.  
DA  
UGC  
UPP  
UTI  
UAI  
Archivo



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño San Borja



# **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INDICADORES DE GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA**

**2019**





## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 4  |
| 1 FINALIDAD.....  | 5  |
| 2 OBJETIVO.....   | 5  |
| 3 ÁMBITO DE APLICACIÓN.....   | 5  |
| 4 BASE LEGAL.....   | 5  |
| 5 DISPOSICIONES GENERALES.....  | 6  |
| 6 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....  | 7  |
| 7 RESPONSABILIDAD.....  | 10 |
| 8 DISPOSICIONES FINALES.....  | 10 |
| 9 ANEXOS.....   | 10 |
| 1. PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO EN CONSULTA EXTERNA.....                                 | 11 |
| 2. RENDIMIENTO HORA MEDICO EN CONSULTA EXTERNA.....                                   | 12 |
| 3. CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS.....  | 13 |
| 4. TASA DE DIFERIMIENTO DE CITAS.....   | 14 |
| 5. RENDIMIENTO DE CAMA EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN.....                                | 15 |
| 6. INTERVALO DE SUSTITUCION EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN.....                           | 17 |
| 7. PROMEDIO DE PERMANENCIA DE HOSPITALIZACION.....                                    | 18 |
| 8. PROMEDIO DE PERMANENCIA DE LA UPSS DE CUIDADOS INTENSIVOS.....                     | 20 |
| 9. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA HOSPITALIZACIÓN.....                                  | 21 |
| 10. REINGRESO EN HOSPITALIZACION.....   | 22 |
| 11. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS.....   | 23 |
| 12. TASA DE REINTERVENCION QUIRÚRGICA.....  | 24 |
| 13. TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA.....  | 25 |
| 14. RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES.....   | 26 |
| 15. RAZON DE EMERGENCIA POR CONSULTA EXTERNA.....                                     | 27 |
| 16. PORCENTAJE DE PACIENTES DE EMERGENCIA DERIVADO POR CONSULTA EXTERNA.....          | 28 |
| 17. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN CON ESTANCIA MAYOR A 12 HORAS..... | 29 |
| 18. TIEMPO DE ESPERA POR PRIORIDAD EN EMERGENCIA.....                                 | 30 |
| 19. PORCENTAJE DE ATENCIONES EN EMERGENCIA A PRIORIDADES I y II.....                  | 31 |
| 20. TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA.....   | 32 |
| 21. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL.....  | 33 |
| 22. PORCENTAJE PACIENTES DE REGIONES ATENDIDOS.....                                   | 34 |
| 23. REFERENCIAS ATENDIDAS.....  | 35 |
| 24. PORCENTAJE DE REFERENCIAS QUE FUERON CONTRARREFERIDAS.....                        | 36 |





|     |  |    |
|-----|--|----|
| 25. | PORCENTAJE DE EXAMENES/ANÁLISIS NO INFORMADO EN EL TIEMPO PREVISTO .....   | 37 |
| 26. | DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES.....   | 38 |
| 27. | DENSIDAD DE INCIDENCIA/INCIDENCIA ACUMULADA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) SELECCIONADAS. .... | 40 |
| 28. | PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO .....   | 42 |
| 29. | PORCENTAJE DE QUEJAS RESUELTAS.....  | 43 |
| 30. | TASA DE PUBLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN.....  | 44 |
| 31. | RAZÓN MÉDICO RESIDENTE POR CAMPO CLÍNICO .....   | 45 |
| 32. | TELESALUD .....  | 46 |
| 33. | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL .....   | 47 |
| 34. | PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN PRESTACIONES A BENEFICIARIOS DE IAFAS ..  | 48 |
| 35. | PORCENTAJE DE PERSONAL CAPACITADO.....   | 49 |
| 36. | PORCENTAJE DE ACCIDENTES LABORALES.....  | 50 |
| 37. | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PAC.....  | 51 |
| 38. | GASTO POR ATENCIÓN - GASTO POR PACIENTE .....  | 52 |
| 39. | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EQUIPAMIENTO .....  | 53 |







## INTRODUCCIÓN

La Gestión Hospitalaria promueve el asegurar que los procesos generados e implementados contribuyan al uso eficiente de los recursos humanos, financieros, administrativos y tecnológicos que redunde en la atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes.

En la búsqueda de articular la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles, resulta imprescindible la medición de indicadores de desempeño hospitalario, y de gestión interna considerándose como un elemento necesario para una gestión sostenible.

La base normativa vigente señala estándares para la atención asistencial, pero no hace distinción para el paciente pediátrico con patología compleja.

El paciente pediátrico requiere de una atención especial, dado que tiene mayor dependencia de los cuidados del profesional de la salud, debido a las diferencias anatómicas - fisiológicas, así como psicológicas y socioculturales, además de que este paciente se encuentra en crecimiento y el manejo que realice la familia y el equipo asistencial frente a las experiencias de enfermedad y hospitalización, marcará el desarrollo del niño.

Por tal motivo Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, conocedores de la alta complejidad en el manejo y tratamiento de diagnósticos, gestionó la elaboración de una propuesta de indicadores que permitan evaluar el desempeño hospitalario dirigido a la atención en un paciente menor a 18 años.

Esta propuesta fue validada por profesionales expertos, por lo que de manera consensuada se logró la priorización, definición y establecimiento de estándares que permita medir el desempeño del proceso asistencial que se brinda a los pacientes.

El objetivo de este documento es contribuir con los gestores de los servicios de salud en atención de pacientes menores a 18 años con una herramienta que les permita tomar decisiones en busca del uso eficiente de los recursos asignados para el logro de satisfacción de los usuarios externos e internos.





## DIRECTIVA N° 001 - INSN- SB/2019/UPP

### DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL INSN – SAN BORJA

#### 1 FINALIDAD

Garantizar niveles de calidad en los procesos de atención del INSN – SB mediante el cumplimiento de los estándares de indicadores que faciliten la identificación de oportunidades de mejora.

#### 2 OBJETIVO

Establecer los indicadores institucionales y para su adecuado y oportuno procesamiento y análisis, que faciliten el desarrollo de estrategias oportunas y eficientes en beneficio de nuestros usuarios.

#### 3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación a todas las Unidades del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

#### 4 BASE LEGAL

- Ley 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial 512-2014/MINSA, Manual de Operaciones del Instituto Nacional del Niño San Borja y su modificatoria aprobada con Resolución Directoral N° 123-2017/INSN-SB.
- Resolución Ministerial N° 1101-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 243-MINSA/2017/DGOS, Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de las metas institucionales, indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los Servicios, para la entrega económica, establecida en el artículo 15 del decreto legislativo N° 1153.
- Resolución Directoral N° 121/2018/INSN-SB, que aprueba la Directiva Administrativa de Disposiciones para regular la Formulación, Aprobación y Difusión de Documentos Normativos Institucionales.







- Manual de Indicadores Hospitalarios, Perú/MINSA/OGE 01/004 & Serie Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública – 2001.

## 5 DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Análisis:** evaluación de hechos y datos llevada a cabo por una entidad o por sus unidades para proveer una sólida base para la toma efectiva de decisiones. El análisis de toda la entidad, permite orientar la gestión de sistemas y procesos de trabajo hacia el logro de los resultados clave del negocio y hacia el alcance de los objetivos estratégicos.
- **Eficacia:** Consecución de los objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano. Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Optimización de los resultados alcanzados por la administración pública con relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución. Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados
- **Indicador:** Es una medida asociada a una característica del resultado, del bien y servicio, del proceso y del uso de los recursos; que permite a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos planificados.
- **Metas:** Condiciones futuras o niveles de desempeño que se intenta alcanzar. Son puntos finales que guían la acción. Pueden ser tanto de corto como de largo plazo. Las metas cuantitativas, frecuentemente mencionadas como “objetivos”, incluyen un valor numérico o un rango.
- **Indicador de Estructura:** es el indicador que mide aspectos e accesibilidad y disponibilidad de recursos en los servicios de salud, relacionados con las condiciones físicas e institucionales en las que se brinda atención, incluyendo recursos humanos, recursos tecnológicos, cartera de servicios, aspectos organizacionales y de cultura institucional.
- **Indicador de Proceso:** se refieren a lo que el prestador realiza por el paciente y a cuantas de estas actividades adhieren a lo establecido en la institución como “buena práctica”. Los procesos son considerados como una serie de actividades interrelacionadas entre sí que tienen un determinado objetivo, por lo que estos indicadores miden las actividades y tareas en diversas fases del proceso.
- **Indicador de Resultado:** es un indicador que mide el efecto final del servicio de salud sobre las necesidades y expectativas de los usuarios. Evalúan los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas que pueden ser atribuidos a la atención de salud. Desde el punto de la seguridad de la atención los indicadores de resultado pueden apuntar a evaluar la aparición de eventos que generan daño o secuelas en el paciente y que pueden ser prevenibles.





- **Ficha Técnica del Indicador:** herramienta que describe las características y tipo del indicador, su fórmula de cálculo, descripción, estándar y responsabilidades de las áreas encargadas de la obtención y análisis del indicador.
- **Sistema de Información Gerencial:** Es la serie de procesos y acciones involucradas en captar datos en bruto, procesarlos en información utilizable y luego difundirla a los usuarios en la forma en que estos la requieren.

## 6 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1 Los indicadores se clasifican en tres elementos básicos del sistema: estructura, proceso y resultados.

| UPSS/Unidad                                    | Indicadores  | Tipo       |         |           |
|--|--|------------|---------|-----------|
|  |  | Estructura | Proceso | Resultado |
| Unidad de Atención Integral Especializada      | Productividad hora médico en consulta externa                                |            | X       |           |
|  | Rendimiento hora medico en consulta externa                                  |            | X       |           |
|  | Concentración de consultas   |            | X       |           |
|  | Tasa de diferimiento de citas  |            | X       |           |
|  | Rendimiento de cama en UPSS de hospitalización                               | X          |         |           |
|  | Intervalo de sustitución en UPSS de hospitalización                          | X          |         |           |
|  | Promedio de permanencia de hospitalización                                   |            | X       |           |
|  | Promedio de permanencia de la UPSS de cuidados intensivos                    |            | X       |           |
|  | Porcentaje de ocupación cama hospitalización                                 | X          |         |           |
|  | Reingreso en hospitalización   |            | X       |           |
|  | Porcentaje de cirugías suspendidas   |            | X       |           |
|  | Tasa de re intervención quirúrgica   |            | X       |           |
|  | Tiempo de espera quirúrgica  |            | X       |           |
|  | Rendimiento de sala de operaciones   | X          |         |           |
|  | Razón de emergencia por consulta externa                                     |            | X       |           |
|  | Porcentaje de pacientes de emergencia derivado por consulta externa          |            | X       |           |
|  | Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas |            | X       |           |
|  | Tiempo de espera por prioridad en emergencia                                 |            | X       |           |
|  | Porcentaje de atenciones en emergencia a prioridades I y II                  |            | X       |           |
|  | Tasa neta de mortalidad hospitalaria   |            |         | X         |
|  | Tasa de mortalidad neonatal  |            |         | X         |
| Unidad de Soporte al Diagnóstico y Tratamiento | Porcentaje pacientes de regiones atendidos                                   |            |         | X         |
|  | Referencias atendidas  |            | X       |           |
|  | Porcentaje de referencias que fueron contrarreferidas                        |            | X       |           |
|  | Porcentaje de exámenes/análisis no informado en el tiempo previsto           |            | X       |           |
|  | Disponibilidad de medicamentos esenciales                                    |            | X       |           |
| Unidad de                                      | Densidad de incidencia/incidencia acumulada de las                           |            |         | X         |







|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| Tecnología de la Información                                 | infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) seleccionadas. |   |   |   |
| Unidad de Gestión de la Calidad                              | Porcentaje de satisfacción del usuario externo                     |   |   | X |
|  | Porcentaje de quejas resueltas                                     |   |   | X |
| Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnología y Docencia | Tasa de publicación de investigación                               |   |   | X |
|  | Razón de Médicos Residentes por Campo Clínico                      |   |   | X |
|  | Telesalud  |   | X |   |
| Unidad de Planeamiento y Presupuesto                         | Porcentaje de ejecución presupuestal                               |   | X |   |
| Unidad de Administración                                     | Porcentaje de recuperación prestaciones a beneficiarios de IAFAS   | X |   |   |
|  | Porcentaje de personal capacitado                                  |   | X |   |
|  | Porcentaje de accidentes laborales                                 |   | X |   |
|  | Porcentaje de cumplimiento del PAC                                 |   | X |   |
|  | Gasto por atención/gasto por paciente                              |   | X |   |
|  | Porcentaje de cumplimiento del plan de equipamiento                | X |   |   |

6.2 El procesamiento, consistencia y validación de los indicadores estará a cargo del responsable de la obtención de indicador definido en la Ficha Técnica del Indicador, debiendo proporcionar los resultados en el periodo de medición establecida, al responsable del análisis del indicador.

6.3 Se analizará periódicamente los resultados de los indicadores teniendo en cuenta el estándar/meta definida en la Ficha Técnica del Indicador, debiendo evaluar los riesgos de las desviaciones al estándar, así como de las causas posibles (internas y externas) que impiden el adecuado desarrollo de la actividad /proceso.

6.4 Se realizarán acciones preventivas y correctivas tomando como referencia los resultados de las mediciones de indicadores, de modo que contribuyan al logro de las metas los mismos que deberán evidenciarse en un acta e informarse a las instancias correspondientes para la inclusión en los documentos/informes de gestión.

6.5 Las Unidades podrán solicitar la inclusión de otros indicadores, los cuales deberán ser generados en un ambiente participativo, que involucre en el proceso de elaboración a todos los actores relevantes, como una forma de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con las metas e indicadores resultantes.

6.6 Asimismo para la construcción de indicadores se deberá tomar en cuenta:

- Los indicadores deben ser conceptualmente claros, directos, inequívocos y comprensibles, que signifiquen lo mismo tanto a quienes hacen uso de ellos con fines de toma de decisiones, como a quienes simplemente los observan como referencia.





- La pertinencia es un requisito básico que deben reunir los indicadores, pues deben referirse a los procesos y productos esenciales de la institución, de modo que reflejen integralmente el grado de cumplimiento de sus objetivos institucionales.
- Los indicadores deben ser mensurables, expresados en unidades de medida que se entiendan fácilmente, lo que significa la posibilidad de validarlos o de verificarlos de manera independiente.
- Los indicadores deben ser confiables y válidos para garantizar que lo que se está midiendo sea realmente lo que se buscaba medir.
- La información que sirva de base para la elaboración de los indicadores de gestión debe ser recolectada a un costo razonable y con la garantía de confiabilidad necesaria, vale decir que los resultados deben ser independientes de quien efectúe la medición.
- Los indicadores deben ser sensibles, en el sentido de que reflejen los cambios de las situaciones y los diversos grados de complejidad de las organizaciones.
- Los indicadores deben ser periódicos y consistentes en el tiempo, para que se puedan realizar comparaciones en distintos momentos.
- Los indicadores deben ser públicos; es decir, conocidos y accesibles a todos los niveles y estamentos de la institución, así como al público usuario y al resto de la institución.

6.7 Para el establecimiento del estándar o meta se tomó como referencia la normativa vigente y disponible, las cuales se han adecuado a nuestra complejidad, modelo de atención y nuestra población, sin embargo su evaluación y modificación se realizará anualmente considerando que:

- Este conforme con el logro de un producto o servicio en relación a las necesidades de los pacientes.
- Determinar un rango de valores aceptables que se pretenden obtener al aplicar cada indicador.
- Deben medir un resultado que se compara con las normas de referencias.
- Si no se cuenta con referencia, deben estar íntimamente ligados con la evolución de los resultados obtenidos a través del tiempo.

6.8 Los indicadores establecidos en la presente directiva, serán progresivamente incorporados en el Tablero de Gestión del INSN – SB, constituyéndose el Sistema de Información Gerencial del Instituto.







## 7 RESPONSABILIDAD.

- 7.1 Es responsabilidad de las jefaturas, implementar la obtención, procesamiento, análisis de los indicadores según lo establecido en las Fichas Técnicas de los Indicadores.
- 7.2 Es responsabilidad de la Unidad de Tecnología de la Información la implementación de los indicadores en el tablero de gestión institucional.

## 8 DISPOSICIONES FINALES

La directiva podrá modificarse con sustento técnico correspondiente, por disposición de la Dirección General.



## 9 ANEXOS

Fichas Técnica de Indicadores





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>1. PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO EN CONSULTA EXTERNA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Conocer la productividad hora médico por número de pacientes atendidos por hora por el profesional médico en consultorio externo.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora programada de trabajo en consultorio externo.</p> <p>La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico de emergencia o de consulta de urgencia y los procedimientos de ayuda de diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.</p> <p>Para el número de horas médicos programadas se considera los turnos médicos regulares previstos en cada consultorio y las horas programadas por servicios complementarios en salud, de acuerdo a la normativa vigente.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de Consultas Médicas realizadas en consulta externa en un periodo}}{\text{N° de horas médico programadas en consulta externa en el mismo periodo}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | 2- 4 consultas por hora según la especialidad   |
| <b>Fuente de datos</b>  | <p><b>Numerador:</b> Sistema de Gestión Hospitalaria</p> <p><b>Denominador:</b> Programación Médica Mensual para Consulta Externa, Reporte del Servicio/Control del Personal</p>  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>2. RENDIMIENTO HORA MEDICO EN CONSULTA EXTERNA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Evaluar el rendimiento del recurso humano, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora efectiva de trabajo en la UPSS de consulta externa.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Es la relación entre el número de atenciones médicas en la UPSS de consulta externa y el número de horas efectivas.</p> <p>Hora profesional médico efectivas. Se refiere al número de pacientes por hora atendidos por el profesional de salud; traduce el tiempo que realmente se utiliza en la atención de pacientes.</p> <p>En el numerador de la fórmula se consignará el número total de atenciones o las atenciones de servicios o especialidades, según el caso.</p> <p>En el denominador se consignará la suma de la hora profesional médico efectivas asignadas a la UPSS de consulta externa en general o por cada servicio o especialidad, según el caso.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Número de atenciones en la UPSS de consulta externa}}{\text{Número de hora profesional médico efectivas laboradas en la UPSS de consulta externa}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | 2 a 4   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>3. CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite conocer el promedio de atenciones por cada paciente.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al instituto durante un periodo.<br>El indicador será medido a nivel institucional, sin embargo para efectos de análisis podrá ser medida por especialidad. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de Atenciones Médicas}}{\text{N° de Atendidos que recibieron atención médica}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | 2 – 4 consultas promedio   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>4. TASA DE DIFERIMIENTO DE CITAS</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite conocer la accesibilidad diferida de todos los usuarios a la Consulta Externa. La utilidad de este indicador, se basa en la regulación de la oferta para mantener la accesibilidad y oportunidad de atención.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | En el numerador se consignará la sumatoria de días para obtener una cita de todos los pacientes durante un mes (desde que el paciente solicita una cita para consulta externa hasta que es atendido)<br><br>En el denominador se considera la cantidad de pacientes que solicitaron una cita en el mismo mes. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\Sigma \text{ de días para obtener una cita de todos los pacientes (desde que el paciente solicita una cita para consulta externa hasta que es atendido)}}{\text{Nº total de pacientes que solicitaron una cita}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | < 10 días   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Nombre</b>                     | <b>5. RENDIMIENTO DE CAMA EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN</b>   |
| <b>Tipo</b>                       | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>                   | Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un periodo determinado (promedio de uso de una cama hospitalaria). Se le conoce también como índice de rotación. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva. Este indicador es influenciado por el promedio de permanencia de cama y el intervalo de sustitución.  |
| <b>Descripción y definiciones</b> | <p>Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.</p> <p>Numerador: el número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen del establecimiento de salud luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI) o por defunción.</p> <p>Denominador: es el número promedio de camas existentes durante el mes. Para su obtención se suma todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes y se divide entre el número total de días del mes.</p> <p>Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección del nivel intermedio mayor a 6 horas, las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales debiendo ser informados a las instancias correspondientes.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>             | Razón  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>         | $\frac{\text{N° egresos}}{\text{N° camas disponibles promedio}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>            | 1-3  |







|   |   |
|---|---|
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria                         |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>6. INTERVALO DE SUSTITUCION EN UPSS DE HOSPITALIZACIÓN</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Medir el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p><u>Número de días cama disponibles</u>, es el total de camas habilitadas para hospitalización, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día. No se deben incluir en este rubro, las camas de la unidad de cuidados intensivos o intermedios, de emergencia y las cunas para recién nacidos sanos, que son registradas por separado. Si la cantidad diaria de camas es la misma durante un período, el número de días – cama disponible se obtendrá multiplicando esa cantidad de camas por los días de dicho período; si la cantidad diaria de camas varía, deberá sumarse todos los días el número de camas de hospitalización.</p> <p><u>Paciente día</u>, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas del hospital se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día).</p> <p><u>Número de pacientes día del mes</u>, es el resultado de sumar todos los censados durante ese período.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de días cama disponibles} - \text{N° de pacientes día en un período}}{\text{N° de egresos (vivos y fallecidos) en el mismo período}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual a 2 días   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Censo de hospitalización  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |





|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Nombre</b>                     | <b>7. PROMEDIO DE PERMANENCIA DE HOSPITALIZACION</b>   |
| <b>Tipo</b>                       | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>                   | Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS de Hospitalización (sub-utilización o sobre utilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas.   |
| <b>Descripción y definiciones</b> | <p>Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías y las especialidades, por lo que su utilidad real está en el cálculo por servicios o especialidades.</p> <p><b>Días estancia</b>, es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado. Si un paciente estuvo hospitalizado en la misma oportunidad en dos o más servicios, las estancias se deben registrar en el último servicio de donde egresó. No se consignan en este rubro los días de hospitalización de los pacientes de emergencia y de los recién nacidos sanos.</p> <p>Para determinar el número de días estancia se resta el día de ingreso a la fecha de egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia.</p> <p><b>Numerador:</b> el número de días estancia de los egresos ( o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización durante un mes. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS Hospitalización. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico.</p> <p><b>Denominador:</b> el número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales debiendo ser informados a las instancias correspondientes.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>             | Razón  |



|   |   |
|---|---|
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | N° de días estancia de los egresados (vivos y fallecidos) en la UPSS de Hospitalización en un período<br>-----<br>N° de egresos (vivos y fallecidos) en la UPSS Hospitalización en el mismo período |
| <b>Estándar / meta</b>  | 14 a 17 días  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, censo de hospitalización.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>8. PROMEDIO DE PERMANENCIA DE LA UPSS DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS de UCI (sub-utilización o sobre utilización).   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en la UPSS de UCI en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías y las especialidades, por lo que su utilidad real está en el cálculo por servicios o especialidades.</p> <p>Numerador: el número total de días – estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente de alta de la UPSS UCI durante un mes. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de la UPSS UCI.</p> <p>Denominador: el número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS UCI luego de haber ocupado una cama. El egreso puede ser por alta (alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (Hospitalización) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales debiendo ser informados a las instancias correspondientes.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de días estancia de los egresados (vivos y fallecidos) en la UPSS de UCI en un período}}{\text{N° de altas (vivos y fallecidos) en la UPSS UCI en el mismo período}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | 12 a 15 días  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, censo de hospitalización.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>9. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA HOSPITALIZACIÓN</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo, identificando la sub – utilización o sobre utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Este indicador establece la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de un hospital.</p> <p>Numerador: el número total de pacientes – día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes –día censados día a día durante el mes.</p> <p>Un paciente –día es el paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario. Esta denominación también corresponde a días de estancia o días –cama ocupados.</p> <p>Denominador: el número de días-cama disponible se obtiene de la sumatoria de todas las camas existentes para la hospitalización por cada día del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre y operativa, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor a 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS de Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS de Centro Quirúrgico.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° pacientes-día} \times 100}{\text{N° días cama disponibles}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual que 80%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, censo hospitalario.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |







|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>10. REINGRESO EN HOSPITALIZACION</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Evaluar la pertinencia de la indicación del alta de los pacientes egresados, acorde con la evolución del cuadro clínico. Está relacionado con la calidad de la atención.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Reingreso por una recaída, es la ocurrencia de un segundo evento de la misma enfermedad o episodio clínico, producido por un agente causal o condición no resuelta del paciente durante su estadía en el hospital, lo que genera un nuevo internamiento o ingreso.</p> <p>No incluye las recaídas que se presentan en el paciente hospitalizado. Solamente se consignan para efecto de la aplicación de este indicador, las recaídas que originan una nueva hospitalización dentro de los 7 primeros días después del egreso.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de reingresos a hospitalización en menos de 7 días} \times 100}{\text{N° total de egresos en el mismo período}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor a 5%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, censo de hospitalización.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |





|  |   |
|--|---|
| Nombre   | 11. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS  |
| Tipo   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| Objetivo   | Determinar el promedio de cirugías canceladas en el periodo.  |
| Descripción y definiciones                                   | Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.<br>Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas. |
| Tipo de medida   | Porcentaje  |
| Fórmula de cálculo   | $\frac{\text{N° Intervenciones Quirúrgicas suspendidas} \times 100}{\text{N° Intervenciones Quirúrgicas programadas}}$  |
| Estándar / meta  | Menor o igual a 10%   |
| Fuente de datos  | Sistema de gestión hospitalaria, registro de Centro Quirúrgico  |
| Periodicidad de medición                                     | Mensual   |
| Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |







|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>12. TASA DE REINTERVENCION QUIRÚRGICA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite evaluar la calidad de la intervención quirúrgica realizada, sobre la complicación de la cirugía previa.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Re intervención quirúrgica: Intervención quirúrgica no planificada a un paciente ya operado, motivado por causas relacionadas con la intervención anterior, que ocurre dentro de los 30 días post operatorios. La literatura recomienda que el porcentaje de re intervenciones sea cero (Adaptado de OMS, 2008).</p> <p>Intervención quirúrgica mayor: todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor (OMS, 2008).</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Total de pacientes con reintervenciones quirúrgicas reportadas durante el periodo evaluado} * 100}{\text{Total de pacientes con intervenciones quirúrgicas mayores reportadas durante el periodo evaluado}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual a 2%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Registro de Centro Quirúrgico.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>13. TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite medir el tiempo de espera de un paciente para poder acceder al tratamiento quirúrgico, luego de que se identifica la necesidad de intervención quirúrgica.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El tiempo de espera para ser atendido es el mejor indicador para medir la repercusión de las listas de espera en la atención sanitaria, dado que al incrementar el tiempo de espera acrecientan al igual que los costos del sistema, incrementando el riesgo de complicaciones, pudiendo prolongar o empeorar la enfermedad y retrasar la recuperación del paciente. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\Sigma \text{ de días de espera entre la indicación de cirugía y la fecha en que se realiza}}{\text{Nº total de pacientes con indicación quirúrgica}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Por determinar   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Registro de Centro Quirúrgico.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>14. RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas y procedimientos especializados realizadas por cada sala de operación.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Este Indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (puede calcularse por separado el promedio de las salas de emergencia y de las destinadas para operaciones electivas). |
| <b>Tipo de medida</b>   | Tasa  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° Intervenciones Quirúrgicas y procedimientos especializados ejecutadas en las salas de operaciones}}{\text{N° de salas de operaciones}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | 70  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Registro de Centro Quirúrgico.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>15. RAZON DE EMERGENCIA POR CONSULTA EXTERNA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Numerador: es la suma de las atenciones médicas realizadas en los diferentes tópicos y en la unidad de shock trauma de la UPSS Emergencia en un periodo de tiempo. No se incluyen las atenciones médicas realizadas en sala de observación. Corresponde a atenciones de emergencia prioridad I y II.</p> <p>Denominador: Es el número de consultas médicas realizadas en los consultorios de la UPSS Consulta externa en un periodo de tiempo. La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por la necesidad de salud o enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia y procedimientos de ayuda al diagnóstico o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por potros profesionales de la salud.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de atenciones médicas en la UPSS emergencia (en un periodo)}}{\text{N° de consultas médicas en la UPSS Consulta Externa (en el mismo periodo)}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual a 0.1   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Libro de emergencia  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |



|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>16. PORCENTAJE DE PACIENTES DE EMERGENCIA DERIVADO POR CONSULTA EXTERNA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite conocer la proporción de pacientes atendidos en emergencia, derivados de una atención en consulta externa.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El paciente derivado de consulta externa a emergencia, es aquel que luego de la evaluación del profesional de salud que atiende en Consultorios externos determina la necesidad de atención inmediata del paciente por considerar una situación de urgencia mayor. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en emergencia referidos por consulta externa}) \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en emergencia}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Por determinar   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Libro de Emergencia.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |







|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>17. PORCENTAJE DE PACIENTES EN SALA DE OBSERVACIÓN CON ESTANCIA MAYOR A 12 HORAS</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Permite evaluar la eficacia y calidad de la atención del servicio de emergencia, así como la interrelación con los servicios de apoyo al diagnóstico y hospitalización.                |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Es el porcentaje de pacientes que permanecen hospitalizados en sala de observación con estancias iguales o mayores a 12 horas.   |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de pacientes en sala de observación con estancia igual o mayor a 12 horas}) \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día en sala de observación}}$ |
| <b>Estándar / meta</b>  | 0 %  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Libro de emergencia.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada  |





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño San BorjaDIRECTIVA ADMINISTRATIVA  
N° -INSN-SB/2019/UPP

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>18. TIEMPO DE ESPERA POR PRIORIDAD EN EMERGENCIA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite evaluar la calidad y capacidad de respuesta del servicio de emergencia.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Es la relación del tiempo transcurrido desde el ingreso a la sala de emergencia hasta el inicio de atención, entre el total de pacientes atendidos por daño determinado (según prioridad).</p> <p><u>Numerador</u>. - Suma total del tiempo transcurrido desde el ingreso a sala de emergencia de los pacientes con los daños determinados según prioridad, hasta el inicio de la atención.</p> <p><u>Denominador</u>. - Total de pacientes atendidos por daño determinado que corresponde a la prioridad.</p> <p>La obtención de los datos se realizará a una muestra del 3% según la demanda mensual de pacientes.</p> <p>Los daños que corresponden según prioridad, se encuentran en NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Se deberá identificar no más de cinco daños para éste indicador</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | <p>Suma de tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente a sala de emergencia hasta el inicio de la atención</p> <p>-----</p> <p>Total de pacientes atendidos por daño determinado</p>  |
| <b>Estándar / meta</b>  | <p>Casos de prioridad I: atención inmediata</p> <p>Casos de prioridad II: periodos de menos o igual a 10 minutos.</p> <p>Casos de prioridad III: periodos de menos o igual a 20 minutos.</p>  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Libro de Emergencia (Debe registrar la hora de ingreso al servicio de emergencia y la hora de inicio de la atención médica), Sistema de gestión hospitalaria.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>19. PORCENTAJE DE ATENCIONES EN EMERGENCIA A PRIORIDADES I y II</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite evaluar el nivel de prioridad que se atiende en la UPSS de Emergencia.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Se define el daño como compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridad I: Gravedad súbita extrema</li> <li>• Prioridad II: Urgencia mayor.</li> <li>• Prioridad III: Urgencia menor.</li> <li>• Prioridad IV: Patología aguda común.</li> </ul> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Suma de atenciones por casos de emergencia (prioridad I y II)} \times 100}{\text{Total de atenciones por casos de emergencia y urgencias}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 20%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>20. TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes hospitalizados.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Proporción de fallecidos en el hospital respecto al total de egresos durante un mismo período, considerando sólo las muertes que ocurrieron a partir de las 48 horas de ingresado el paciente.    |
| <b>Tipo de medida</b>   | Tasa  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° defunciones hospitalarias}^*}{\text{N° de egresos en el mismo período}}$ <p>* Fallecidos a partir de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.</p> |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual a 0.3   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, certificado de defunción, censo hospitalario.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>21. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Medir las muertes ocurridas en neonatos menores de vigésimo octavo día de nacido.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Es la relación entre el número de fallecidos de neonatos referidos al instituto con patología asociada entre el número de neonatos egresados en la Institución en un periodo. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Tasa  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de neonatos fallecidos}}{\text{N° de neonatos egresados en el instituto}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual a 0.1   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, Certificado de Defunción.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Atención Integral Especializada   |





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño San BorjaDIRECTIVA ADMINISTRATIVA  
N° -INSN-SB/2019/UPP

|  |   |
|--|---|
| Nombre   | 22. PORCENTAJE PACIENTES DE REGIONES ATENDIDOS  |
| Tipo   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Objetivo   | Conocer el porcentaje de pacientes que residen en regiones fuera de Lima metropolitana y la región del Callao, que son hospitalizados para recibir atención especializada.  |
| Descripción y definiciones                                   | Se considerarán pacientes de "otras regiones", los residentes que vivan fuera de Lima Metropolitana y la región del Callao que ingresan a los servicios de hospitalización. |
| Tipo de medida   | Porcentaje  |
| Fórmula de cálculo   | $\frac{\text{N° de pacientes egresados provenientes de regiones} \times 100}{\text{Total de pacientes egresados}}$  |
| Estándar / meta  | Mayor o igual a 80%   |
| Fuente de datos  | Sistema de gestión hospitalaria, registro de servicio social.   |
| Periodicidad de medición                                     | Mensual   |
| Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador | Estadística   |







|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>23. REFERENCIAS ATENDIDAS</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Mide el cumplimiento de atención de las referencias solicitadas al Instituto.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Referencia: es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual un agente comunitario o el personal facultado de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.</p> <p>Las causas de no aceptación de la referencia deberán cuantificarse para incluir en el análisis del indicador, así como el servicio/patología con mayor demanda.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° Pacientes referidos atendidos en el Instituto} \times 100}{\text{Total solicitudes de referencias}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 80%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de registro de referencias   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Área de Referencias y Contrarreferencias   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>24. PORCENTAJE DE REFERENCIAS QUE FUERON CONTRARREFERIDAS</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Mide el cumplimiento de las contrarreferencias del paciente que culminó su tratamiento en el Instituto.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Contrarreferencia: es un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° Pacientes con contrarreferencia} \times 100}{\text{Total solicitudes de referencias}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 25%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de registro de referencias   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Área de Referencias y Contrarreferencias   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>25. PORCENTAJE DE EXAMENES/ANÁLISIS NO INFORMADO EN EL TIEMPO PREVISTO</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Establecer la capacidad de respuesta y la oportunidad de entrega de los resultados de exámenes y análisis para la continuación de la atención médica.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Para el cálculo del indicador se debe contabilizar los exámenes que después de haber sido realizados, los que no se informaron en el tiempo previsto conforme los estándares definidos por cada tipo de examen u análisis. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de exámenes y análisis no informados en el tiempo previsto} \times 100}{\text{N° de exámenes y análisis realizados}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Varía según el tipo de examen/análisis   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria,   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Estadística / Unidad de Soporte de Diagnóstico y Tratamiento   |







|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Nombre</b>                     | <b>26. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES</b>  |
| <b>Tipo</b>                       | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>                   | Permite evaluar la eficiencia de la gestión de abastecimiento de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME), de fecha de expiración vigente, no estratégicos y con disponibilidad mayor de dos meses (disponibilidad normostock y sobre stock).   |
| <b>Descripción y definiciones</b> | <p>Este indicador mide el porcentaje de medicamentos esenciales (considerados en el PNUME, de fecha de expiración vigente y no estratégico) con disponibilidad mayor de 1 mes.</p> <p>Numerador: inicialmente se calcula la cantidad de meses de disponibilidad para cada medicamento que tiene a partir del nivel de stock en cada punto del tiempo entre el consumo promedio del mismo. A partir de esto se sabrá la cantidad de medicamentos en normostock (stock normal) y sobre stock.</p> <p>Interpretación del indicador de disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• = 0 , desabastecido</li> <li>• &gt;0 y &lt;2, substock</li> <li>• &gt;2 y &lt;4, normostock</li> <li>• &gt;6, sobrestock</li> </ul> <p>Disponibilidad de un medicamento (en meses)= stock del ítem/consumo promedio mensual ajustado del ítem.</p> <p>Consumo promedio mensual ajustado: es el promedio del consumo de un ítem en los últimos 12 meses entre los meses que haya registrado consumo, siempre que ese ítem haya sido consumido al menos una vez en los últimos 4 meses. Si esta última condición no se cumple, el ítem pasa a ser considerado "sin rotación" y no entra en los cálculos.</p> <p>Denominador: es la cantidad total de medicamentos esenciales que tienen rotación en el establecimiento.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>             | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>         | $\frac{\text{N° de medicamentos esenciales mayor a 1 mes de disponibilidad, registrados en el SISMED} \times 100}{\text{N° total de medicamentos esenciales, registrados en el SISMED}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>            | <p>Óptimo &gt; 90%</p> <p>Regular: 70% a 90%</p> <p>Bajo: &lt;70%</p>   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de gestión hospitalaria, SISMED.        |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Sub Unidad de Soporte al Tratamiento - Farmacia |





|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Nombre</b>                     | <b>27. DENSIDAD DE INCIDENCIA/INCIDENCIA ACUMULADA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS) SELECCIONADAS.</b>  |
| <b>Tipo</b>                       | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>                   | <p>La incidencia mide la velocidad con que se propaga las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), a más casos nuevos.</p> <p>Se utiliza densidad de incidencia cuando se mide el número de casos nuevos en una cantidad de persona – tiempo y la incidencia acumulada, cuando la exposición es única y sólo se espera un episodio por paciente.</p>   |
| <b>Descripción y definiciones</b> | <p>Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. La vigilancia y control epidemiológico constituyen una estrategia fundamental para fortalecer la seguridad del paciente.</p> <p>Se seleccionará 1 tipo de IAAS o Infecciones Intrahospitalarias (IIH), en un servicio específico, se prioriza la IAAS que se encuentren con tasas de incidencia elevada respecto a los valores referenciales para su nivel de atención publicados en el boletín epidemiológico vigente del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p><b>Densidad de Incidencia:</b><br/> <u>Numerador:</u> Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada<br/> <u>Denominador:</u> Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año.<br/>         Se utiliza para la medición de neumonías, Infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.<br/>         El numerador y el denominador deberán ser obtenidos según la metodología de la vigilancia epidemiológica que se establece en la norma técnica vigente.</p> <p><b>Incidencia Acumulada</b><br/> <u>Numerador:</u> Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada.<br/> <u>Denominador:</u> Sumatoria del total de pacientes según procedimiento.<br/>         Se utiliza para medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>             | Tasa / Porcentaje   |







|   |   |
|---|---|
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | <p><b>Densidad de incidencia:</b></p> <p>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x1000</p> <p>-----</p> <p>Número de días-procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo.</p> <p><b>Incidencia acumulada:</b></p> <p>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x 100</p> <p>-----</p> <p>Número de pacientes-procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo</p> |
| <b>Estándar / meta</b>  | Conforme lo establecido en el boletín epidemiológico del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de Vigilancia Activa Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH), aplicativo web de notificación de las IIH.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Epidemiología   |





|  |   |
|--|---|
| Nombre   | 28. PORCENTAJE DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO  |
| Tipo   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Objetivo   | Medir la satisfacción del usuario identificando cuales son las necesidades a considerar durante la atención del paciente  |
| Descripción y definiciones                                   | Es el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención recibida en consultorios externos, emergencia y hospitalización. Se considerarán usuarios externos a pacientes y familiares responsables de los pacientes. |
| Tipo de medida   | Porcentaje  |
| Fórmula de cálculo   | $\frac{\text{N° de usuarios satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$   |
| Estándar / meta  | Mayor o igual a 85%   |
| Fuente de datos  | Encuesta SERVQUAL   |
| Periodicidad de medición                                     | Anual   |
| Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador | Unidad de Gestión de la Calidad   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>29. PORCENTAJE DE QUEJAS RESUELTAS</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Objetivo</b>   | Medir el porcentaje de quejas resueltas respecto al total de quejas presentadas por los usuarios externos.         |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Determinar el nivel de calidad del servicio con la resolución de quejas presentadas por los usuarios externos.     |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de quejas atendidas y resueltas} \times 100}{\text{Total de quejas}}$                              |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 80%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Libro de reclamaciones   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Gestión de la Calidad  |







|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>30. TASA DE PUBLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Conocer la relación de publicación de investigación científica en salud desarrollados por los Investigadores del Instituto.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | La investigación es el proceso encaminado a obtener sistemáticamente conocimientos válidos siguiendo métodos científicos y reproducibles que deban ser aplicados de tal modo, que mejoren la salud de los individuos o las poblaciones, procurando determinar y mejorar las repercusiones de las políticas, programas e intervenciones que se originan dentro del sector de la salud, en el marco de las prioridades nacionales, regionales o institucionales en Investigación en Salud. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Tasa   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Número de publicaciones en revistas indexadas y repositorios digitales}}{\text{Número de Investigadores registrados en DINA}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 0.6  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Informes de la Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Semestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia  |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>31. RAZÓN MÉDICO RESIDENTE POR CAMPO CLÍNICO</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Conocer la razón de Médico Residente en el Instituto que reciben docencia especializada en los campos clínicos autorizados por el Consejo Nacional de Residencia Médica (CONAREME).  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Se define al Campo Clínico como el espacio de prestación de atención de salud individual en una Sede Docente, para el desarrollo de experiencias de aprendizaje que contribuyan al logro de las competencias del Médico Residente. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Razón  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Número de residentes ingresantes de sede}}{\text{Número de campos clínicos autorizados por CONAREME}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | 1  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Registro de la Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Semestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Desarrollo de Investigación, Tecnologías y Docencia  |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>32. TELESALUD</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Este indicador muestra la ejecución de las Teleconsultas/Telejuntas brindadas por el INSN-San Borja a las diferentes regiones del país.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | <p>Telesalud consiste en emplear las Tecnologías de Información para favorecer la atención del paciente pediátrico (Teleconsultas/Telejuntas), programas de capacitación (Telecapacitación) y la gestión de reuniones de trabajos ejecutivos en las redes de salud. (Telegestión).</p> <p>En el Perú, existe centralismo de los servicios de salud especializados, con una brecha de médicos asistenciales en la atención de los pacientes pediátricos que limita el acceso y prolonga el tiempo de espera para la atención requerida.</p> <p>Por tal motivo Telesalud ayuda a contribuir con el acceso a los servicios de salud a distancia, permitiendo una atención oportuna y de calidad del servicio médico en beneficio del paciente pediátrico, su familia y al personal de salud.</p> |
| <b>Tipo de medida</b>   | Número  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | N° de Teleconsultas realizadas por el INSN-San Borja  |
| <b>Estándar / meta</b>  | 50 Teleconsultas/Telejuntas consultas por mes.  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Base de Datos y Registros Informáticos.   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Mensual   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Telesalud / Unidad de Desarrollo de Investigación Tecnologías y Docencia.   |







|  |  |
|--|--|
| Nombre   | 33. PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL   |
| Tipo   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Objetivo (Justificación)                                     | Conocer el porcentaje de ejecución del presupuesto institucional para asegurar que los recursos estén disponibles en el momento requerido por los usuarios, brindando una mejor atención.  |
| Descripción y definiciones                                   | Es el grado de avance en el cumplimiento de las metas financieras. Está relacionado con la atención de gastos de acuerdo con los créditos autorizados presupuestado en todas las fuentes de financiamiento (Recursos Ordinarios, Recursos Directamente recaudados y Donaciones y Transferencias) |
| Tipo de medida   | Porcentaje   |
| Fórmula de cálculo   | $\frac{\text{Monto devengado del presupuesto institucional} \times 100}{\text{Presupuesto Institucional Modificado}}$  |
| Estándar / meta  | Mayor o igual a 95%  |
| Fuente de datos  | Reporte SIAF   |
| Periodicidad de medición                                     | Trimestral   |
| Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador | Unidad de Planeamiento y Presupuesto   |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>34. PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN PRESTACIONES A BENEFICIARIOS DE IAFAS</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | Mide el porcentaje de ingresos transferidos de las IAFAS por prestaciones de salud brindadas a los pacientes asegurados.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Permite identificar la brecha de recursos financieros que no son recuperados, así como sus causas, para la toma de acciones y estimación adecuada de la programación de las actividades asistenciales. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Monto transferido por IAFAS} \times 100}{\text{Monto registrado por prestaciones en salud}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor a 70%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Sistema de reporte de IAFAS, Resoluciones de transferencias  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Administración – Equipo de Seguros   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>35. PORCENTAJE DE PERSONAL CAPACITADO</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>            |
| <b>Objetivo</b>   | Conocer el porcentaje de personas capacitadas en el INSN SB.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | Se considera capacitaciones al personal que labora en el INSN SB bajo modalidad contractual de Nombramiento, Destacado o CAS. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Nº de trabajadores del instituto capacitados} \times 100}{\text{Nº total de trabajadores del instituto}}$        |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 80%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Informe de recursos humanos   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Administración – Equipo de Recursos Humanos   |







|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>36. PORCENTAJE DE ACCIDENTES LABORALES</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>              |
| <b>Objetivo</b>   | Permite medir el nivel de seguridad y protección al trabajador durante el desempeño de sus actividades en el INSN –SB.          |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Nº de accidentes de trabajo} \times 100}{\text{Nº total de trabajadores del instituto}}$                           |
| <b>Estándar / meta</b>  | Menor o igual 1%  |
| <b>Fuente de datos</b>  | Informe de recursos humanos, registro de accidentes laborales.  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Administración – Equipo de Recursos Humanos   |





|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>37. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PAC</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Conocer el porcentaje de cumplimiento de los procesos de selección incluidos en el Plan Anual de Contrataciones que permitan una adecuada provisión de bienes y servicios a los procesos institucionales. |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El Plan Anual de Contrataciones es un documento de gestión para planificar, ejecutar y evaluar las contrataciones, el cual se articula con el Plan Operativo Anual y el presupuesto institucional.        |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{Nº de procesos de selección con otorgamiento de buena pro} \times 100}{\text{Total de procesos de selección programados}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Mayor o igual a 80%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Plan Anual de Contrataciones, Contratos, Informes de evaluación   |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral  |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Administración - Logística  |





|   |  |
|---|--|
| <b>Nombre</b>   | <b>38. GASTO POR ATENCIÓN - GASTO POR PACIENTE</b>   |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>   |
| <b>Objetivo</b>   | El gasto por paciente permite conocer el importe por paciente según la especialidad y la UPSS. El gasto por atenciones permite medir la evolución en el gasto por UPSS.  |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El gasto por paciente presente un gasto promedio por paciente la que debe diferenciarse por especialidad y ser comparada con los costos por patología priorizada, priorizando los de alto costo.<br><br>El gasto por atención presente un gasto promedio diferenciado por UPSS, para determinar el nivel de eficiencia comparando con periodos anteriores. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje   |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | <p><b>Gasto por atención</b></p> $\frac{\text{Total gasto por atenciones} \times 100}{\text{Número de atenciones}}$ <p><b>Gasto por paciente</b></p> $\frac{\text{Total gasto por paciente} \times 100}{\text{Número de pacientes}}$   |
| <b>Estándar / meta</b>  | Por determinar   |
| <b>Fuente de datos</b>  | SIGA, Sistema de Gestión Hospitalaria  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Trimestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Tecnología de la Información /Unidad de Administración – Unidad de Planeamiento y Presupuesto  |







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño San BorjaDIRECTIVA ADMINISTRATIVA  
N° -INSN-SB/2019/UPP

|   |   |
|---|---|
| <b>Nombre</b>   | <b>39. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE EQUIPAMIENTO</b>  |
| <b>Tipo</b>   | Estructura <input checked="" type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>  |
| <b>Objetivo</b>   | Permite conocer el avance de ejecución del plan de equipamiento priorizado que culmina con la recepción de los equipos.   |
| <b>Descripción y definiciones</b>                                   | El plan de equipamiento contiene la brecha de equipos por reposición y nuevos requeridos en el Instituto necesarios para la adecuada operatividad de los procesos.<br><br>La ejecución del plan de mantenimiento estará en función a la priorización de la necesidad y del financiamiento asignado. |
| <b>Tipo de medida</b>   | Porcentaje  |
| <b>Fórmula de cálculo</b>   | $\frac{\text{N° de equipos nuevos o por reposición ingresado} \times 100}{\text{N° de equipos aprobado en el plan de equipamiento por el MINSA con financiamiento}}$  |
| <b>Estándar / meta</b>  | 1 er Semestre = 50% , 2do semestre = 100%   |
| <b>Fuente de datos</b>  | Plan Anual de Equipamiento, Acta de recepción de equipos  |
| <b>Periodicidad de medición</b>                                     | Semestral   |
| <b>Área responsable de la obtención/ del Análisis del Indicador</b> | Unidad de Administración – Servicios Generales  |



