



Escuela
Nacional
de Control

**CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE CONTROL**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN APLICADA

“USO DE UN TABLERO DE INDICADORES COMO HERRAMIENTA Y FUENTE DE
CRITERIOS PARA ORIENTAR EL PLANEAMIENTO Y EJECUCIÓN DE SERVICIOS DE
CONTROL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS
DEL PERÚ”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN APLICADA
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CONTROL
GUBERNAMENTAL

AUTORA

PATRICIA ISABEL SUAREZ BEYODAS

ASESOR:

MG. DAVID MEDIANERO BURGA

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

“El que tiene salud, tiene esperanza y el que tiene esperanza, lo tiene todo “. Proverbio árabe. “

Es difícil cambiar el mundo, pero es maravilloso vivir intentándolo”. Patricia Suárez.

A Dios, por ser mi fortaleza y protección en este empinado camino en defensa de una salud con oportunidad, calidad, seguridad y dignidad para los pacientes del Sistema Nacional de

Salud del Perú.

A mi hermoso y amado País, Perú.

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesor Magister David Medianero Burga, por su aliento permanente y valiosos consejos a lo largo del desarrollo de este Trabajo de Investigación.

A mi equipo de la Subgerencia de Control del Sector Salud de la Contraloría General de Republica del Perú por su apoyo incondicional y por demostrar en todo momento su compromiso para llevar a cabo acciones de control gubernamental por los pacientes de los Establecimientos de salud del país, que sirvieron de inspiración y fuerza para plasmar esta experiencia en este trabajo de investigación.

A los pacientes que tuve el privilegio de atender en toda mi carrera profesional y que me enseñaron las reales necesidades sobre las que debemos trabajar en el Perú para lograr el mejor Sistema Nacional de Salud del Mundo.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE CUADROS.....	9
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPITULO I: PREGUNTA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.1. Línea de Investigación.....	21
1.2. Enunciado y descripción del problema público.....	21
1.3. Justificación e importancia del trabajo de investigación aplicada.....	26
1.4. Antecedentes.....	30
1.5. Preguntas y objetivos.....	32
Pregunta General.....	32
Preguntas específicas.....	32
Objetivo general:.....	32
Objetivos específicos:	32
1.6. Hipótesis.....	33
Hipótesis general	33
Hipótesis específicas:	33
CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL.....	33
2.1. Sistema Nacional de Salud Peruano: Visión general	33
2.2. Análisis de establecimientos de salud.....	35

2.3. Presupuesto de Establecimientos de Salud	45
2.4. Corrupción en Sector Salud	55
2.5. El Control Gubernamental en el Sector Salud en la Contraloría General de la República.....	62
2.6. Indicadores de Gestión Sanitaria.	65
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	73
3.1 Tipo de Investigación.....	73
3.2 Tipo de conocimiento.....	73
3.3 Estrategia de investigación	74
3.4 Método de investigación	74
3.5 Evidencias de investigación.....	75
3.6 Tipo de fuentes de información.....	76
3.7 Instrumentos de recopilación de información.....	76
3.8 Población de estudio y muestra	77
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	78
4.1 Recopilación de Información.....	78
4.2 Dimensión: Análisis de la Problemática.	81
4.3 Dimensión: Conocimiento de las Herramientas de Gestión Sanitaria.....	88
4.4 Dimensión: Alternativas de Solución al Problema Público.....	95
4.5 Análisis De Resultados	100
CAPITULO V. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	101
5.1. Objetivo de la propuesta.	101
5.2. Análisis de las alternativas.....	102
5.2.1. Enfoque misional.....	102
5.2.2. Enfoque presupuestal	104
5.2.3. Descripción de la alternativa seleccionada.....	107
Alcance estratégico de la propuesta	107
a. Perspectiva de país	107

b. Perspectiva financiera.....	108
c. Perspectiva de cliente o usuarios o mercado	109
d. Perspectiva de procesos internos	109
e. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento (capacitación)	110
5.3. Formulación de la intervención	110
5.4. Análisis de la viabilidad.....	123
5.4.1. Viabilidad organizacional.....	123
5.4.2. Viabilidad financiera	123
5.4.3. Viabilidad normativa.....	124
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	125
6.1. Conclusiones a partir de los resultados.....	125
6.2. Contrastación de hipótesis de la investigación.....	129
6.3. Limitaciones del estudio.....	130
6.4. Recomendaciones para implementar la propuesta.	131
BIBLIOGRAFÍA.....	133
ANEXO N° 1	138
ANEXO N° 2.....	144

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Cadena de valor en la prestación de servicios de salud.....	27
Figura 1.2 Distribución del gasto del Presupuesto del Sector Público – 2021	29
Figura 2.1 Establecimientos públicos y Establecimientos privados en el Perú	36
Figura 2.2 Establecimientos públicos por instituciones.....	37
Figura 2.3 Gasto público en salud en América Latina (% PBI)	46
Figura 2.4 Evolución del Presupuesto Inicial de apertura – PIA de los años 2017-2022	48
Figura 2.5 Población por condición de vulnerabilidad y pobreza monetaria según tipo de seguro de salud al que acceden, 2019.....	50
Figura 2.6 Situación de la pobreza en el Perú.....	52
Figura 2.7 Total de recursos económicos en Salud año 2019.....	54
Figura 2.8 Mapa de procesos de los establecimientos de Salud	65
Figura 4.1 Uso de servicios de emergencia	82
Figura 4.2 Uso de servicios de emergencia	82
Figura 4.3 Atenciones diferenciadas en los Servicios de emergencia y consulta externa....	83
Figura 4.4 Atenciones diferenciadas en los Servicios de emergencia y consulta externa....	84
Figura 4.5 Medición a través de indicadores de gestión sanitaria	84
Figura 4.6 Medición a través de indicadores de gestión sanitaria	85
Figura 4.7 Soluciones reales a las necesidades de los pacientes	86
Figura 4.8 Soluciones reales a las necesidades de los pacientes	86
Figura 4.9 Hacinamiento de las Emergencias.	87
Figura 4.10 Hacinamiento de las Emergencias	88
Figura 4.11 Estancia de pacientes en el servicio de emergencia.	88
Figura 4.12 Estancia de pacientes en el servicio de emergencia.	89
Figura 4.13 Actividades misionales en los Establecimientos de Salud.	90
Figura 4.14 Actividades misionales en los Establecimientos de Salud.	90
Figura 4.15 Identificación de áreas de ineficiencia	91

Figura 4.16 Identificación de áreas de ineficiencia.	92
Figura 4.17 Congestión en el servicio de emergencia	92
Figura 4.18 Congestión en el servicio de emergencia	93
Figura 4.19 Razón de atenciones de emergencia por consulta externa	94
Figura 4.20 Razón de atenciones de emergencia por consulta externa	94
Figura 4.21 Rendición de cuentas en los establecimientos de salud.....	95
Figura 4.22 Rendición de cuentas en los establecimientos de salud.....	96
Figura 4.23 Indicadores de gestión en los informes de control gubernamental.	96
Figura 4.24 Indicadores de gestión en los informes de control gubernamental.	97
Figura 4.25 Descongestionamiento de los servicios de emergencia.....	98
Figura 4.26 Descongestionamiento de los servicios de emergencia.	98
Figura 4.27 Mejora en cascada de la provisión de servicios de salud	99
Figura 4.28 Mejora en cascada de la provisión de servicios de salud	100
Figura 5.1 Diagrama del Uso de la Herramienta	111

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1 Sistema Nacional de Salud del Perú.....	34
Cuadro 2.2 Establecimientos de salud a nivel nacional.....	37
Cuadro 2.3 Cuadro Establecimientos de salud públicos a nivel nacional.	38
Cuadro 2.4 Categorías de los establecimientos de salud en el Perú.....	40
Cuadro 2.5 Categorías de los establecimientos de salud públicos en el Perú.....	40
Cuadro 2.6 Total de establecimientos de salud públicos por niveles en el Perú.....	41
Cuadro 2.7 Establecimientos de salud privados por niveles en el Perú.....	41
Cuadro 2.8 Establecimientos de salud por niveles de atención en el Perú.....	42
Cuadro 2.9 Establecimientos de salud públicos por categorías y por Institución prestadora del servicio de salud (IPRESS) en el Perú.....	43
Cuadro 2.10 Establecimientos de salud por categoría y por Institución prestadora del servicio de salud a nivel nacional.....	44
Cuadro 2.11 Establecimientos de salud por Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPRESS) y por categoría a nivel nacional	44
Cuadro 2.12 Gasto público en salud en América Latina (% PBI).....	46
Cuadro 2.13 Distribución del gasto del Presupuesto del Sector Público – 2021.....	47
(millones de soles)	47
Cuadro 2.14 Ejecución Presupuestal de Essalud 2019-2022 (En Soles).....	49
Cuadro 2.15 Ranking de pobreza en Regiones del Perú.....	51
Cuadro 2.16 Gasto de bolsillo en Salud en el Perú 2012-2019	53
Cuadro 2.17 Ámbito de la Subgerencia de Control de Sector Salud	63
Cuadro 2.18 Ámbito de control de establecimientos de Salud de la CGR por Órgano Auditor.	63
.....	63
Cuadro 2.19 Capacidad operativa de la SCSS al 31 de Enero de 2022.	64
Cuadro 2.20 Presupuesto bajo el ámbito de control de la SCSS al año 2021	65
Cuadro 3.1 Establecimientos públicos de acuerdo a su nivel de atención.....	78

Cuadro 4.1 Panel de expertos.....	81
Cuadro 5.1 Matriz de análisis de las alternativas.	106
Cuadro 5.2 Descripción de actividades.	112
Cuadro 5.3 Matriz de desarrollo de la intervención	113
Cuadro 5.4 Definición de indicador de Gestión Sanitaria	114
Cuadro 5.5 Indicador Productividad Hora Médico.	114
Cuadro 5.6 Indicador Productividad Hora Médico	115
Cuadro 5.7 Indicador concentración de consultas.....	115
Cuadro 5.8 Indicador utilización de los Consultorios (Médicos)	116
Cuadro 5.9 Indicador promedio de permanencia.	116
Cuadro 5.10 Indicador intervalo de sustitución cama	117
Cuadro 5.11 Indicador Porcentaje de Ocupación Cama	117
Cuadro 5.12 Indicador Rendimiento Cama.....	118
Cuadro 5.13 Indicador razón de Emergencias por consultas médicas	118
Cuadro 5.14 Indicador rendimiento de Sala de Operaciones.....	119
Cuadro 5.15 Indicador porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias.....	119
Cuadro 5.16 Indicador tasa neta de mortalidad hospitalaria	120
Cuadro 5.17 Indicador tasa de Cesárea	121
Cuadro 5.18 Indicador Porcentaje de Cirugías Suspendidas.....	121
Cuadro 5.19 Indicador Porcentaje de pacientes en Sala de Observación con estancia mayor a 12 horas	122
Cuadro 5.20 Ejemplo de indicadores por fuera del estándar obtenidos en el Operativo de Control Simultaneo a los Establecimientos de Salud Publico de segundo y Tercer Nivel de Atención – “Por una salud de calidad 2019”	122
Cuadro 5.21 Criterios del análisis de viabilidad de la intervención propuesta	125

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS.

CGR	Contraloría General de la República de Perú.
COVID-19	Corona Virus Disease 19.
DGSP	Dirección General de Salud Pública.
DIRESA	Dirección Regional de Salud.
EFS	Entidad fiscalizadora superior.
ESSALUD	Seguro Social de Salud
INTOSAI	International Organization of Supreme Audit. Institutions.
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISSAI	Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores
ISO	International Organization for Standardization.
MINSA	Ministerio de Salud.
NTS	Norma Técnica de Salud.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OCI	Órgano de Control Institucional.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
SNC	Sistema Nacional de Control.
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud.
SPIC	Sistema de Publicación de Informes de Control.
TIA	Trabajo de Investigación Aplicada.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UPSS	Unidades Productoras de Servicio de Salud.

RESUMEN

La salud se ha convertido, a raíz de la pandemia del COVID-19 que estamos viviendo, en el principal problema del Perú y el mundo. Nunca tuvo el Sector Salud tanta relevancia ni tanta atención por parte del conjunto de la sociedad como ahora, a pesar que en el país este sector ha mostrado desde antes de la pandemia bajos niveles de eficiencia, eficacia, calidad y oportunidad en la prestación de servicios a la ciudadanía.

El presupuesto del Sector Salud en nuestro país, a raíz de la pandemia, ha recibido una inyección importante de recursos económicos, con la finalidad de reducir el impacto sanitario del COVID 19, asignándosele en el año 2021 más de 35 000 millones de soles entre el Sector Salud a nivel nacional y el presupuesto de ESSALUD.

Existen diferentes estudios que señalan que el país pierde alrededor del 15% del total del presupuesto público ejecutado por actos de corrupción e inconducta funcional, siendo los sectores del gobierno nacional más afectados los de Transportes y Comunicaciones, Salud y Educación (Shack, Pérez & Portugal, 2020). De manera que es esencial potenciar el control gubernamental en el Sector Salud, en principio porque las Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS) son un factor importante para marcar la vida de los ciudadanos y en ese sentido un control gubernamental con impacto en el Sector Salud hace la diferencia. Además, se debe considerar la ingente cantidad de recursos económicos del sector que por ley la Contraloría General de la República (CGR) está obligada a controlar; así como la enorme corrupción que existe en este sector y que es misión de la CGR combatir. En el contexto del presente trabajo, la ineficiencia de la gestión en el Sector Salud, sumada al componente de corrupción, son las principales causas de los bajos niveles de calidad de la prestación del servicio de salud en el país.

Por otra parte, la inadecuada provisión de servicios en el sector salud es un problema público que debemos atender para satisfacer la principal demanda social de la ciudadanía: lograr no solo el acceso, sino una atención con altos estándares de calidad en la provisión de servicios de salud, entendiendo el derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como está

contemplado en la Constitución Política del Perú. En tal perspectiva, el control gubernamental en salud requiere, por su alta complejidad, necesariamente de un conocimiento profundo de la estructura y dinámica del Sistema Nacional de Salud, así como un dominio de los estándares de gestión sanitaria a efectos de poder medir la necesidad y el impacto de cada una de las intervenciones de control gubernamental.

Por definición, no se puede controlar lo que no se conoce, y no se puede mejorar lo que no se mide. Por ende, para desarrollar recomendaciones que agreguen valor para la mejora de la gestión deben aplicarse estándares de gestión sanitaria que permitan realizar análisis, comparaciones y una intervención oportuna del control gubernamental, abarcando aspectos misionales del Sector Salud, con un enfoque centrado en el ciudadano usuario del Sistema Nacional de Salud. Ello, a su vez, debe estar alineado con las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI) y con el mandato contenido en el Plan Estratégico 2017-2022 de la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI), consistente en contribuir con el seguimiento y revisión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), e instando a los gobiernos nacionales a la implementación de la Agenda 2030; en este caso particular a la implementación del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 - Salud y Bienestar (ODS 3), en concordancia con el Manual de Auditoría de ODS de la Iniciativa de Desarrollo de la INTOSAI (ISAM).

La atención que se brinda en el servicio de emergencia es la resultante de los procesos estratégicos, operativos y de soporte de los establecimientos de salud. Las nuevas generaciones del bicentenario de nuestro país merecen que luchemos impecable e implacablemente por un control gubernamental de clase mundial con estándares internacionales y un Sistema Nacional de Salud que se encuentre entre los mejores del mundo.

Palabras clave: indicadores de gestión sanitaria, servicio de emergencia, objetivos de desarrollo sostenible, ISSAI, INTOSAI, ISAM, modelo de control en el Sector Salud.

ABSTRACT

Health has become, as a result of the COVID-19 pandemic we are experiencing, the main problem in Peru and the world. The Health Sector has never had so much relevance or so much attention from the society as a whole as now, despite the fact that this sector in the country has shown low levels of efficiency, effectiveness, quality and timeliness in the provision of services to citizens since before the pandemic.

The budget of the Health Sector in our country, as a result of the pandemic, has received an important injection of economic resources, with the purpose of reducing the sanitary impact of COVID 19, being assigned in the year 2021 more than 35,000 million soles between the Health Sector at national level and the budget of ESSALUD.

There are different studies that indicate that the country loses around 15% of the total public budget executed due to acts of corruption and functional misconduct, being the most affected sectors of the national government those of Transport and Communications, Health and Education (Shack, Pérez & Portugal, 2020). Therefore, it is essential to strengthen governmental control in the Health Sector, in principle because Supreme Audit Institutions (SAIs) are an important factor in the lives of citizens and in this sense, governmental control with an impact on the Health Sector makes a difference. In addition, the enormous amount of economic resources of the sector that by law the Comptroller General of the Republic (CGR) is obliged to control must be considered, as well as the enormous corruption that exists in this sector and that it is the mission of the CGR to fight. In the context of the present work, the inefficiency of management in the Health Sector, together with the corruption component, are the main causes of the low levels of quality in the provision of health services in the country.

On the other hand, the inadequate provision of services in the health sector is a public problem that we must address in order to satisfy the main social demand of the citizens: to achieve not only access, but also high quality care standards in the provision of health services, understanding the right to health as a fundamental right, as contemplated in the Political Constitution of Peru. In this perspective, governmental control in health requires, due to its

high complexity, necessarily a deep knowledge of the structure and dynamics of the National Health System, as well as a mastery of health management standards in order to be able to measure the need and impact of each of the governmental control interventions.

By definition, you cannot control what you do not know, and you cannot improve what you do not measure. Therefore, in order to develop recommendations that add value for the improvement of management, health management standards must be applied that allow for analysis, comparisons and timely intervention of governmental control, covering the mission aspects of the Health Sector, with a focus on the citizen-user of the National Health System. This, in turn, must be aligned with the International Standards of Supreme Audit Institutions (ISSAI) and with the mandate contained in the Strategic Plan 2017-2022 of the International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI), consisting of contributing to the monitoring and review of the Sustainable Development Goals (SDGs), and urging national governments to implement the 2030 Agenda; in this particular case to the implementation of Sustainable Development Goal 3 - Health and Well-being (SDG 3), in accordance with the SDG Audit Manual of the INTOSAI Development Initiative (ISAM).

The care provided in the emergency service is the result of the strategic, operational and support processes of health facilities. The new generations of our country's bicentennial deserve that we fight impeccably and relentlessly for a world-class government control with international standards and a National Health System that is among the best in the world.

Key words: health management indicators, emergency service, sustainable development goals, ISSAI, INTOSAI, ISAM, control model in the Health Sector.

INTRODUCCIÓN

Ante las duras circunstancias sanitarias que nos ha tocado vivir como país y en el marco del estado de Emergencia Nacional a consecuencia de la pandemia de COVID-19 decretado por el Gobierno del Perú desde el mes de Marzo del 2020, el presente Trabajo de Investigación Aplicada desarrolla el problema público de la inadecuada provisión de servicios en el sector salud que debemos atender para satisfacer la principal demanda social de la ciudadanía y tiene como objetivo general proponer el uso de un Tablero de Indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control que permita la identificación de indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir con el control gubernamental.

De acuerdo a la declaración universal de derechos humanos y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también a una atención adecuada.

El Estado destina en el presupuesto para el Sector Salud, más de 35 mil millones de soles, y en las actuales circunstancias sanitarias presentadas por la pandemia del Coronavirus, se viene dando un mayor nivel de priorización a los recursos destinados para este sector, en razón a ello, el Sistema Nacional de Control debe premunirse de todos los recursos necesarios para la ejecución de los Servicios de Control en concordancia con lo señalado en el artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, Ley 27785.

Se ha considerado revisar los indicadores de gestión sanitaria contemplados en los documentos de gestión emitidos por el Ministerio de Salud (MINSA), en su calidad de ente técnico rector del Sistema Nacional de Salud, identificando los indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir con el control gubernamental en los servicios de emergencia de los establecimientos del Sistema Nacional

de Salud, entendiendo la atención de emergencia como la resultante de todos los procesos de la cadena de valor del servicio de salud y en donde se ven reflejadas las reales necesidades de los pacientes. El control gubernamental en la Emergencia es el punto de partida para un control integral de la gestión sanitaria de los establecimientos de salud públicos logrando así un control misional que garantice el correcto uso de los recursos en cumplimiento de la finalidad pública como es garantizar el derecho fundamental de la salud para toda la población. Los objetivos específicos son:

- a. Proponer el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios para la aplicación en el segundo y tercer nivel de atención de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud.
- b. Proponer el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental para la aplicación en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud.

En ese sentido proponer el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud que permita identificar indicadores de gestión sanitaria puede optimizar el control gubernamental de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud. El Perú se encuentra en emergencia sanitaria desde el 15 de marzo del 2020, presentando su primer caso de coronavirus el 6 de marzo del 2020. A febrero del 2022, nuestro país registra un total de 3 363 489 casos confirmados, 206 984 fallecidos por COVID 19 y una tasa de letalidad de 6,15% (MINSa, 2022). Con estas cifras el Perú se encuentra entre los diez países del mundo con mayor cantidad de casos confirmados y mayor número de fallecidos por COVID 19, enfrentando una problemática aguda por el acelerado avance del número de contagiados así como la débil respuesta de los servicios de salud del país, esta alta tasa de letalidad es un reflejo de la población que se encuentra en riesgo y nos permite evaluar la calidad de la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud ante esta situación de emergencia sanitaria. La pandemia ha afectado a las grandes ciudades del país con el consecuente impacto socio

– económico, dado que existe una correlación positiva (0,61) entre la densidad poblacional y los distritos con mayor número de contagiados (CEPLAN, 2020).

El Sistema Nacional de Salud del Perú es fraccionado sin coherencia vertical ni horizontal, con un débil liderazgo por parte del Ministerio de Salud que es el ente rector, con servicios de salud que no llegan con la oportunidad, calidad y seguridad que los pacientes requieren y con ingentes recursos económicos que deben cumplir con los objetivos para los que fueron destinados y que la CGR debe controlar.

Asimismo, diferentes estudios señalan que en el Perú se pierde alrededor del 15% del total del presupuesto público ejecutado en corrupción e inconducta funcional siendo los sectores del gobierno nacional más afectados, transportes y comunicaciones, salud y educación (Shack, Pérez & Portugal, 2020). El análisis de la corrupción en el Sector Salud ha estado más enfocado en la tipología de los casos de corrupción y en los casos aislados que han sido objeto de la atención de la opinión pública.

Es en este contexto que la necesidad de fortalecer el control gubernamental es fundamental y para lo cual, es necesario conocer los mecanismos por los cuales se produce la corrupción en el Sector Salud, es decir el *modus operandi* a efectos de lograr resultados que agreguen valor en la lucha contra la corrupción. En este Trabajo de Investigación Aplicada (TIA) se desarrollará un tablero de indicadores aplicable a las diferentes modalidades de intervención del control gubernamental, a manera de evidencia analítica, que permita incorporar indicadores de gestión sanitaria, con un enfoque misional del control gubernamental en el Sector Salud, alineado a las demandas de la ciudadanía de acuerdo a lo establecido en el ISSAI 12.

Los resultados del informe del operativo de control simultáneo de la CGR a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención, *Por una salud de calidad 2019*, en adelante *Operativo de Salud CGR 2019*, permitieron evidenciar que el 45 % del total de establecimientos de salud de los niveles II y III no utilizaban indicadores de gestión sanitaria para la evaluación y valoración de los procesos asistenciales, de acuerdo a normas técnicas establecidas. Esta realidad lleva a inferir la baja importancia que se le otorga a la

medición de estándares de desempeño que permitan brindar servicios de calidad a los pacientes y, por tanto, la necesidad que existe de contar con herramientas de control gubernamental que permitan identificar bolsones de ineficiencia para prevenir actos de corrupción e inconducta funcional en los establecimientos públicos.

CAPITULO I: PREGUNTA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Línea de Investigación.

El presente trabajo se enmarca en las líneas de investigación correspondientes a Objeto del control y entidades controladas por el Sistema Nacional de Control (SNC), así como lo concerniente a los Procesos y servicios de control gubernamental, conteniendo como aspecto principal la cadena de valor de control gubernamental.

La cadena de valor del Sistema Nacional de Control (SNC) demuestra su capacidad organizacional (capacidad administrativa y alcance territorial) y los insumos a su alcance; sus procesos estratégicos, misionales y de apoyo; sus productos o servicios de control gubernamental y los resultados e impactos esperados del ejercicio del control.

La corrupción y la inconducta funcional son dos objetos de control del SNC. Bajo esta línea de investigación se puede identificar y generar evidencia empírica sobre el desarrollo de los fenómenos que se presentan en el Sistema Nacional de Salud Público. Además, bajo esta línea de investigación se puede estudiar causas y efectos de distintos tipos de corrupción que se presenten en las Entidades del Sistema Nacional de Salud Público y la capacidad del SNC para prevenir, detectar o investigar diferentes tipos de corrupción. Por tal razón, utilizar un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterio para orientar el planeamiento en la ejecución de servicios de control gubernamental del Sector Salud en el Perú, constituiría un gran aporte de valor público del Sistema Nacional de Control, en el contexto actual de las necesidades de Control gubernamental para atender la demanda de la ciudadanía.

1.2. Enunciado y descripción del problema público.

De acuerdo a la encuesta del Diario El Comercio-Ipsos publicada el 25 de Julio del 2021, el 75 % de peruanos considera que mejorar los servicios de salud y avanzar con la vacunación contra el COVID -19 es una prioridad y el 42 % de los peruanos considera que el combate a la corrupción es uno de los temas centrales en la agenda de nuestro país.

Según el informe del Operativo de control simultaneo N° 1780-2019-CG/SALUD-SOP, emitido por la CGR a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de

atención – “Por una salud de calidad 2019”, se evidencia que los servicios de emergencia no están cumpliendo la finalidad pública dado que, El 46.67% de los EESS visitados, no utilizan los indicadores de eficiencia y calidad en el Servicio de Emergencia; asimismo el 45% de los EESS visitados, a pesar de haberse recomendado en los informes 2018 el uso de indicadores de gestión, no habían dispuesto acciones para ello; las camas "habilitadas" (camillas, sillas de ruedas, etc.) constituyen el 101.8 % de las camas de observación en los servicios de emergencia; la relación entre las atenciones de Emergencia y Consulta Externa, es de 0.67, superando seis veces más el estándar esperado, situación que aunada a la estancia en emergencia que supera las 12 horas, deriva en alta congestión; El 68.8% de las atenciones de emergencia en el año 2018, fueron calificadas por los EESS públicos como “Prioridad III y IV”; el 52.02% de Establecimientos de Salud no cuentan con "código de alarma de emergencia para paciente de Prioridad I" o este no se encuentra disponible; el 36% de los Establecimientos de Salud Públicos no cuentan con guías de práctica clínica de los daños más frecuentes; asimismo, el 40% carece de las guías de procedimientos asistenciales más frecuentes y el 30% no cuenta con un plan de emergencias y desastres; el 63.71% de los Establecimientos de Salud Públicos, carece de un “Área de Aislamiento” en sus servicios de Emergencia que les permita prever la diseminación de enfermedades de alta transmisibilidad y en ese informe de la Contraloría General, se señala que en el año 2019, el total de camas en Hospitalización fue de 28 245, las camas de Observación de Emergencia fueron 3 472 y las camas “habilitadas” 3 533, lo que significa que se encontraron 3 533 pacientes en los pasillos de las Emergencias.

Asimismo, de acuerdo al informe de Orientación de Oficio N° 223-2022-CG/SALUD-SOO al Instituto Nacional de Salud del Niño, de marzo de 2022, la emergencia del Instituto nacional de Salud del Niño Breña se encuentra en promedio cuatro veces más congestionada que el estándar esperado, situación que generan el riesgo en la oportuna atención de las prioridades de gravedad súbita extrema y urgencia mayor (prioridades I y II) de los pacientes pediátricos; adicionalmente, de acuerdo al Informe de Orientación de Oficio N° 8827-2022-CG/SALUD – SOO al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, el servicio de emergencia de este

hospital no cuenta con cuarto de aislados generando el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas entre los pacientes y el personal asistencial; ausencia del sistema de llamado paciente – enfermera en el servicio de emergencia genera el riesgo en la calidad de la prestación de los servicios de salud; la emergencia de este hospital se encuentra en promedio cinco veces más congestionada que el estándar esperado situación que genera el riesgo en la oportuna atención de las prioridades de gravedad súbita externa y urgencia mayor (prioridades I y II delos pacientes). Estos diferentes informes emitidos por la Contraloría General de la Republica sustentan que los servicios de emergencia no están cumpliendo la finalidad publica para la que fueron creados.

La inadecuada provisión de servicios en el sector salud es un problema público que debemos atender para satisfacer la principal demanda social de la ciudadanía: lograr no solo el acceso, sino una atención con altos estándares de calidad en la provisión de servicios de salud, entendiendo el derecho a la salud como un derecho fundamental, tal como está contemplado en la Constitución Política del Perú, de acuerdo a los lineamientos de política, para el planeamiento del control gubernamental a cargo del Sistema Nacional de Control: Periodo 2022-2024, los servicios de control deben poner énfasis en los procesos misionales y los servicios que proveen las entidades de salud, identificando riesgos a través de los indicadores de gestión sanitaria para el control con un planeamiento selectivo según las condiciones de riesgo o indicios de presunta irregularidad a efectos de lograr un impacto en las necesidades de los usuarios y el cumplimiento de los objetivos de las entidades públicas.

Los recursos del sector salud deben ser debidamente cautelados a efectos de que cumplan la función para la que fueron destinados, proveer un servicio de salud de calidad, seguridad, oportunidad y dignidad. En tal sentido, el presente trabajo de investigación aborda la necesidad de tener un enfoque misional de cara al paciente utilizando un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios que sea de aplicación en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud, que son en la práctica donde masivamente acuden los pacientes para la atención de sus necesidades de salud.

El Control gubernamental en el sector salud pasa necesariamente por un conocimiento de la dinámica del sector, lo cual implica entender los indicadores de gestión sanitaria a efectos de prevenir, detectar, investigar y sancionar los actos corruptos que se producen en los establecimientos de salud donde se encuentran los pacientes usuarios del sistema, así como los bolsones de ineficiencia que dificultan el cumplimiento de la finalidad pública del sector salud.

Marcar una diferencia en la vida de los ciudadanos es fundamental para agregar valor público al ejercicio del Control gubernamental de acuerdo en lo establecido en la ISSAI 12. Focalizar el control a los procesos misionales de las entidades es uno de los desafíos pendientes en la reforma del Control Gubernamental en el Perú (Contraloría General de la República, 2021) y para lograrlo es necesario conocer la ruta que sigue el paciente que ingresa al Sistema Nacional de Salud, conociendo claramente los hitos de la cadena de valor, así como los indicadores de gestión sanitaria que intervienen en este proceso, entendiendo los establecimientos de salud como el lugar donde se producen las actividades misionales del sector y los servicios de emergencia son el reflejo de los procesos estratégicos, operativos y de soporte que brinda un establecimiento de salud.

Un Sistema Nacional de Salud fragmentado como el peruano, con más de 9000 establecimientos de salud requiere un abordaje integral que permita llegar con los mecanismos del Control gubernamental de manera oportuna, eficaz y eficiente en beneficio de todos los ciudadanos y en cumplimiento de la misión de la CGR señalada por ley. El presente trabajo de investigación pretende ser un aporte en esta perspectiva.

De acuerdo al artículo 7 de la Ley 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, es responsabilidad de la CGR y de los Órganos de Control Institucional (OCI) la evaluación del control interno en las entidades del estado, en ese sentido la necesidad de fortalecer el control gubernamental en el sector salud está ligado con el desafío de consolidar la implementación del Sistema de Control Interno en el Estado (Contraloría General de la República, 2021). Como lo han descrito diversos autores es necesario diagnosticar la fuente de la corrupción en las diferentes instituciones del Estado (Yamada, 2011) y para lograr este

objetivo el análisis de la cadena de valor de los procesos misionales en los hospitales públicos es esencial.

La supervisión en las entidades públicas, específicamente en los hospitales públicos es débil y es descrita por diversos autores como una necesidad urgente para disminuir la ineficiencia y la corrupción y es necesario ampliar los estudios respecto del fenómeno de la corrupción en el sector salud (Tyran, 2007). Fortalecer el control interno de los hospitales públicos con una correcta supervisión de todos los recursos es una herramienta esencial en la lucha contra la corrupción (García, 2019).

Asimismo, si realmente queremos lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente el ODS 3 “Salud y bienestar”, fortalecer el control gubernamental en la lucha contra la corrupción en el sector salud es una prioridad (García, 2019), sobre todo por los ingentes recursos económicos con los que cuenta el sector salud en nuestro país, todos sabemos que donde hay más recursos existen mayores posibilidades de corrupción.

La corrupción y la ineficiencia en los establecimientos de salud limitan el acceso universal a los servicios de salud, así como la cobertura, entre otras de las trece (13) metas del ODS 3. El ausentismo de los profesionales de la salud, la demanda inducida, entre otros de los principales problemas que se presentan en los establecimientos de salud públicos del Perú y América Latina (Di Tella, Savedoff, 2002), puede ser perfectamente detectados, prevenidos y combatidos oportunamente en beneficio de los pacientes con un conocimiento de los indicadores que reflejan estos problemas y con un ejercicio del control gubernamental oportuno, eficiente y eficaz. Este trabajo de investigación pretende incorporar los indicadores de gestión sanitaria, así como los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las intervenciones de control gubernamental en el sector salud con un enfoque altamente misional cumpliendo el mandato establecido en el Plan Estratégico 2017-2022 establecido por la OLACEFS en relación a la promoción de los ODS y la consecución de la Agenda 2030, generando valor público en los productos de control gubernamental.

Atender el referido problema público, demanda fortalecer el Control gubernamental en el Sector Salud a través de la aplicación de un tablero de indicadores como herramienta y

fuerza de criterios en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, contemplando los procesos que intervienen en la provisión del servicio de salud, definir indicadores de gestión sanitaria, permitirá un abordaje integral de los procesos misionales del sector salud con estándares internacionales que pueden ser de aplicación en todas las EFS que tengan como objetivo enfrentar el problema de la ineficiencia, inconducta funcional y corrupción en el sector salud.

1.3. Justificación e importancia del trabajo de investigación aplicada.

El control gubernamental está definido en el artículo 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, Ley 27785 de esta manera: “El control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública, en atención al grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, así como del cumplimiento de las normas legales y de los lineamientos de política y planes de acción, evaluando los sistemas de administración, gerencia y control, con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes. El control gubernamental es interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente”.

Ejercer un control gubernamental en el sector salud es esencial por las razones siguientes: (i) las Entidades Fiscalizadoras Superiores son un factor importante para marcar la vida de los ciudadanos y fortalecer el control gubernamental en el sector salud hace la diferencia, (ii) en segundo lugar por la ingente cantidad de recursos económicos del sector que por ley la CGR está obligada a controlar, y (iii) en tercer lugar por la enorme corrupción que existe en el sector salud y que es misión de la CGR combatir. La ineficiencia de la gestión en el sector salud sumada al componente de corrupción son las principales causas de los bajos niveles de calidad de la prestación del servicio de salud en nuestro país.

Enfrentar y superar las consecuencias de la emergencia sanitaria es una prioridad para el país. La ciudadanía exige servicios públicos que brinden servicios de calidad con eficiencia y eficacia. El sector salud debe responder ante estas necesidades a través de la atención de los pacientes usuarios del Sistema Nacional de Salud a efectos de lograr el

bienestar de toda la población. La cadena de valor en la prestación de los servicios de salud comprende diferentes procesos con hitos definidos que se reflejan en indicadores de gestión sanitaria que deben ser considerados a efectos de fortalecer el Control Gubernamental en el sector salud.

Figura 1.1 Cadena de valor en la prestación de servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 aprobada con el D.S. N.º 004-2013-PCM de 8 de enero de 2013.

Conocer cómo se relacionan todos estos procesos y entender la dinámica del sector salud implica profundizar en el conocimiento de un sector altamente complejo. El presente trabajo pretende abrir un campo de investigación para los graves problemas que se presentan en este sector y que tienen como consecuencia la discapacidad o la muerte. La importancia de fortalecer el control gubernamental en el sector salud está dada por las implicancias que tiene para la vida de los ciudadanos la garantía del pleno derecho a la salud consagrado en

la Constitución Política del Perú. En el país se ha irrogado un alto costo social y monetario por contar con un sistema de salud precario, desarticulado y corrupto durante la pandemia. Por ello, es pertinente aglutinar todos los esfuerzos para intervenciones de control gubernamental que marquen la diferencia en la vida de los ciudadanos, en este caso la diferencia entre la vida y la muerte.

Asimismo, al ser una materia altamente especializada representa un desafío para el control gubernamental para lo cual debemos contar con auditores con conocimiento del sector salud y debidamente capacitados en los aspectos técnicos contenidos en la cadena de valor de la prestación de los servicios de salud. Es importante abordar el control gubernamental en el sector salud desde un enfoque misional ingresando al corazón del proceso de atención de salud; es decir, a los servicios de emergencia de los hospitales, en donde encontramos graves problemas como el ausentismo, la demanda inducida o mal uso de las instalaciones, sobre todo en los hospitales de mayor complejidad (Di Tella, Savedoff, 2002).

Las EFS tienen, además, el mandato de coadyuvar a la consecución de los ODS de la agenda 2030, somos conscientes que la pandemia ha significado un duro golpe en ese sentido como se expuso en el XXVI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, llevado a cabo en noviembre del 2021. Sin embargo, la urgencia por reducir las desigualdades, por lograr un real acceso a la salud y una cobertura universal son ahora más perentorios para la sostenibilidad del futuro del planeta, para lograr el ODS 3 debemos luchar contra la corrupción del sector salud (García, 2019) para que nadie se quede atrás y es por eso que fortalecer el control gubernamental en este sector es una prioridad para la Contraloría General de la República y para nuestro país, especialmente para las poblaciones más vulnerables que son las que sufren el mayor impacto de la ineficiencia y la corrupción.

Por otro lado, los recursos destinados al sector salud corresponden a una de las funciones priorizadas en el presupuesto público. En el año 2020, en plena pandemia sanitaria, el presupuesto de este sector ascendió a alrededor de 30 000 millones de soles, considerando el presupuesto de Essalud y la asignación por COVID-19; y en el año 2021, represento

alrededor de 35 000 millones de soles. Estos recursos ingentes se encuentran bajo el ámbito de control de la Contraloría General de la República, por lo que es necesario fortalecer el control gubernamental en este sector.

Figura 1.2 Distribución del gasto del Presupuesto del Sector Público – 2021



Fuente: Elaboración propia, adaptado del MEF.

Los actos de corrupción en el sector salud más resaltantes durante la pandemia han sido la sobrevaloración de costos de equipamiento médico esencial, contrataciones directas irregulares, malversación de fondos, incumplimiento del Código de Ética del funcionario público, entre algunos de los casos identificados por la Contraloría General de la República, los cuales son una clara demostración del inmenso desafío que el Control gubernamental tiene por delante. La ineficiencia, la corrupción y la inconducta funcional se plasman en el servicio de salud que reciben los pacientes en los más de 9000 establecimientos de salud. Es allí donde debemos intervenir para focalizar el control a los procesos misionales de las entidades que es el desafío más importante que tenemos como Contraloría General de la República. La presente investigación pretende ser un aporte en ese sentido.

En suma, fortalecer el control gubernamental en el sector salud es importante para los ciudadanos de nuestro país, para el Control gubernamental y para todas las EFS que trabajen en la lucha contra la corrupción e inconducta funcional del sector salud en alineación con los ODS de la Agenda 2030, especialmente el ODS 3, Salud y bienestar, de acuerdo a lo establecido por el ISAM en el Modelo de la Auditoría de ODS de la IDI y con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 que tiene como objetivo un Estado eficiente, inclusivo, abierto y con resultados al servicio del ciudadano para que nadie se quede atrás.

Antecedentes

La corrupción afecta a los más vulnerables, son los pobres los que terminan pagando los costos más altos de la corrupción, lamentablemente en el sector salud es donde se encuentran los efectos más nefastos.

En la Política Nacional de Integridad y Lucha contra la corrupción, se define la corrupción como:

“El mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido; económico, no económico o ventaja; directa o indirecta; por agentes públicos, privados o ciudadanos; vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales”.

En el sector salud, la corrupción puede generar discapacidad y/o muerte. Asimismo, la existencia de corrupción en el sector salud nos aleja de lograr los objetivos de desarrollo sostenible de la Agenda 2030 y ahonda el problema público de Año de vida saludables perdidos (AVISA) por causas evitables señalado en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, Perú País saludable.

Según Klitgaard (2000), la corrupción puede ser expresada mediante la ecuación siguiente: $C = M + D - A$.

Donde C= Corrupción; M= Monopolio; D= Discrecionalidad de los funcionarios; A= Accountability o rendición de cuentas.

Los hospitales públicos se comportan como un monopolio de los bienes o servicios de salud que se proveen a los pacientes adscritos, que en un 75.8 % son tributarios del Seguro Integral de Salud (INEI 2019), presenta una alta dosis de discrecionalidad por parte de los servidores del sector, especialmente por parte de los profesionales de la salud y existe una débil rendición de cuentas hacia toda la ciudadanía. De manera que la vulnerabilidad del sector para ser permeado por la corrupción es alta, todo lo cual implica fortalecer el trabajo de la Contraloría General de la República en articulación con otras instituciones del Estado (Yamada, 2011).

La falta de supervisión en el sector salud también ha sido señalada por diversos autores (Vian,2007). El grado de madurez del control interno en las instituciones del sector salud es muy baja y no permite una lucha frontal contra el flagelo de la corrupción. Así se tiene que, por ejemplo, el 45% de los establecimientos de salud de II y III nivel de atención no utilizan indicadores de gestión para monitorizar sus procesos, según los resultados del Operativo por una Salud de Calidad realizado en el año 2019 por la CGR, con lo cual las posibilidades de supervisión son altamente reducidas y no se puede medir el avance de los resultados.

Por tales razones, es necesario fortalecer instituciones como la Contraloría General de la República (Yamada, 2011). Precisamente para lograr este objetivo debemos seguir investigando y analizando el comportamiento de la corrupción en el sector salud, el cual es transversal a todos los países donde se presenta este fenómeno, encontrando coincidencias más cercanas con el Perú, en países como Argentina, Venezuela, México y Bolivia.

La vigilancia genera resultados (Di Tella, Savedoff, 2002) por lo que es necesario conocer el sector salud, su morfología, su dinámica, sus productos y su impacto esencial para lograr intervenciones eficientes y eficaces de control gubernamental con un enfoque pleno en el paciente. Toda actividad que se desarrolla en la provisión de servicios del sector salud debe reflejarse en productos que satisfagan las necesidades de los pacientes y garanticen una salud de calidad para todos los peruanos, en esa línea este TIA pretende desarrollar un modelo de intervención de control gubernamental incorporando indicadores de gestión

sanitaria en las diferentes modalidades de control a efectos de lograr resultados con un enfoque misional, además de proveer evidencia analítica para los auditores generando productos de alta calidad y clase mundial en base a los principios de la auditoría para la implementación del ODS, centrado en resultados, con base en ISSAI, de carácter inclusivo para no dejar a nadie atrás, especialmente a los más vulnerables y generando valor agregado.

1.4. Preguntas y objetivos.

Pregunta General.

¿Qué herramienta se puede proponer para la identificación de indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir con el control gubernamental?

Preguntas específicas.

¿Qué herramienta de control gubernamental se puede implementar para la aplicación en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud?

¿Qué herramienta de control gubernamental se puede implementar para la aplicación en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud?

Objetivo general:

Proponer el uso de un Tablero de Indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control que permita la identificación de indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir con el control gubernamental.

Objetivos específicos:

1. Implementar el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental para la aplicación en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

2. Implementar el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental para la aplicación en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general

El uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud que permita identificar indicadores de gestión sanitaria puede orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control gubernamental.

Hipótesis específicas:

1. El uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios en el segundo y tercer nivel de atención de los establecimientos de Salud públicos del Sistema Nacional de Salud puede orientar el planeamiento y la ejecución de los servicios de control gubernamental.
2. El uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios en los Servicios de Emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud puede orientar el planeamiento y la ejecución de los servicios de control gubernamental.

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Sistema Nacional de Salud Peruano: Visión general

Para poder abordar el control gubernamental en el sector salud con un enfoque misional es necesario conocer la estructura y dinámica del Sistema Nacional de Salud, es decir su anatomía y fisiología para así poder entender los puntos críticos del proceso del servicio de salud y realizar un buen diagnóstico de las patologías más graves que enfrenta este sistema que colocan en cuidados intensivos al Sector Salud peruano. En ese sentido la intervención del control gubernamental en los establecimientos de salud y específicamente en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del Perú permite un enfoque

altamente misional del control gubernamental, en el lugar donde finalmente se deben prestar los servicios de atención a los pacientes.

Cuadro 2.1 Sistema Nacional de Salud del Perú



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Videnza (2019)

El Sistema Nacional de Salud del Perú tiene como Autoridad Nacional al MINSA que cumple una función rectora como único ente para establecer políticas en materia de salud a nivel nacional, tiene además como finalidad estandarizar los procesos a fin de brindar servicios oportunos y de calidad. El MINSA debe cumplir su función rectora en todas las instituciones prestadoras del servicio de salud a nivel nacional (IPRESS): Essalud, Sanidad

de la Policía Nacional, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales y demás instituciones públicas, público-privadas y privadas, tal como lo indica la Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, Ley 30895 del año 2020.

Es muy importante establecer claramente que todo establecimiento de salud del Perú se encuentra bajo el alcance del MINSA, sea público o privado. En el Perú es necesario fortalecer este liderazgo como Autoridad Nacional. La supervisión de la prestación de los servicios de salud es esencial para garantizar la calidad, seguridad y oportunidad a todo nivel, tanto público como privado, nadie debe poder brindar servicios de salud sin encontrarse bajo la vigilante mirada del MINSA, lamentablemente esta función de liderazgo no está consolidada en nuestro país y es un reto pendiente en el sector salud.

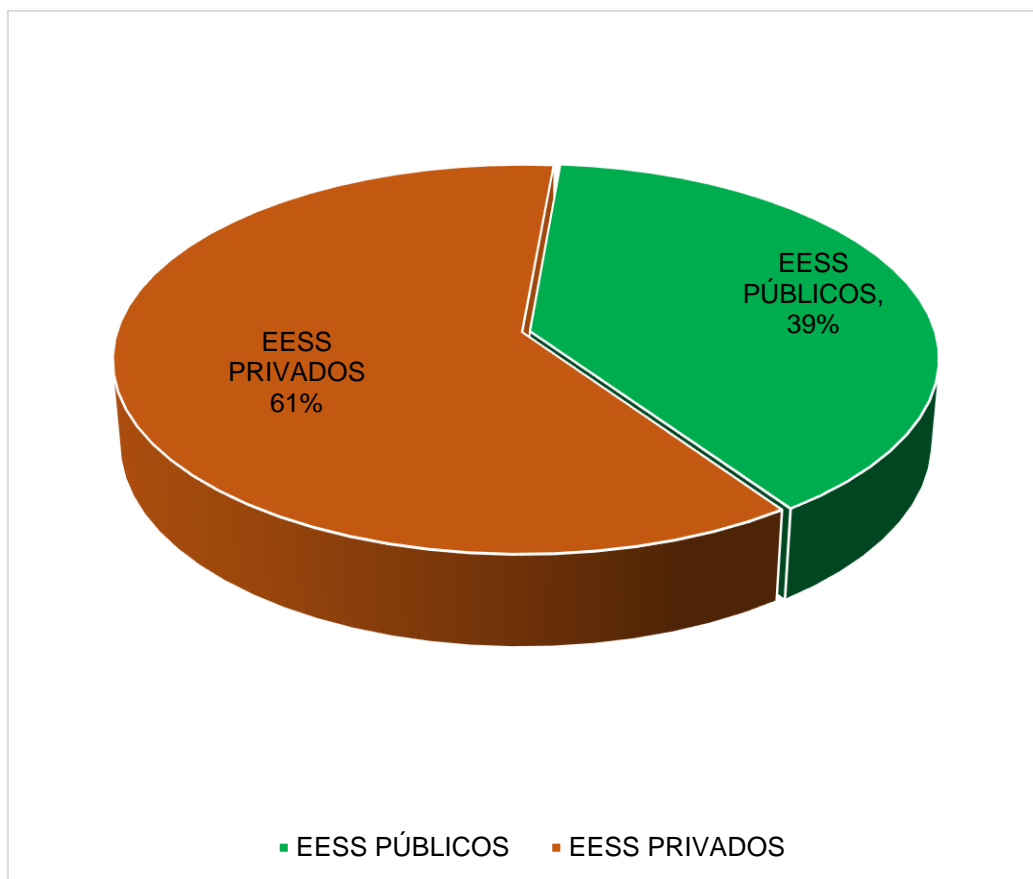
2.2. Análisis de establecimientos de salud.

La enorme cantidad de establecimientos de salud en el Perú nos muestra la amplia envergadura y complejidad de toda esta estructura. Es muy importante entender desde una mirada global la conformación del universo de los establecimientos de salud en el Perú, los cuales son precarios, registrando un 97 % de capacidad instalada inadecuada en el primer nivel de atención y un 96 % de capacidad instalada inadecuada en los hospitales correspondientes al segundo y tercer nivel de atención según el Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento realizado por el MINSA a enero 2021.

Existe un total de 24312 establecimientos de salud en el Perú, el 39 % (9503) corresponde a establecimientos públicos, siendo el 61% (14809) pertenecientes al sector privado, todos ellos bajo la rectoría del MINSA. Es importante destacar que existen 4985 establecimientos de salud del sector privado que no se encuentran categorizados frente a los 247 establecimientos de salud públicos que se encuentran en esa misma condición. Es decir, en estos establecimientos de salud no se encuentran definidas las características técnicas con las que deben de contar para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a la Norma Técnica de Salud, Categorías de Establecimientos del Sector Salud NTS 021-MINSA y que es de aplicación general para todos los establecimientos de salud públicos,

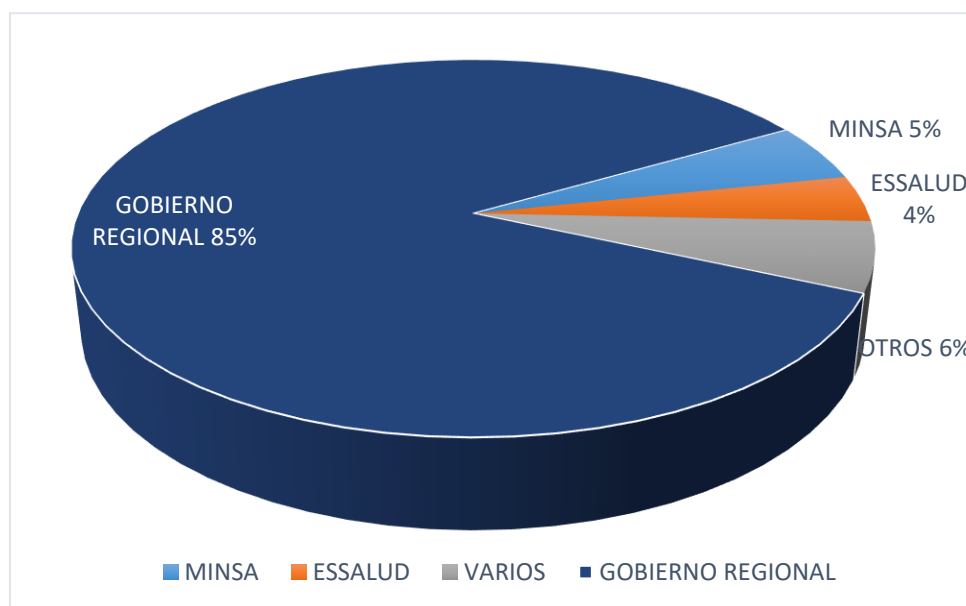
privados y mixtos del sector salud. Una correcta vigilancia por parte del MINSA y la Superintendencia Nacional de Salud no permitiría que alrededor del 21,5% de los establecimientos de salud a nivel nacional funcionen sin garantizar una adecuada prestación de servicios de salud de acuerdo a las normas técnicas establecidas por el MINSA.

Figura 2.1 Establecimientos públicos y Establecimientos privados en el Perú



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2.2 Establecimientos públicos por instituciones.



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2.2 Establecimientos de salud a nivel nacional

Institución ACTIVAS	Cantidad de establecimiento	%
PRIVADO	14809	60.9%
GOBIERNO REGIONAL	8076	33.2%
MINSAL	448	1.8%
ESSALUD	400	1.6%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	139	0.6%
OTRO	109	0.4%
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	84	0.3%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ	69	0.3%
INPE	58	0.2%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL	50	0.2%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	41	0.2%
SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ	29	0.1%
Total	24312	100%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.3 Cuadro Establecimientos de salud públicos a nivel nacional.

Instituciones Públicas	EESS	%
GOBIERNO REGIONAL	8076	85.0%
MINSA	448	4.7%
ESSALUD	400	4.2%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	139	1.5%
OTRO	109	1.1%
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	84	0.9%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ	69	0.7%
INPE	58	0.6%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL	50	0.5%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	41	0.4%
SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ	29	0.3%
Total general	9503	100%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Los establecimientos de salud públicos corresponden a 9503 IPRESS y se encuentran bajo el ámbito de la CGR.

Dentro de la complejidad que implica contar con más de 9000 establecimientos de salud públicos a nivel nacional, es importante entender que se encuentran clasificados por su capacidad resolutive, es decir por su nivel de atención. Los establecimientos de salud de todo el mundo están agrupados de acuerdo a la complejidad de las patologías que pueden y deben brindar a los pacientes. Las características técnicas de infraestructura, equipamiento, personal asistencial y unidades prestadoras de servicio de salud (UPSS) están determinadas por la categoría que ostenta cada establecimiento de salud y están definidas en la Norma Técnica de Salud “Categorías de establecimientos del Sector Salud” (NTS 021-MINSA/DGSP).

La categoría es una clasificación de las IPRESS relacionadas con su nivel de complejidad para lo cual cuentan con unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS) que determinan su capacidad resolutive para enfrentar la demanda de los pacientes.

En el Perú contamos con 8991 establecimientos públicos de primer nivel de atención que corresponden al 95% y 265 de establecimientos públicos de salud del segundo y tercer nivel de atención que corresponden al 5% distribuidos en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención realizan actividades de promoción y prevención de la salud, control de daños, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades de baja complejidad. Este primer nivel debería ser el primer frente de contención de la demanda de salud.

Los establecimientos del segundo nivel de atención complementan la atención integral brindada en el primer nivel de atención solucionando los casos de pacientes referidos a este nivel de atención, así como la atención de urgencias y emergencias.

Los establecimientos del tercer nivel de atención son los establecimientos más especializados de atención del país y de mayor capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos, soluciona los casos referidos del primer y segundo nivel de atención, así como la atención de urgencias y emergencias.

La Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de Emergencia se encuentra implementada con carácter de cumplimiento obligatorio en el segundo y tercer nivel de atención de acuerdo a lo contemplado en la Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del Sector Salud" (NTS 021-MINSA/DGSP).

Como podemos apreciar la mayor cantidad de la demanda de salud debería ser atendida por el primer nivel de atención dado que cuenta con 8991 establecimientos de salud distribuidos a nivel nacional, así como por las patologías de baja complejidad que se presentan en la población, sin embargo, en el Perú, el primer nivel no funciona como contención de la demanda por lo cual las emergencias del segundo y tercer nivel de atención se encuentran congestionadas de casos de baja complejidad que debieron haber sido resueltos en el primer nivel de atención con un razón de emergencias por consultas médicas de 0,67 a nivel nacional en el año 2019, siendo que el estándar es 0.1 (CGR, 2019). Esta es una problemática de gestión que se constituye en un desafío importante para el sistema nacional de salud y para el control gubernamental.

Cuadro 2.4 Categorías de los establecimientos de salud en el Perú.

CATEGORÍA	EESS ACTIVOS	%
I-1	8736	35.9%
I-2	5412	22.3%
I-3	3904	16.1%
I-4	448	1.8%
II-1	229	0.9%
II-2	81	0.3%
II-E	213	0.9%
III-1	34	0.1%
III-2	14	0.1%
III-E	9	0.0%
Sin Categoría	5232	21.5%
Total general	24312	100.0%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.5 Categorías de los establecimientos de salud públicos en el Perú.

CATEGORÍAS	EESS PÚBLICOS	%
I-1	4401	46.3%
I-2	2606	27.4%
I-3	1625	17.1%
I-4	359	3.8%
II-1	140	1.5%
II-2	50	0.5%
II-E	24	0.3%
III-1	30	0.3%
III-2	13	0.1%
III-E	8	0.1%
Sin Categoría	247	2.6%
TOTAL GENERAL	9503	100.0%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022.

Cuadro 2.6 Total de establecimientos de salud públicos por niveles en el Perú.

NIVEL	CATEGORÍAS	EESS PÚBLICOS	TOTALES	%
NIVEL 1	I-1	4401	8991	94.6%
	I-2	2606		
	I-3	1625		
	I-4	359		
NIVEL 2	II-1	140	214	2.3%
	II-2	50		
	II-E	24		
NIVEL 3	III-1	30	51	0.5%
	III-2	13		
	III-E	8		
Sin Categoría		247	247	2.6%
Total general		9503	9503	100%

Fuente : Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.7 Establecimientos de salud privados por niveles en el Perú.

NIVEL	CATEGORÍAS	EESS PRIVADOS	TOTALES	%
NIVEL 1	I-1	4335	9509	64.21%
	I-2	2806		
	I-3	2279		
	I-4	89		
NIVEL 2	II-1	89	309	2.09%
	II-2	31		
	II-E	189		
NIVEL 3	III-1	4	6	0.04%
	III-2	1		
	III-E	1		
Sin Categoría		4985	4985	33.66%
Total general		14809	14809	100.00%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.8 Establecimientos de salud por niveles de atención en el Perú.

NIVEL	EESS ACTIVOS	%
NIVEL 1	18500	76.09%
NIVEL 2	523	2.15%
NIVEL 3	57	0.23%
Sin Categoría	5232	21.52%
TOTAL, GENERAL	24312	100.00%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.9 Establecimientos de salud públicos por categorías y por Institución prestadora del servicio de salud (IPRESS) en el Perú.

INSTITUCIONES PUBLICAS	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SC	Total, general	%
ESSALUD	2	163	123	24	40	14	6	8	2	2	16	400	4.21%
GOBIERNO REGIONAL	4311	2051	1160	284	94	31	12	9	3	2	119	8076	84.98%
INPE	15	31	8								4	58	0.61%
MINSA	5	155	198	35	2	4	1	9	7	4	28	448	4.71%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	3	14	15		1						8	41	0.43%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		3	38								9	50	0.53%
OTRO	18	31	25	4		1	2		1		27	109	1.15%
SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ	2	15	7	2			1	1			1	29	0.31%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ	12	22	3	2				1			29	69	0.73%
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	6	35	35	1	2		1	1			3	84	0.88%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	27	86	13	7	1		1	1			3	139	1.46%
Total, general	4401	2606	1625	359	140	50	24	30	13	8	247	9503	100.00%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

Cuadro 2.10 Establecimientos de salud por categoría y por Institución prestadora del servicio de salud a nivel nacional

INSTITUCIONES ACTIVAS	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SC	Total	%
PRIVADO	4335	2806	2279	89	89	31	189	4	1	1	4985	14809	60.91%
GOBIERNO REGIONAL	4311	2051	1160	284	94	31	12	9	3	2	119	8076	33.22%
MINSA	5	155	198	35	2	4	1	9	7	4	28	448	1.84%
ESSALUD	2	163	123	24	40	14	6	8	2	2	16	400	1.65%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	27	86	13	7	1		1	1			3	139	0.57%
OTRO	18	31	25	4		1	2		1		27	109	0.45%
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	6	35	35	1	2		1	1			3	84	0.35%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ	12	22	3	2				1			29	69	0.28%
INPE	15	31	8								4	58	0.24%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		3	38								9	50	0.21%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	3	14	15		1						8	41	0.17%
SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ	2	15	7	2			1	1			1	29	0.12%
Total, general	8736	5412	3904	448	229	81	213	34	14	9	5232	24312	100.00%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022.

Cuadro 2.11 Establecimientos de salud por Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPRESS) y por categoría a nivel nacional

CATEGORÍAS	ESSALUD	GR	INPE	MINSA	MUN. DIST.	MUN. PROV.	OTRO	PRIVADO	FAP	MARINA	PNP	EJERCITO	TOTAL	%
I-1	2	4311	15	5	3		18	4335	2	12	6	27	8736	35.93%
I-2	163	2051	31	155	14	3	31	2806	15	22	35	86	5412	22.26%
I-3	123	1160	8	198	15	38	25	2279	7	3	35	13	3904	16.06%
I-4	24	284		35			4	89	2	2	1	7	448	1.84%
II-1	40	94		2	1			89			2	1	229	0.94%
II-2	14	31		4			1	31					81	0.33%
II-E	6	12		1			2	189	1		1	1	213	0.88%
III-1	8	9		9				4	1	1	1	1	34	0.14%
III-2	2	3		7			1	1					14	0.06%
III-E	2	2		4				1					9	0.04%
Sin Categoría	16	119	4	28	8	9	27	4985	1	29	3	3	5232	21.52%
Total, general	400	8076	58	448	41	50	109	14809	29	69	84	139	24312	100.00%

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022.

Otra institución importante en el Sistema Nacional de Salud es La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que tiene como misión proteger los derechos de salud de cada peruano y antelarse a la vulneración de los derechos de salud, así como coadyuvar a la gestión del riesgo para el logro de las metas institucionales de todo el Sistema Nacional de Salud, es decir, ejercer una vigilancia permanente, es evidente que SUSALUD debe contar con mecanismos efectivos para lograr resultados que se encuentren orientados a los ciudadanos usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Las prestaciones de salud de la población en general se brindan por diferentes fondos de aseguramiento: SIS, Essalud, Fondo de salud de las FFAA, Fondo de salud de la PNP y fondos privados. Cada uno de estos fondos provee sus servicios de salud en los 24302 establecimientos de Salud (IPRESS) a nivel nacional.

Las IPRESS que prestan servicios de salud corresponden a los Gobiernos Regionales, el MINSA, Essalud bajo el ámbito del Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo (MINTRA), la Red de Sanidad de la PNP bajo el ámbito del Ministerio del Interior (MININTER), la Red de Sanidad de las Fuerzas Armadas bajo el ámbito del Ministerio de Defensa (MINDEF) y las Redes Privadas. Como vemos en el Sistema Nacional de Salud peruano intervienen cuatro ministerios: MINSA, MINTRA, MINDEF Y MININTER, los cuales deberían tener una coherencia horizontal y vertical a efectos de atender las demandas de salud de la ciudadanía, bajo la rectoría del MINSA.

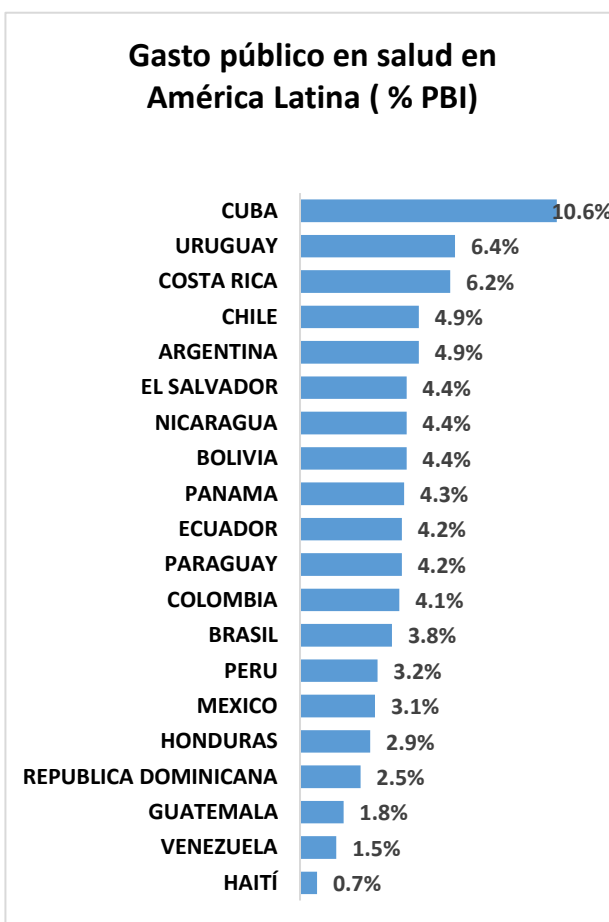
2.3. Presupuesto de Establecimientos de Salud

Antes que llegue la pandemia, Perú solo le destinaba aproximadamente el 3,2% del Producto Bruto Interno (PBI) al gasto público en salud, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se necesita que el 6% de PBI para busca una óptima provisión del servicio para la población (UPLA, 2020). (OMS 2020), es decir antes de la pandemia no se encontraban atendidas las enormes necesidades del sector salud del Perú. El siguiente cuadro muestra el Gasto Público en Salud en países de América Latina reportado por la OMS en el año 2020.

Cuadro 2.12 Gasto público en salud en América Latina (% PBI)

PAÍS	GASTO
CUBA	10.6%
URUGUAY	6.4%
COSTA RICA	6.2%
CHILE	4.9%
ARGENTINA	4.9%
EL SALVADOR	4.4%
NICARAGUA	4.4%
BOLIVIA	4.4%
PANAMÁ	4.3%
ECUADOR	4.2%
PARAGUAY	4.2%
COLOMBIA	4.1%
BRASIL	3.8%
PERÚ	3.2%
MÉXICO	3.1%
HONDURAS	2.9%
REPUBLICA DOMINICANA	2.5%
GUATEMALA	1.8%
VENEZUELA	1.5%
HAITÍ	0.7%

Figura 2.3 Gasto público en salud en América Latina (% PBI)



Fuente: Elaboración propia, adaptado de la OMS (2020)

Para el año 2021, la función Salud fue una de las funciones priorizadas del presupuesto público asignándole 20 940 millones de soles, de acuerdo al cuadro siguiente:

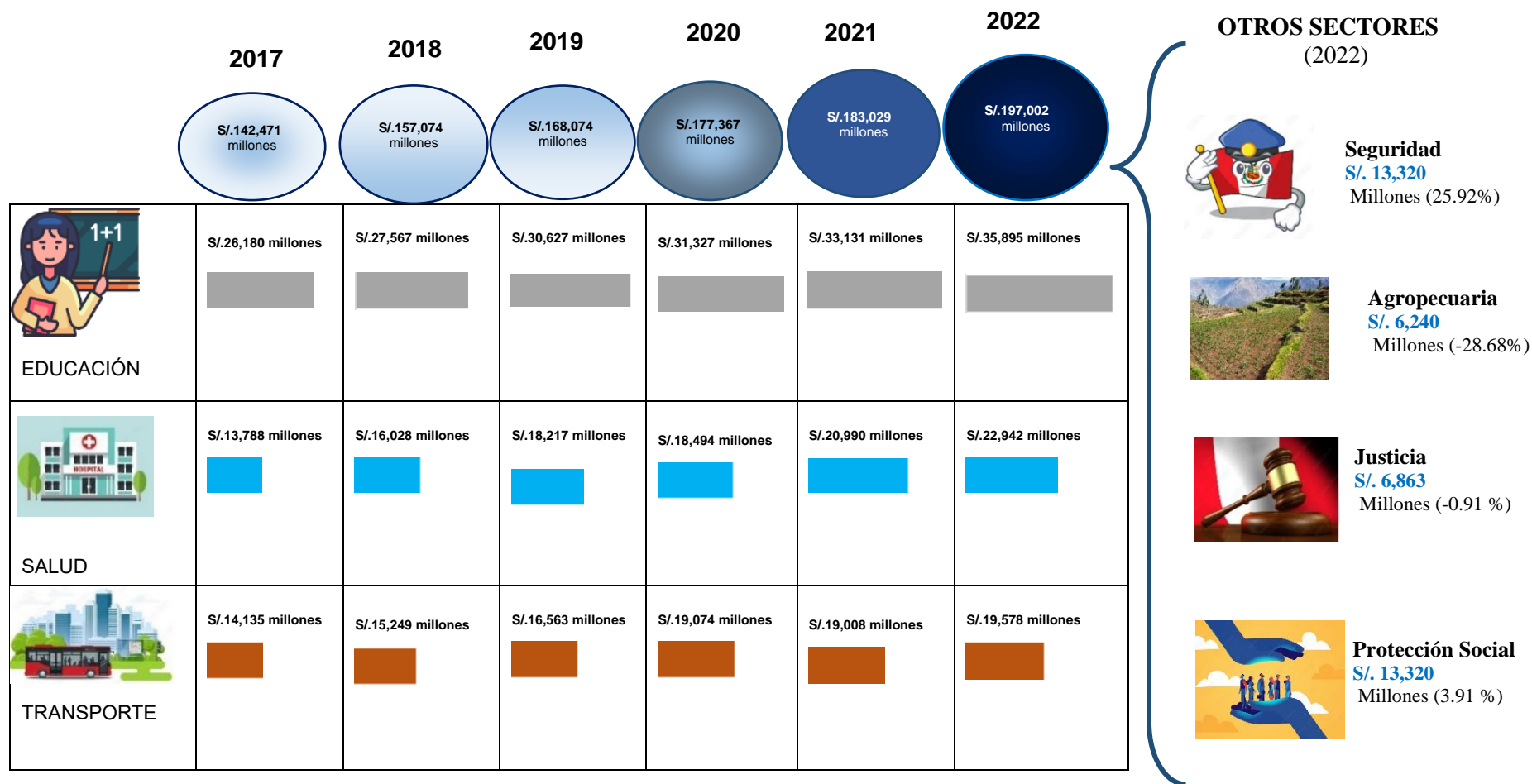
Cuadro 2.13 Distribución del gasto del Presupuesto del Sector Público – 2021*(millones de soles)*

FUNCIÓN	MONTO
EDUCACIÓN	33,131,915,421
SALUD	20,990,665,851
TRANSPORTE	19,008,386,250
DEUDA PUBLICA	15,560,909,198
PREVISIÓN SOCIAL	14,343,693,663
ORDEN PUBLICO Y SEGURIDAD	10,579,044,538
AGROPECUARIA	8,749,978,270
JUSTICIA	6,926,501,261
PROTECCIÓN SOCIAL	6,873,636,631
SANEAMIENTO	5,863,453,760
DEFENSA Y SEGURIDAD NACIONAL	4,975,022,300
AMBIENTE	2,991,009,528
VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO	2,325,445,521
CULTURA Y DEPORTE	1,324,990,556
ENERGÍA	891,897,345
COMUNICACIONES	822,591,417
RELACIONES EXTERIORES	759,933,636
LEGISLATIVA	614,548,926

Fuente: Elaboración propia, adaptado del Presupuesto aprobado del año 2021- MEF.

El presupuesto del sector salud en el Perú ha ido variando de manera ascendente desde el año 2018 lo cual incluye las inyecciones de dinero correspondiente al presupuesto COVID en los años 2020 y 2021 a consecuencia del Estado de Emergencia sanitaria, ascendiendo en el año 2021 a un total de alrededor de 35000 millones de soles entre el sector salud y Essalud destinados a la prestación oportuna, segura y de calidad de los servicios de salud como se muestra en los cuadros siguientes.

Figura 2.4 Evolución del Presupuesto Inicial de apertura – PIA de los años 2017-2022



Fuente: Elaboración propia, adaptado del Diario la República.

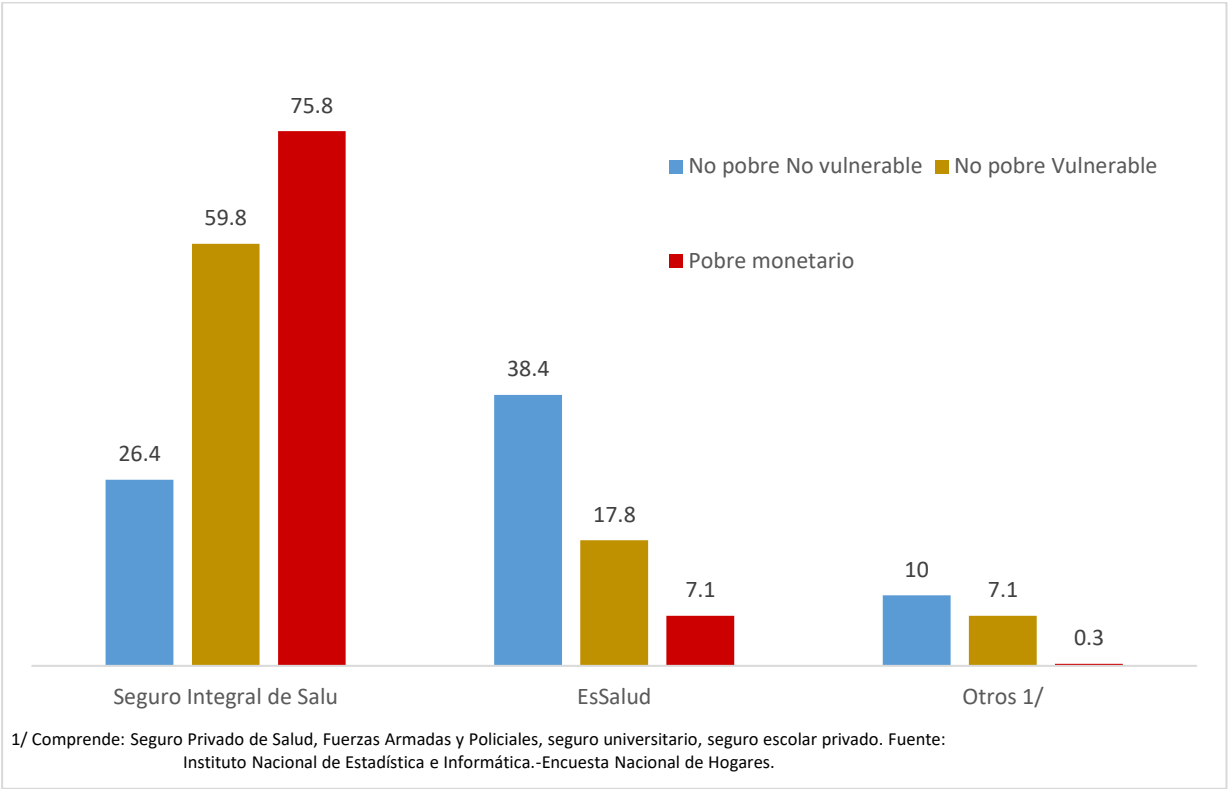
Cuadro 2.14 Ejecución Presupuestal de Essalud 2019-2022 (En Soles)

Conceptos	PIM 2019	PIM 2020	PIM 2021	Ejecución 2022	Variación	
					En S/.	En %
TOTAL	12,227,612,605	14,235,294,500	15,530,270,188	13,635,310,288	(1,894,959,900)	-12.2
1. INGRESOS CORRIENTES	12,225,512,981	11,387,344,500	13,071,490,676	13,370,013,361	298,522,685	2
1.1. APORTACIONES Y VENTA DE SERVICIOS	11,847,331,258	11,151,060,007	12,802,810,086	13,021,761,651	218,951,565	1.7
APORTACIONES	11,354,826,926	10,790,104,987	12,254,592,206	12,732,630,723	478,038,517	3.9
Fondo de Salud	11,145,632,230	10,483,887,920	12,239,842,144	12,722,932,007	483,089,863	3.9
- Regulares	10,897,088,801	10,277,102,732	11,967,388,328	12,443,240,757	475,852,429	4.0
- SCTR	89,185,036				-	0.0
- Fraccionamiento	78,001,631				-	0.0
- Nuevo Potestativo Único	3,115,431				-	0.0
- Seguro Caja de Beneficio del Pescador	53,914,044				-	0.0
- Nuevo Seguro Independiente (PEAS)	23,513,589				-	0.0
- Otros	813,698	206,785,188	272,453,816	279,691,250	7,237,434	2.7
Fondo Agrario	209,194,696	306,217,067	14,750,062	9,698,716	(5,051,346)	-34.2
VENTA A NO ASEGURADOS	14,242,045	7,785,800	12,943,227	9,053,328	(3,889,899)	-30.1
PAGO DE APORTAC. SUNAT - RETENCIÓN CTA. DETRAC.	117,435,407	117,018,535	117,018,535	-	(117,018,535)	-100.0
APORTE 4.5% A ESSALUD - LEY 30425	360,826,880	236,150,685	418,256,118	280,077,600	(138,178,518)	-33.0
1.2. INGRESOS FINANCIEROS	186,794,667	135,531,848	109,039,898	165,369,616	56,329,718	51.7
Intereses por Ahorros	1,846,159					0.0
Intereses por Colocaciones	184,784,391					0.0
Otros	164,117					0.0
1.3. INGRESOS POR PARTICIPACIÓN Y DIVIDENDOS	850,851	877,416	3,404,602	869,085	(2,535,517)	-74.5
1.6. OTROS	190,536,205	99,875,229	156,236,090	182,013,009	25,776,919	16.5
2. INGRESOS DE CAPITAL	2,099,624	2,099,624	2,099,624	1,049,812	(1,049,812)	-50.0
3. INGRESOS POR TRANSFERENCIAS		1,399,410,340	1,714,957,469		(1,714,957,469)	-100
4. INGRESOS POR FINANCIAMIENTO		414,381,688			0	-100
5. RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES		1,032,058,348	741,722,419	264,247,115	(477,475,304)	-74.40

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Essalud

De acuerdo al tipo de seguro de salud al cual accede la población (INEI, 2020), se tiene que el 59.8 % de los no pobres vulnerables y el 75,8 % de los pobres tienen cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), mientras que el 38,1 % de los no pobres no vulnerables tienen cobertura de Essalud.

Figura 2.5 Población por condición de vulnerabilidad y pobreza monetaria según tipo de seguro de salud al que acceden, 2019.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de la Estimación de la Vulnerabilidad Económica a la Pobreza Monetaria- INEI.

Cabe precisar que las poblaciones más pobres del Perú se encuentran en las regiones de Puno, Pasco, Huancavelica, Cajamarca, Ayacucho, Huánuco, Loreto y Amazonas. (El Comercio, mayo 2022).

Cuadro 2.15 *Ranking de pobreza en Regiones del Perú.*

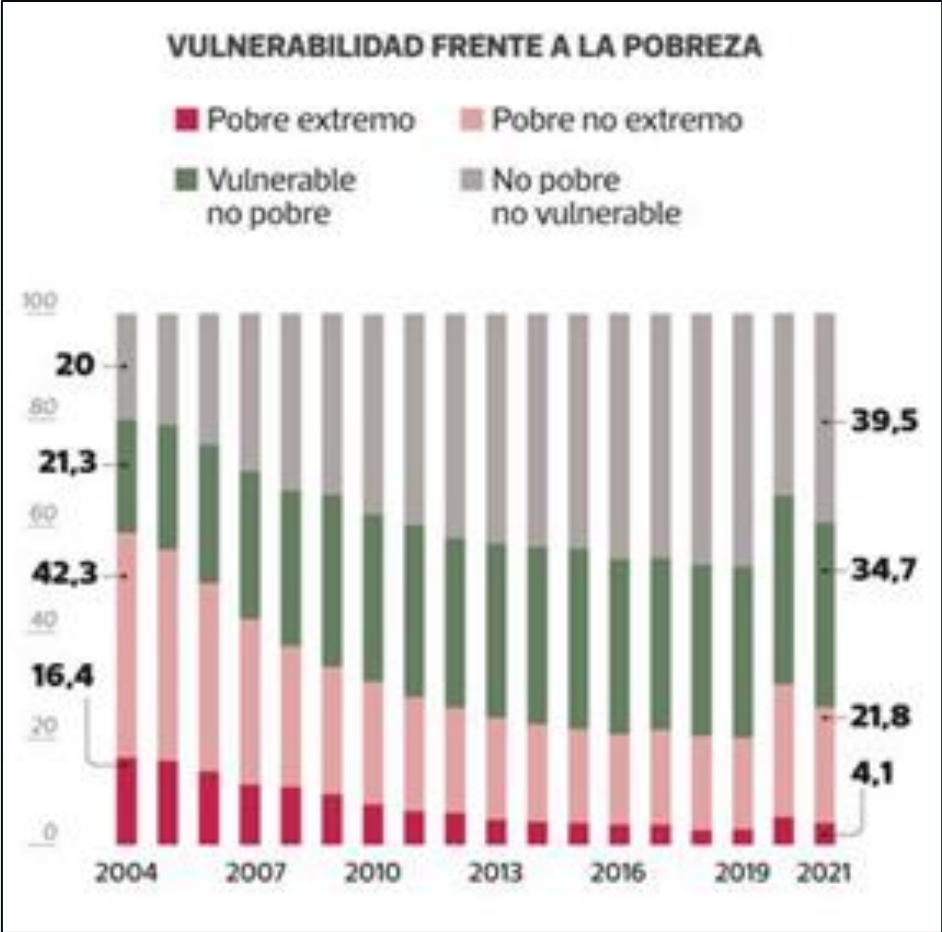
REGIÓN	% POBREZA	PUESTO
Puno	42.6	1
Pasco	42.1	2
Huancavelica	41.2	3
Cajamarca	39.7	4
Ayacucho	36	5
Huánuco	35.5	6
Loreto	34.6	7
Amazonas	30.1	8
Callao	28.5	9
Apurímac	28.3	10
La Libertad	26.8	11
Junín	26.4	12
Lima Región	26.4	13
Piura	25.3	14
Lima Metro.	24.4	15
Cusco	22	16
Ancash	21.9	17
Tacna	21.8	19
San Martín	20.3	19
Tumbes	19.3	20
Ucayali	17	21
Arequipa	12	23
Lambayeque	14	23
Moquegua	10.2	24
Madre de Dios	7.7	25
Ica	6.6	26

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, al año 2021 la pobreza extrema en el Perú ascendió al 4,1% del total de la población y la pobreza no extrema al 21,8 %, constituyendo los no pobres vulnerables el

34,7 % de la población, es decir en el Perú solo el 39,5% de la población está formada por no pobres no vulnerables (El Comercio, mayo 2022), lo cual expresa un alto indicador de desigualdad siendo el índice de Gini al 2021 de 0,44 lo cual se expresa en una población con grandes demandas insatisfechas en materia de salud, educación y empleo.

Figura 2.6 Situación de la pobreza en el Perú.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de El Comercio, 15 de mayo 2022.

Es pertinente señalar que, según el INEI, una familia de cuatro miembros es considerada pobre si su consumo es menor a los S/1512 mensuales y es considerada en pobreza extrema si su consumo mensual es de S/804 mensuales (El Comercio, mayo 2022).

A manera de ejemplo, para ilustrar los ingentes recursos con los que cuenta la Salud en el Perú, en el año 2019 de un total de S/168 074 millones de soles del presupuesto público se asignó S/18217 millones de soles al sector salud, siendo además el presupuesto de

Essalud de S/12227 millones de soles y el gasto de bolsillo en este año 2019 de S/11296 millones de soles, lo cual totaliza un total de dinero de S/ 41 650 millones de soles destinado a proveer servicios de salud en el Perú, siendo los pobres los más propensos a caer en riesgo financiero y mayor empobrecimiento ante una necesidad de cubrir gastos de bolsillo en materia de salud, producto de la ineficiencia y la corrupción del Sistema Nacional de Salud.

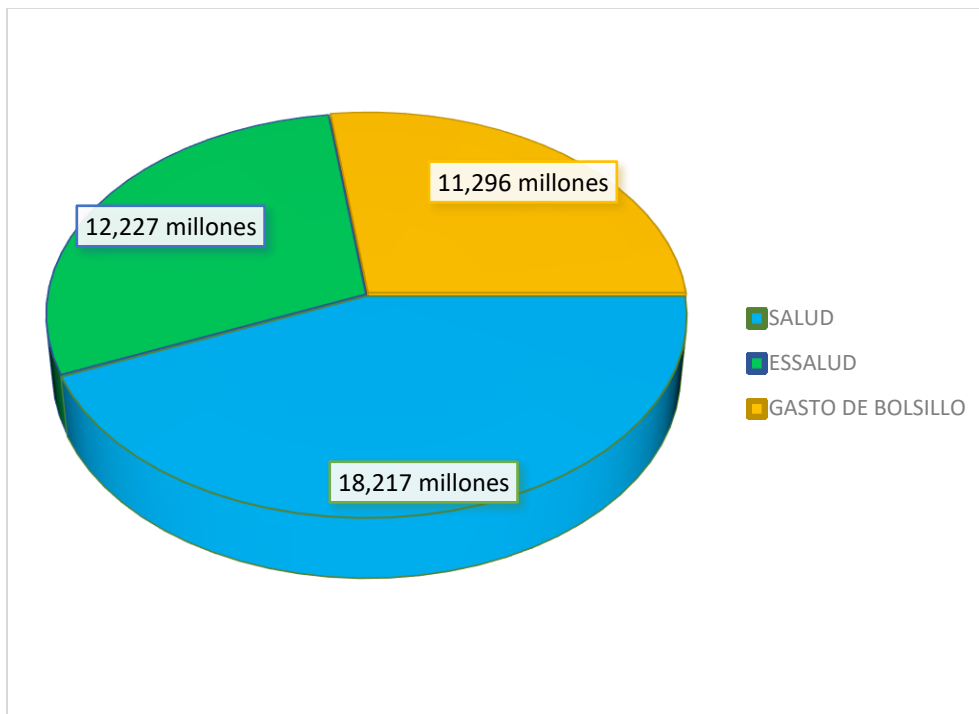
Cuadro 2.16 Gasto de bolsillo en Salud en el Perú 2012-2019

Cuadro N° 1: Evolución de la distribución del gasto de bolsillo en salud.
Perú 2012 a 2019 (porcentaje y millones de soles)

TIPO DE GASTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CONSULTA	6.8	6.4	6.5	6.6	7.0	6.8	6.4	6.3
MEDICAMENTOS	43.1	42.1	41.6	41.9	39.3	40.6	38.8	39.5
ANÁLISIS	4.1	4.1	3.9	3.9	3.9	3.8	3.6	3.8
RAYOS X, TOMOGRAFÍA, ETC	3.8	4.5	4.2	4.6	4.0	4.1	4.1	4.4
OTROS EXÁMENES	1.5	1.2	1.7	1.1	1.9	1.7	2.2	2.1
SERVICIO DENTAL Y CONEXOS	15.8	15.9	15.5	16.3	16.5	15.7	17.7	16.1
SERVICIO OFTALMOLÓGICO	1.3	1.7	1.3	1.5	1.4	1.4	1.3	1.2
COMPRA DE LENTES	6.0	6.1	6.3	5.9	6.6	6.2	6.3	6.4
VACUNAS	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
CONTROL DE SALUD DEL NIÑO	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
ANTICONCEPTIVOS	1.1	0.9	1.0	0.8	0.9	0.9	0.7	0.8
OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)	8.0	8.3	8.9	9.2	10.1	9.9	10.2	11.0
HOSPITALIZACIÓN / INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	7.6	7.8	8.3	7.1	7.7	8.0	8.0	7.5
ATENCIÓN POR PARTO	0.3	0.3	0.3	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2
CONTROL POR EMBARAZO	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2
TOTAL (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL (MILLONES DE SOLES)	9,372.1	9,122.3	9,023.9	9,082.5	9,599.3	9,831.6	11,312.3	11,296.7
Fuente: INEI. ENAHO 2012-2019.								
Elaboración: EEIAU/DFAU/DIGEMID								

Fuente: Elaboración propia, adaptado del Ministerio de Salud.

Figura 2.7 Total de recursos económicos en Salud año 2019



Fuente: Elaboración propia.

Como se evidencia en estas cifras de presupuestos, el Perú cuenta con ingentes recursos para la provisión de servicios de salud que como Contraloría General de la República estamos en la obligación de cautelar y vigilar, en lo que corresponde a la calidad del gasto y los reales beneficios para la población, dado que el crecimiento económico del país no ha resuelto el problema de los servicios públicos deficientes.

Los dueños del Sistema Nacional de Salud son los ciudadanos y el agente son los funcionarios a cargo del sistema (Rose-Ackerman, 2001) que deben rendir cuentas respecto de los resultados de los servicios de salud que se proveen a nivel nacional. De manera que es fundamental conocer el Sistema Nacional de Salud a efectos que los ciudadanos sean atendidos con seguridad, calidad, oportunidad y dignidad.

2.4. Corrupción en Sector Salud

La corrupción en el sector salud es un problema de carácter global que amenaza lograr la cobertura sanitaria universal que es una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: Salud y Bienestar. Se estima que en el mundo se gasta alrededor de 7 trillones de dólares en servicio de salud de los cuales alrededor del 10 al 25 % del gasto global se pierde directamente por la corrupción (Transparencia Internacional, 2019), en nuestro país se pierde aproximadamente el 15 % del presupuesto público total por corrupción y los sectores de mayor corrupción son Educación, Salud y Transportes y telecomunicaciones (Shack, Pérez & Portugal, 2020).

Los efectos de la corrupción en el sector son devastadores y se traducen en discapacidad o muerte, hemos podido comprobar los resultados de un Sistema Nacional de Salud sin capacidad de respuesta en el marco de la pandemia por coronavirus en nuestro país que nos dejó como saldo 200 000 muertos por COVID -19, ostentando el Perú una de las tasas más altas de letalidad a nivel mundial.

La ineficiencia en el SNS peruano es alta y el precio la pagamos todos los ciudadanos, pero especialmente los más vulnerables y pobres que se enfrentan a este sistema como única opción para atender sus necesidades de salud. En el operativo por una salud de calidad del año 2019 desarrollado por la CGR, se evidenciaron diversas situaciones adversas del SNS a nivel nacional demostrando la ineficiencia a través de indicadores de gestión sanitaria que revelaban entre otros aspectos que el 43 % de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel en todo el país, no contaban con categorización vigente, además de emergencias congestionadas 6 veces más que el estándar de acuerdo a norma técnica vigente, atendiendo una demanda no atendida tanto en el primer nivel de atención como en la consulta externa de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención , lo cual genera el riesgo en la provisión de servicios de salud con oportunidad, calidad, seguridad y dignidad para los usuarios del SNS.

El Control Gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública a efectos de garantizar un adecuado servicio para los ciudadanos, en ese sentido identificar los bolsones de ineficiencia, los cuales corresponden a aquellas áreas que se encuentran fuera de los estándares establecidos por las normas técnicas de salud respecto de los indicadores de gestión sanitaria en el marco de la cadena de valor del servicio de salud es esencial para poder identificar los actos de corrupción e inconducta funcional que limitan la provisión de un adecuado servicio de salud para el que se asigna un presupuesto priorizado. Es necesario señalar, que en primer término la identificación de los actos de corrupción e inconducta funcional es una tarea que le corresponde a la propia administración de la entidad, como primera barrera del control gubernamental. Donde existe ineficiencia no siempre vamos a poder encontrar corrupción, pero es un hecho que donde hay corrupción, siempre existe ineficiencia que en materia de salud afecta directamente a los pacientes.

En la Política Nacional de Integridad y lucha contra la corrupción se señala entre una de las causas de la corrupción, la escasa coordinación entre entidades encargadas de prevenir, controlar e investigar la corrupción (CAN, 2017), asimismo se debe de fortalecer instituciones como la CGR y además focalizar el control gubernamental en las actividades misionales de las entidades, en el caso particular del sector salud las actividades misionales se llevan a cabo en los establecimientos de salud públicos y la resultante de los procesos estratégicos, operativos y de soporte de estos establecimientos se refleja en la atención que le brinda al paciente en los servicios de emergencia, es decir abordar el control gubernamental desde un enfoque misional de cara al paciente pasa necesariamente por ejercer los servicios de control en los servicios de emergencia. Los servicios de salud son los servicios más usados por la población (Yamada, 2011) por lo que es necesaria una urgente atención de este tema para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, así como la recuperación económica del país después de estos dos años de pandemia.

El desempeño del sector salud adolece de una medición estandarizada de resultados lo que se refleja en una debilidad en el uso de indicadores de gestión sanitaria por parte de los gestores de los establecimientos de salud dado que el 45 % de los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel no los utilizan (CGR, 2019).

La falta de rendición de cuentas y transparencia de los resultados de la gestión expresados en valores estandarizados que permitan una medición y comparación respecto del desempeño del sector salud crea oportunidades de corrupción. La falta de supervisión sumada a la ausencia de control interno sostiene un sistema ineficiente y corrupto, es por eso esencial, desarrollar una herramienta de control gubernamental que permita abordar los establecimientos de salud a efectos de poder establecer a través de indicadores de gestión sanitaria el desempeño de los servicios de salud que se les brinda a los pacientes. Una estrategia de control específica para ser aplicada en los establecimientos de salud puede marcar la diferencia en el enfoque misional del control gubernamental en el sector salud. Los investigadores en materia de corrupción en el sector salud a nivel mundial sostienen que se requiere de más estudios para poder abordar la corrupción en este complejo sistema (Vian, 2007), en ese sentido este TIA es un aporte para el control gubernamental.

Muy pocos investigadores están abocados a estudiar la corrupción en el sector salud, se debería investigar esta corrupción, tanto como se investigan las diferentes enfermedades si es que queremos lograr los ODS. (García, 2019). En ese orden de ideas este TIA pretende ser un aporte en el combate a la corrupción en el sector salud en el marco de los procesos misionales coadyuvando en el logro de los ODS, especialmente el ODS 3. El presupuesto del sector salud es priorizado en nuestro país y sabemos que donde existe más presupuesto público se presentan mayores casos de corrupción, por lo tanto, se deben reforzar los mecanismos de control interno de las entidades, así como el control gubernamental con un enfoque misional.

La corrupción en el sector salud afecta directamente derechos fundamentales como son el derecho a la vida, la integridad tanto física como mental y al libre desarrollo en bienestar, por lo tanto, los actos corruptos en el sector son una violación de derechos humanos

y debemos combatirla frontalmente y para el logro de una de las metas del ODS 16 relacionada a reducir la corrupción y el soborno en todas sus formas. Un SNS ineficiente y corrupto puede generar discapacidad y muerte afectando directamente el desarrollo y la sostenibilidad de nuestro país. Si bien cierto, se puede cuantificar las pérdidas económicas que se producen por la corrupción, el costo de salvar una vida humana es invaluable, por lo que enfrentar la corrupción en el sector salud es un desafío global.

Según el informe de Transparencia Internacional del año 2019, se ha identificado 6 tipos de corrupción en el sector salud: Ausentismo de los profesionales de la salud, pagos informales a los pacientes, malversación, corrupción en la provisión del servicio o lo que se denomina demanda inducida, favoritismo en la provisión del servicio y manipulación de la data a efectos de lograr las metas para la obtención de retribuciones económicas. En cada una de los millones de interacciones que tienen los pacientes con el SNS existe el riesgo de este tipo de corrupción, es por eso que es necesario enfocarnos en el momento de verdad de los usuarios abordando temas misionales del sector.

Contar con un control interno maduro en los establecimientos de salud a nivel nacional y fortalecer el control gubernamental del sector salud son dos buenas estrategias en la lucha contra la corrupción en este sector. De acuerdo a la Ley 28716, Ley de Control interno de las Entidades del Estado, la CGR a través de sus Órganos de Control Institucional tiene la función de evaluar el control interno en las entidades del Estado que es esencial en todo el proceso de atención de los pacientes, el control gubernamental ante la enorme inmadurez del control interno en las entidades del Estado, juega un rol esencial para prevenir y sancionar los actos de corrupción e inconducta funcional que se presentan en el sector.

Reforzar la rendición de cuentas con transparencia o accountability es también un factor fundamental en la lucha contra la corrupción, para lo cual es importante contar con indicadores concretos que permitan medir y comparar resultados en el desempeño de los establecimientos de salud, lamentablemente en el sector salud no se utilizan indicadores de gestión sanitarias claramente definidos para la evaluación de los resultados de gestión en los

establecimientos de salud y mucho menos estos resultados están ligados a una gestión por resultados.

La corrupción en el sector salud es un obstáculo para el desarrollo social y es necesario atacarla frontalmente a través de una mayor transparencia por parte de las instituciones, dando cuenta de sus recursos y sus resultados; una mayor vigilancia a través del fortalecimiento del control interno y el control gubernamental; y una penalización efectiva donde no impere la impunidad (Di Tella, Savedoff, 2002).

En países como Venezuela, Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Perú se identificaron como problemas graves de corrupción en los hospitales públicos, el ausentismo de los profesionales de la salud, los honorarios ilegales y las cesáreas injustificadas (Di Tella, Savedoff, 2002), lo cual nos muestra la magnitud del problema en América Latina. En el Perú se identificó que en el año 2019 se perdieron 13 010 167 horas médico efectivas en consulta externa en los hospitales públicos del segundo y tercer nivel , es decir el 72,7 % del total de horas lo que demuestra la magnitud del problema de ausentismo en el Perú (CGR, 2019), asimismo el porcentaje de cesáreas en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención fue de 35,6 % en el año 2019 (CGR, 2019) de estas intervenciones médicas injustificadas y potencialmente más riesgosas , siendo que de acuerdo al estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda mantener el porcentaje entre el 10 % al 15 %, reflejando claramente el grave problema de la demanda inducida en el Perú. Toda esta ineficiencia implica altos costos, así como un impacto negativo en la calidad de la atención de los pacientes.

Esta alta ineficiencia en los hospitales públicos se explica a la luz de una débil supervisión y vigilancia por parte de los gestores a cargo de los establecimientos, un control interno casi inexistente donde prevalece la impunidad, la oferta de horas médico debe estar disponible en su totalidad para los pacientes, dado que alrededor del 50 % del presupuesto del sector corresponden a salarios del personal, por lo que el ausentismo tiene un alto costo económico y social en el Perú. El Control gubernamental puede intervenir en este aspecto

misional con un adecuado conocimiento y manejo de los indicadores de gestión sanitaria que deben ser incorporados al ejercicio del control.

La corrupción en los hospitales públicos atenta contra derechos fundamentales como son el derecho a la vida, la integridad física y mental, así como la dignidad de la persona. Este problema impacta directamente en los años de vida saludable perdidos (AVISA), problema público identificado en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 para el logro de los ODS, dañando a las personas e incluso provocando muertes como lo hemos podido observar en esta pandemia con el saldo de más de 200 000 fallecidos con una de las tasas de letalidad más altas de todo el mundo.

El mal uso de las instalaciones de los hospitales públicos es otro problema grave identificado (Di Tella, Savedoff, 2002), en el Perú en el año 2019 se evidenció un indicador de utilización de consultorios en los hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención de 1,41 siendo que el estándar propuesto es 2, es decir se presenta un alto grado de ineficiencia reflejándose en esta capacidad instalada ociosa.

En este TIA desarrollaremos una herramienta para el abordaje del control gubernamental en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del segundo y tercer nivel de atención del Perú con foco en los problemas más graves que se presentan en estos establecimientos, ineficiencia en el uso y destino de los recursos y que afectan directamente a los ciudadanos. El abordaje del primer nivel de atención será materia de otros estudios.

La corrupción que se presenta en la prestación de los servicios públicos se conoce como Pequeña corrupción (PCM, 2017) y se puede manifestar en las millones de interacciones que se dan entre los servidores públicos y los ciudadanos y generan millones de pérdidas económicas para el Estado, en el caso del sector salud los diferentes momentos de verdad que enfrentan los pacientes en el proceso de su atención de salud está infectada por graves problemas de corrupción que se presentan en los hospitales públicos donde se producen las actividades misionales de la prestación del servicio de salud reflejándose toda la ineficiencia y corrupción en la atención que se brinda en los servicios de emergencia del Perú.

Es posible evidenciar claramente los bolsos de ineficiencia y corrupción en los hospitales públicos a través de indicadores de gestión sanitaria, los cuales cuentan con valores estandarizados y permiten supervisar y utilizar de manera óptima todos los recursos necesarios para las actividades misionales del sector salud, lamentablemente el 45 % los establecimientos del sector salud, a pesar de registrar y contar con la data no la utilizan en la toma de decisiones de gestión. Un control gubernamental que incorpore indicadores de gestión sanitaria en los servicios de control podrá identificar más fácilmente las áreas más ineficientes de los hospitales públicos y llegar de una manera más celerante a los focos de corrupción que afectan a los ciudadanos ejerciendo un control más eficaz.

El tamaño de un hospital vinculado a su capacidad resolutoria o categoría es una variable importante a tomar en cuenta en el control (Di Tella, Savedoff, 2002), por el presupuesto con el que cuenta y el nivel de patologías complejas que atiende, en ese sentido abordar el control gubernamental en los servicios de emergencia de los hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención permite abarcar una parte central de la provisión de los servicios de salud.

A mayor nivel de resolución, es decir nivel II y III, a mayor número de camas de los hospitales públicos, las posibilidades de ineficiencia y corrupción son mayores y el impacto en la provisión de servicios afecta gravemente la atención de los pacientes, por el nivel de patologías que se debe atender en estos EESS, adicionalmente en los hospitales de mayor complejidad se dificulta el control, por lo que los niveles de impunidad aumentan (Di Tella, Savedoff, 2002). Los niveles de ausentismo son mayores en los hospitales de mayor nivel resolutorio, siendo este un problema no solo del Perú sino de toda América Latina. En el caso de este problema la identificación de los focos de ausentismo se puede realizar con indicadores de gestión sanitaria que midan el rendimiento hora médico, así como el número de horas de atención programadas versus las horas de atención efectivas, de acuerdo a normatividad vigente, indicadores que muestran claramente la presencia o ausencia de los profesionales de la salud en todos los servicios. En realidad, el ausentismo de los profesionales de la salud es una forma de abuso grave. Es obligación de los funcionarios a

cargo de los EESS vigilar, monitorizar y supervisar los estándares de calidad, sin embargo, no se utiliza este indicador para la toma de decisiones respecto de las acciones que se deben de tomar ante la detección de bolsones de ineficiencia.

Otra forma grave de corrupción en los EESS es la prescripción de tratamientos y procedimientos médicos innecesarios, como se observa claramente en la tasa de cesáreas identificada en los hospitales de nivel II y III del Perú (CGR,2019), bordeando el 35 % del total de partos, siendo que el estándar de la OMS corresponde como máximo al 15 %.

En los hospitales públicos no se han implementado las tres líneas de defensa del Modelo de Aseguramiento: 1era línea de defensa, nivel operativo donde se aceptan y gestionan los riesgos, 2da línea de defensa donde se realizan evaluaciones o revisiones de cumplimiento y 3era línea de defensa donde se produce la auditoría interna independiente (OCDE, 2017). Es por eso que la labor del Control externo ejercido por la CGR tiene un peso específico muy importante en la lucha contra la corrupción y la ineficiencia en los hospitales públicos.

Es necesario eliminar la ineficiencia y la corrupción para aumentar la productividad, lograr una atención de calidad, oportunidad y un real acceso a la salud, de manera que esta problemática del sector salud debe ser mirada globalmente para poder lograr los ODS de la Agenda 2030. Todo esfuerzo que se realizar por ejercer un control gubernamental eficiente y eficaz en el sector salud coadyuva a este gran objetivo y es un beneficio directo para las poblaciones más vulnerables y pobres en alineación con la ISSAI 12, respecto de marcar una diferencia en la vida del ciudadano, proponiendo un modelo de Control gubernamental que pueda ser usado en las modalidades de control simultáneo, posterior y de desempeño, dado que permitirá identificar los bolsones de ineficiencia en los establecimientos de salud.

2.5. El Control Gubernamental en el Sector Salud en la Contraloría General de la República.

Dentro de la estructura organizacional de la CGR, existe una Subgerencia de control del sector Salud, que forma parte de la Gerencia de Control de Servicios Públicos Básicos.

El ámbito de esta Subgerencia corresponde a los establecimientos de salud del MINSA, EsSalud y las Fuerzas Armadas, de acuerdo al cuadro siguiente:

Cuadro 2.17 *Ámbito de la Subgerencia de Control de Sector Salud*

INSTITUCIONES PUBLICAS	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SC	Total, general
ESSALUD	2	163	123	24	40	14	6	8	2	2	16	400
MINSA	5	155	198	35	2	4	1	9	7	4	28	448
SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ	2	15	7	2			1	1			1	29
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ	12	22	3	2				1			29	69
SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ	6	35	35	1	2		1	1			3	84
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ	27	86	13	7	1		1	1			3	139
Total, general	54	476	379	71	45	18	10	21	9	6	80	1169

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2.18 *Ámbito de control de establecimientos de Salud de la CGR por Órgano Auditor.*

ÓRGANO AUDITOR	EESS	PORCENTAJE
SUBGERENCIA DE CONTROL SECTOR SALUD	1169	12.3%
GERENCIAS DE CONTROL REGIONAL	8334	87.7%
TOTAL	9503	100%

Fuente: Elaboración propia

Es decir, de los 9503 establecimientos públicos del país, la Subgerencia de control del sector salud solo tiene ámbito en 1427 establecimientos, es decir en el 12,3% del total de establecimientos. El 87,7% restantes de EESS, 8076 están bajo el ámbito de las 25 Gerencias regionales de Control de la CGR.

El control gubernamental en materia de salud permite desarrollar labores de control dirigidas a controlar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente el ODS 3. Salud y Bienestar y fortalecería las intervenciones de control de la CGR dado que nos permitiría constituirnos como un interlocutor del Sistema Nacional de Salud para participar en las Mesas Técnicas destinadas a su mejora, y que fueran ofrecidas por el Contralor General

de la República a los funcionarios del Sector Salud durante la presentación del informe del Operativo “Por una Salud de Calidad 2019”. Además, se podría contar con acceso a información en los sistemas de la CGR de todas las entidades que forma parte del Sistema Nacional de Salud permitiendo efectuar un seguimiento de las medidas correctivas necesarias, tanto de situaciones adversas y recomendaciones para superar la problemática identificada y que impactan directamente a la población.

Cabe precisar que la capacidad operativa de la Subgerencia de control del sector está conformada por 116 colaboradores que incluyen 34 Jefes de OCI para vigilar alrededor de 35000 millones de soles. Es imperativo reforzar tanto la capacidad operativa como las competencias técnicas a efectos de lograr un control eficiente y eficaz de control gubernamental en el sector salud a través de sus diferentes modalidades de control, como son el control simultáneo y el control posterior principalmente.

Cuadro 2.19 Capacidad operativa de la SCSS al 31 de Enero de 2022.

CAPACIDAD OPERATIVA UO AL 31 ENERO 2022		Cantidad
UNIDAD ORGÁNICA DEL SECTOR SALUD	LICENCIA SIN GOCE DE HABER	2
	JEFES DE OCI MIXTO / PRESENCIAL	34
	TRABAJO MIXTO - CGR	57
	TRABAJO REMOTO - CGR	19
	TRASLADO TEMPORAL - CGR	1
SubTotal (a)		116

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2.20 Presupuesto bajo el ámbito de control de la SCSS al año 2021

PLIEGO	PIM	PORCENTAJE
MINISTERIO DE SALUD	10,611,506,719	40.10%
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	170,058,464	0.64%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	50,053,573	0.19%
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	2,224,833,743	8.41%
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS – INEN	482,300,516	1.82%
SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD	12,921,540,721	48.83%
TOTAL	26,460,293,736	100.00%

Fuente: Elaboración propia

2.6. Indicadores de Gestión Sanitaria.

Los establecimientos de salud cuentan con procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de apoyo, como se muestra en el siguiente gráfico:

Figura 2.8 Mapa de procesos de los establecimientos de Salud



Fuente: elaboración propia adaptado del Anexo en. 01 – Mapa de Procesos de los establecimientos de Salud de la NTS n.º 021-MINSA/DGSP-V.03,

Los procesos misionales de los establecimientos de salud, materia de este TIA, se producen en la atención directa que se brinda a los pacientes, es decir en el marco de los procesos operativos. La atención directa se provee a través de Unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS) , que es una unidad básica funcional de un establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) organizada para producir determinados servicios como son las siguientes : UPSS de consulta externa, UPSS de Emergencia, UPSS de hospitalización, UPSS de Centro Obstétrico, UPSS de Centro Quirúrgico y UPSS de Unidad de Cuidados Intensivos.

La UPSS de consulta externa y la UPSS de Emergencia son comprenden las actividades centrales de los establecimientos de salud, en adelante Consulta Externa y Emergencia, siendo la Emergencia el espacio donde se evidencia la resultante vectorial de todas las actividades de un establecimiento de salud.

El control gubernamental sobre las actividades misionales del sector salud debe ser capaz de supervisar, vigilar y verificar los resultados de la gestión hospitalaria de los hospitales a nivel de la Consulta Externa y de la Emergencia a efectos de poder cautelar el cumplimiento de la finalidad pública de los establecimientos de salud que consiste en contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de la población (NTS N° 021-MINSA/ DGSP-V.03) para agregar valor público a las acciones de control gubernamental y lograr un impacto en la vida de los ciudadanos.

La gestión hospitalaria en cada establecimiento de salud está a cargo de los directores y funcionarios a cargo de acuerdo las resoluciones correspondientes y debe contar con herramientas para poder medir y evaluar el desempeño de las actividades y servicios que allí se producen. En el Informe del operativo de control simultáneo a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención, “ Por una salud de calidad 2019” de la CGR, en adelante Operativo de salud CGR 2019, se evidenció que el 45 % del total de establecimientos de salud de nivel II y III no utilizaban indicadores de gestión sanitaria para la óptima evaluación y valoración de los procesos asistenciales, de acuerdo a normas técnicas

establecidas, con lo cual podemos inferir la baja importancia que se le otorga a la medición de estándares de desempeño que permitan brindar servicios de calidad a los pacientes.

Sin embargo, el Control gubernamental puede hacer uso de estos indicadores establecidos en las normas técnicas de los servicios de salud a efectos de poder contar con información que permita medir y evaluar los procesos misionales con el objetivo de identificar bolsones de ineficiencia de manera más precisa y de esta forma realizar un control gubernamental más célere, oportuno y eficaz. El control gubernamental a los procesos de gestión sanitaria puede ser *ex dure* y *ex post*, de tipo simultáneo o posterior, así como en el marco de una auditoría de desempeño.

Para abordar el control gubernamental en un establecimiento de salud es fundamental conocer el nivel de atención del establecimiento de salud, es decir su categoría, establecida con la resolución correspondiente y de acuerdo a la NT N° 021-MINSA/ DGSP-V.03, es decir si corresponde al primer, segundo o tercer nivel de capacidad resolutive. Esta es la primera información con la que debe contar el auditor dado que el nivel de un establecimiento de salud establece el marco técnico normativo respecto de la oferta de servicios de salud que le son de carácter obligatorio para atender las necesidades de salud de la población.

Todo establecimiento de segundo y tercer nivel de atención cuenta con una UPSS de Emergencia. La Emergencia es la unidad básica de salud organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de Urgencia y/o Emergencia. Las Emergencias de los establecimientos de salud del Perú se encuentran colapsadas, es decir no tienen una capacidad de respuesta que permita una atención de oportunidad, calidad y seguridad para todos los usuarios. Esto realidad se traduce de manera feroz en el número de camas accesorias o habilitadas presentes en las emergencias de nuestros hospitales y se generan ante el “déficit” de camas estructuradas en las áreas de observación ante la enorme cantidad de pacientes internados. Una emergencia sobresaturada es la resultante de los procesos ineficientes de un hospital y esta sobresaturación tiene su rostro más crudo en los pacientes internados en camillas, sillas de ruedas, bancos, etc. o lo que estamos denominando camas accesorias o habilitadas. En el operativo de salud CGR 2019 se

encontró que a nivel nacional por cada cama estructurada de observación en Emergencia existía una cama accesoria, encontrándose 3533 pacientes internados en emergencia en camillas, sillas de ruedas u otro elemento en los pasillos de las emergencias, lo cual definitivamente no garantiza la adecuada prestación del servicio de salud para estos pacientes críticos.

La emergencia debe atender las emergencias médicas y/o quirúrgicas que corresponden a toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente, es decir pacientes con daños calificados como prioridad I y II. Los daños se clasifican según la prioridad de atención en I, II, III y IV. La Prioridad I corresponde a pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación -Shock Trauma de la Emergencia. La Prioridad II corresponde a pacientes que presentan un cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención en Emergencia debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos. La Prioridad III corresponde a pacientes que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes y corresponde su atención en el tópic o consultorio de Emergencia. La Prioridad IV corresponde a pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata que pueden ser atendidos en consulta externa o consultorios descentralizados. Las prioridades I y II tiene prioridad sobre las atenciones III y IV en los servicios de Emergencia. Es el médico de Triage quien establece la prioridad del paciente que acude a una Emergencia. De esta definición se entiende que una emergencia debe atender este tipo de patologías, repentinas y que colocan en riesgo la vida del paciente, es decir prioridades I y II, lo cierto es que en el Perú nuestras emergencias se han convertido en una extensión de la consulta externa ante la ineficiencia de los procesos de los establecimientos de salud, atendiendo en un alto porcentaje prioridades III y IV que deberían ser atendidas en la consulta externa, pero ante una consulta externa con un alto diferimiento o demora para otorgar las citas, los pacientes acuden a las Emergencias. Esta situación se comprobó con los resultados obtenidos en el Operativo de Salud CGR 2019, en el que se

verificó que, en las Emergencias del Perú, el 31,2 % de las atenciones corresponden a las prioridades I y II que se deben atender en Emergencia y el 68,8 % corresponden a Prioridades III y IV, lo que explica la sobrecarga de este servicio. Es necesario contar con una Consulta Externa eficiente que responda a las necesidades de los pacientes para evitar que acudan a la Emergencia para su atención.

Este proceso puede medirse en el indicador **Razón de Emergencias por Consulta Externa**, que mide la relación que existe entre el total de atenciones de Emergencia con respecto al total de las atenciones de consulta externa en un determinado periodo correspondiendo a un estándar de 1/10. Es decir, por cada atención médica de la Emergencia de un EESS, se deben producir 10 consultas médicas en la UPSS de Consulta Externa. En el Operativo de Salud CGR 2019 se encontró que a nivel nacional por cada consulta médica de Emergencia solamente se producían 4 consultas médicas en la UPSS de Consulta externa, con lo cual queda en evidencia la ineficiencia en este proceso y ante una ineficiencia en el uso de los recursos públicos es mandatorio la intervención de la CGR.

Asimismo otro indicador a observar en el área de Emergencia es el **Porcentaje de pacientes en Sala de Observación con Estancias mayores o iguales a 12 horas**, lo cual permite evaluar el tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Observación de la Emergencia, el estándar establecido es 0 %, es decir ningún paciente debe superar una estancia de 12 horas, dado que después de ser atendido se debe definir su destino que puede ser Hospitalización en el EESS , referencia a otro EESS de mayor complejidad, alta o fallecimiento. Cuando este estándar no se cumple se produce el fenómeno de las camas accesorias que proliferan en nuestra Emergencias y que constituyen un maltrato inmerecido a los pacientes críticos, puesto que cada paciente se debe evaluar y atender en menos de 12 horas en las Emergencias a efectos de brindar una atención de calidad como corresponde. Si observamos que este indicador no se cumple en un EESS estamos frente a una Emergencia ineficiente que debe ser abordada por el control gubernamental en beneficio de los pacientes. Asimismo, el **Porcentaje de fallecidos en Emergencia** de acuerdo al estándar

establecido debe ser menor del 2% y es otro indicador que claramente nos permite medir la eficiencia de los procesos en esta área.

Los indicadores del servicio de emergencia están establecidos en la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 y son pasibles de ser supervisados, vigilados y verificados como fuente de información para los diferentes productos de control gubernamental.

La emergencia es el núcleo vital de un establecimiento de salud, si la consulta externa es ineficiente, se reflejará en los indicadores de emergencia, pero además, se requiere contar una UPSS de Hospitalización que cumpla los estándares de acuerdo a norma técnica, dado que para derivar un paciente de la Emergencia hacia el servicio de Hospitalización se requieren camas libres que puedan recibir al paciente que ha sido estabilizado en la Emergencia y requiere de mayores estudios de acuerdo al caso clínico. En ese sentido el indicador **Intervalo de Sustitución cama**, nos permite medir el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro, en este caso, el estándar propuesto varía entre 0.6 hasta 1 día, lo que quiere decir que una cama, que es uno de los recursos más importantes de un EESS, no puede permanecer desocupada más de 24 horas, dado que los pacientes provenientes de la emergencia o de la consulta externa requieren de una cama para poder ser hospitalizadas y acceder al tratamiento que necesitan para atender su patología. Asimismo una vez que el paciente ha sido internado en Hospitalización, se debe verificar el indicador **Promedio de permanencia** que evalúa el grado de aprovechamiento de las camas de un hospital, el estándar propuesta es entre 6 a 8 días, esto quiere decir que las estancias promedio mayores a estos valores reflejan un servicio de Hospitalización ineficiente, donde las camas se encuentran ocupadas por pacientes pudiendo haber optimizado su uso otorgando el alta en el tiempo estándar, a efectos de que otro paciente que necesita hospitalizarse pueda contar con una cama libre. Otro indicador del servicio de hospitalización es el **Porcentaje de ocupación cama**, también conocido como grado de uso o índice ocupacional, mide el porcentaje de camas ocupadas en relación al total de las disponibles en un determinado periodo de tiempo, el estándar propuesto es de 85 % a 90 %, si este indicador en un hospital se encuentra por debajo de este promedio quiere decir

que existen camas desocupadas que otros pacientes necesitan y no están siendo utilizadas. El indicador de **Rendimiento cama** nos permite evaluar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir que los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo, el estándar propuesto es un promedio de 4 egresos por mes, es decir cada cama debe poder brindar tratamiento a un promedio de 4 enfermos por mes. Con estos indicadores podemos evaluar la gestión del servicio de hospitalización con indicadores confiables que nos permiten identificar las áreas de ineficiencia que impiden una adecuada atención de los pacientes. La UPSS de Emergencia de un EESS necesita de una consulta externa y una Hospitalización que funciones con estándares de excelencia a efectos que pueda concentrarse en brindar atención prioritaria a los casos de Gravedad súbita extrema (Prioridad I) y los casos de Urgencia mayor (Prioridad II) básicamente. Las emergencias de nuestro país en un 70 % atienden Prioridades III y IV, lo cual no se condice con la naturaleza del servicio de Emergencia, constituyendo en la práctica una extensión de la Consulta externa.

Todos los EESS de nivel II y III cuentan con la UPSS de Consulta Externa. La consulta externa es la unidad básica del EESS organizada para la atención integral de salud, en la modalidad ambulatoria a usuarios que no estén en condición de Urgencia y/o Emergencia. Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen acceso a un EESS a través de la Emergencia y/o a través de la Consulta Externa, el estándar esperado como hemos visto, es que por cada atención médica que se produzca en la Emergencia, se produzcan 10 atenciones médicas en la Consulta Externa, cuando esta proporción no se mantiene nos encontramos frente a una Consulta externa ineficiente que no responde a las necesidades de los pacientes.

De acuerdo a la Ley del Trabajo Médico los médicos trabajan un total de 150 horas mensuales, en la consulta externa se deben programar 25 turnos mensuales de 6 horas diarias, 4 horas de las cuales son dedicadas a la consulta externa y las dos horas restantes a actividades propias del establecimiento de salud. Es decir, un médico asignado a la Consulta externa se deberá programar 100 horas mensuales para la atención de los pacientes de la Consulta Externa. Se puede verificar el **Porcentaje de Cumplimiento de Programación** verificando la cantidad de horas que un médico asignado a la consulta externa es programado,

sabemos que el ausentismo es uno de los principales síntomas de la ineficiencia de los EESS y esto se refleja en el incumplimiento de las horas que deben ser programadas a cada profesional de la salud. En el Operativo de Salud CGR 2019 se evidenció que el porcentaje de cumplimiento de Programación en los médicos asignados a la consulta externa de los EESS de nivel II y III a nivel nacional correspondía a menos del 30 %, lo cual quiere decir que no se está optimizando el uso de las horas médico para la atención de los pacientes.

Es necesario precisar que por cada hora programada se han definido estándares esperados para la producción de consultas médicas, en los EESS de nivel II, se deberá atender de 4 a 5 pacientes por hora y en los EESS de nivel III, se deberá atender de 3 a 4 pacientes por hora de acuerdo a las Directivas vigentes. Si no se producen estas atenciones de acuerdo a lo esperado estamos frente a una consulta externa ineficiente que no garantiza el acceso oportuno a las citas médicas para los pacientes y se producen alargamientos en el tiempo que demora un paciente en obtener una cita, lo que se conoce como el indicador de **Diferimiento**. En el Operativo de Salud CGR 2019 se encontró una productividad de 1.22 pacientes por hora en los EESS de II y III nivel a nivel nacional, esta ineficiencia se traduce en demoras para obtener una cita médica para los pacientes y una Emergencia congestionada ante la necesidad de acceder a una atención de salud.

Otro indicador que nos muestra el acceso de los pacientes a la consulta externa es el indicador de **Concentración**, que sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al EESS durante un periodo, el estándar esperado es entre 3 y 4 veces en un año, si es menor quiere decir que los pacientes no cuentan con un real acceso a la consulta externa del EESS.

Por otro lado, también es importante una adecuada distribución de horarios de los turnos de consulta externa en los establecimientos de salud, a efectos que el paciente cuente con la posibilidad de atenderse en el horario que se adapte a sus necesidades. En ese sentido cada consultorio físico debería contar con dos turnos programados, uno en la mañana y otro en la tarde, de no ser así, se ofrece normalmente consultas en un solo turno limitando el rango de horarios de atención para el paciente y subutilizando la capacidad instalada del EESS.

Esta subutilización prevalece en los servicios de salud del país e impacta negativamente en un adecuado acceso a la salud para la población.

De manera que los indicadores de gestión sanitaria nos permiten contar con un mecanismo para el abordaje integral de las actividades misionales de un establecimiento de salud con datos válidos que nos permiten medir el desempeño, objetivos dado que son estándares matemáticos validados por la normativa vigente, sensibles a los cambios que se puedan producir y específicos para cada UPSS de los EESS. La incorporación de los indicadores al ejercicio del control gubernamental en los EESS permitirá un ejercicio del control gubernamental eficiente y eficaz para mejorar la calidad de la atención en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación.

La presente investigación tiene el carácter de Trabajo de investigación Aplicada (TIA), específicamente propositiva, porque tiene como objetivo diagnosticar un problema, analizarlo y proponer posibles soluciones para resolverlo.

El objetivo del estudio es proponer el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud pública del Perú. La población de estudio está conformada por los 265 establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional.

3.2 Tipo de conocimiento.

El estudio tiene el carácter de investigación analítica, dado que se busca establecer relaciones de causalidad o asociación entre las diferentes variables que determinan las causas de la ineficiencia en los servicios de Semergencia de salud pública del país, con el consecuente efecto en la baja calidad en la provisión de los servicios de salud. La presente

investigación analítica y propositiva busca proponer un plan de mejora para el ejercicio del control gubernamental en el sector salud de manera eficiente y eficaz.

3.3 Estrategia de investigación

La estrategia de investigación se basa en la identificación de la relación de causalidad entre los indicadores de gestión sanitaria y el problema público identificado, con la finalidad de proponer una herramienta de gestión que permita un ejercicio del control eficiente y eficaz por parte de los auditores del SNC.

La identificación de los indicadores de gestión sanitaria que impactan en la calidad de los servicios de emergencia de los establecimientos públicos del Perú permitirá a los auditores una acción celer y oportuna en los puntos críticos de la cadena de valor de la provisión de servicios de salud. De esta manera, se espera lograr una intervención de control que permita medir y comparar resultados para la verificación de las mejoras de gestión que todas las EFS deben de proponer e impulsar, contribuyendo al debate de la mejora en el sector público de acuerdo a las normas internacionales ISSAI 12. Dado que estos indicadores nos van a permitir detectar los momentos de verdad y la trazabilidad del impacto de la ineficiencia y la corrupción en el sector salud, se podrán elaborar estrategias para el abordaje de temas misionales que impacten en la vida de los ciudadanos.

En este contexto, la investigación desarrolla estudios de caso que permiten responder las preguntas de investigación, analizando exhaustivamente las variables involucradas en la calidad de la atención que se brinda en los servicios de emergencia de los hospitales públicos.

3.4 Método de investigación

La presente investigación aplicada, propositiva y analítica se realizará utilizando el método observacional, mediante el cual se observará el objeto de estudio en su contexto natural con situaciones no preparadas intencionalmente. Asimismo, se estudia este fenómeno en un determinado periodo, tomando como punto de referencia inicial el año 2019 y con un nivel de investigación explicativo para demostrar la relación causa – efecto postulado en el plan de investigación.

3.5 Evidencias de investigación.

Metodología Cuantitativa y Cualitativa:

En el presente Trabajo de Investigación Aplicada (TIA) se utilizará la metodología cuantitativa y cualitativa.

La metodología cuantitativa permite describir las características del tema estudiado, así como entender, explicar y predecir patrones o relaciones entre distintas variables asociadas al problema público identificado. A tal efecto, se analizan datos numéricos provenientes de los servicios de emergencia de los establecimientos de salud pública a nivel nacional, considerando una muestra no aleatoria pero con suficiente nivel de representatividad de la población de estudio, utilizando el análisis de tipo explicativo el cual se basa en la causalidad, lo que permitirá, a través del trabajo de investigación, identificar los indicadores de gestión sanitaria más relevantes desde la perspectiva de la lucha contra la inconducta funcional y la corrupción.

En el contexto de una investigación científica, las variables pueden ser cuantitativas y cualitativas. Como es sabido, las variables cualitativas son aquellas que se denotan mediante palabras, en tanto que las variables cuantitativas se denotan mediante números.

En el contexto del presente TIA se emplean ambos tipos de variables, con preeminencia de las cuantitativas. Dado el carácter de investigación propositiva, estas variables, así como sus correspondientes indicadores, son incorporados en la propuesta de tablero de control para el mejoramiento del control de la prestación de servicios de salud.

Por otra parte, con la finalidad de validar y contrastar las hipótesis con la realidad se han utilizado variables de carácter cualitativo, relacionadas a la opinión de los expertos consultados sobre el funcionamiento de los servicios de salud en general y específicamente de los servicios de emergencia, así como, por otra parte, respecto de las posibles soluciones o componentes de la solución de la problemática del sector salud. Estas variables, precisamente por su carácter cualitativo, son medidas a través de un conjunto de preguntas que actúan como ítems de los instrumentos de medición. Las respuestas se procesan, a cuyo

efecto se utilizan los métodos propios de la estadística descriptiva para variables cualitativas, específicamente las proporciones o frecuencias relativas, bajo la forma de porcentajes.

En conclusión, la presente investigación, entendida como el proceso de recopilación de información con la finalidad de contrastar unas determinadas hipótesis y derivar conclusiones que permitan esbozar una propuesta de solución a la problemática del sector salud, utiliza variables de carácter cualitativo y cuantitativo. Las variables cualitativas son usadas preferentemente en el diagnóstico de la problemática, en tanto que las variables cuantitativas son usadas preferentemente en la formulación de la propuesta de solución.

3.6 Tipo de fuentes de información.

Según el nivel de información que proporcionan las fuentes de información pueden ser primarias o secundarias. Las fuentes primarias contienen información nueva y original. En el caso del presente TIA se utiliza información oficial de los sistemas de gestión hospitalaria proveniente de los establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, tanto del Ministerio de Salud (MINSa) como del Seguro Social del Perú (ESSALUD). Asimismo, se revisan los informes técnicos, informes de investigación y normas técnicas relacionados con la provisión del servicio de salud en los establecimientos de salud, para alinearlos con las necesidades de ejercicio del control gubernamental, precisando criterios.

Por otro lado, las fuentes secundarias contienen información organizada, elaborada, producto de análisis, extracción o reorganización que toma como referencia documentos primarios originales. Para el caso del presente TIA se considerarán la revisión de literatura de libros o artículos diversos relacionados con la gestión sanitaria, así como trabajos de investigación y los informes emitidos por la Contraloría General de la República relacionados con la gestión sanitaria en los establecimientos de Salud a partir del año 2019.

3.7 Instrumentos de recopilación de información.

Con la finalidad de obtener la información necesaria para la presente investigación, se utilizan los instrumentos siguientes:

- a. **Revisión de base de datos existente.** Es un instrumento con base en una herramienta cuantitativa que se aplica sobre una base de datos que son los datos organizados y relacionados entre sí producidos por entidades públicas, en este caso, información obtenida de los sistemas de gestión hospitalaria de los establecimientos de salud.
- b. **Guía de revisión de normas y documentos de gestión.** Es un instrumento para el recojo de información documental en base a la revisión de normas y documentos de gestión sanitaria vigente y de aplicación en los establecimientos de salud públicos.
- c. **Guía de revisión de literatura especializada.** Es un instrumento de recojo de información documental para la revisión de literatura especializada que es una estrategia por la cual se observa y analiza literatura especializada, la cual incluye informes técnicos, artículos académicos, investigaciones o evaluaciones. En este caso se revisará literatura especializada en administración estratégica y gestión sanitaria.
- d. **Encuesta a panel de expertos.** En el marco de la presente investigación, se utiliza el instrumento denominado Estudio Delphi, mediante el cual se ha tomado la opinión calificada de personas que conocen la problemática del sector salud, tanto desde el punto del control gubernamental, de gestión sanitaria y de la academia.

3.8 Población de estudio y muestra

Para el caso del presente TIA el universo de estudio son los 9503 establecimientos de salud pública del Sistema Nacional de Salud, y la población objetivo o muestra correspondiente a los 265 establecimientos de salud pública categorizados del segundo y tercer nivel de atención en el Perú.

Cuadro 3.1 Establecimientos públicos de acuerdo a su nivel de atención.

NIVEL	CATEGORÍAS	EES PÙBLICOS	TOTALES
NIVEL 1	I-1	4401	8991
	I-2	2606	
	I-3	1625	
	I-4	359	
NIVEL 2	II-1	140	214
	II-2	50	
	II-E	24	
NIVEL 3	III-1	30	51
	III-2	13	
	III-E	8	
Sin Categoría		247	247
Total, general		9503	9503

Fuente: Elaboración propia, adaptado de RENIPRESS al 01/03/2022

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Recopilación de Información.

En el presente capítulo se ofrecen los resultados de la encuesta realizada a un conjunto de expertos del ámbito del sector salud. De conformidad con el marco conceptual y metodológico adoptado, la encuesta y, por ende, los resultados de la misma, han sido estructurados en tres dimensiones, cada una de las cuales aborda un conjunto específico de temas relacionadas al objeto de estudio y de relevancia para la formulación de la propuesta de solución que es descrita en el siguiente capítulo.

Es de precisar que la encuesta fue realizada bajo la metodología cuya forma aproximada podría calificarse como consenso de expertos o estudio Delphi. Al respecto, el método Delphi permite obtener el consenso de opinión más fidedigno de grupos de expertos mediante la aplicación de cuestionarios en los cuales se presentan un conjunto de enunciados

o afirmaciones respecto de los cuales los expertos ofrecen su opinión codificada mediante una escala de Likert. Esta permite transformar variables cualitativas en valores cuantitativos. Por tanto, la metodología Delphi proporciona un método de tratamiento de un problema complejo mediante la comunicación entre un conjunto acotado de expertos.

En cuanto a la operatividad de la encuesta, cabe señalar que esta fue realizada utilizándose la plataforma Google Forms durante el periodo del 07 al 08 de julio del presente año 2022. Participaron un conjunto de sesenta y dos (62) encuestados, quienes en el contexto del presente estudio toman la categoría de expertos por su conocimiento específico y profundo de la problemática abordada. El cuadro N° 4.1 contiene la composición del panel de expertos de la encuesta. En los anexos del presente estudio se ofrece el cuestionario de la encuesta (anexo 1).

En el contexto de la investigación realizada, se ha desarrollado en efecto una encuesta basada en el método Delphi o consenso de expertos. Los fundamentos de esta opción metodológica como vía para sustentar tanto el diagnóstico como la propuesta de solución queda resumida en las consideraciones siguientes:

- En primer lugar, las hipótesis de investigación, tanto la general como las específicas, implican el uso de variables cualitativas. Por ende, como ocurre siempre con las variables de este tipo, su contrastación con la realidad implica su operativización mediante la construcción de ítems y la transformación de éstos en preguntas de cuestionario. El cuestionario de la encuesta de la presente investigación, especialmente en su primera dimensión, contiene precisamente las preguntas referidas a los ítems que operativizan el análisis de las variables implicadas en las hipótesis.
- En segundo lugar, cabe destacar el hecho que el cuestionario de la encuesta se aplica a un conjunto de expertos en virtud de su carácter de medio de obtención de evidencias, tanto para contrastar las hipótesis con la realidad, como para auscultar la validez de la propuesta de solución que se propone el capítulo 5 del presente trabajo.

- En tercer lugar, es necesario recordar que, por definición, las hipótesis representan respuestas de carácter preliminar a las preguntas de investigación. Por lo tanto, al contrastar las mismas mediante la información recopilada a través de la encuesta a expertos, implícitamente se está respondiendo a las preguntas de investigación. Desde una perspectiva científica general, esta forma de probar hipótesis no es la ideal, pero en el contexto de la presente investigación es lo posible. Como es sabido, para la ciencia lo ideal es la realización de experimentos controlados aleatorizados, pero como resultará obvio esto es imposible de realizar en una investigación que se realiza en el ámbito funcional del control gubernamental.
- En cuarto lugar, igualmente desde una perspectiva científica general, hubiera sido ideal establecer la validez de las hipótesis mediante el uso de una correlación y/o una regresión, en las que se conforme la variación concomitante entre las variables independientes y la variable dependiente. Sin embargo, esto solo es posible cuando las variables son de carácter cuantitativo. En la presente investigación, en la dimensión diagnóstica no se emplean variables cuantitativas, razón por la cual el uso de coeficientes de correlación o la construcción de ecuaciones de regresión se torna imposible.
- Por último, en quinto lugar, debe destacarse el hecho que el capítulo 4 del TIA no contiene solamente una presentación de los resultados de la encuesta. En la última sección de este capítulo se realiza un balance del conjunto en la información aportada por los expertos encuestados. En investigación cualitativa esto tiene tanto valor como en investigación cuantitativa lo tiene el análisis de correlación, regresión o, cuando se emplea el método experimental, lo tiene el análisis de las diferencias de resultados entre los grupos de tratamiento y de control. Ciertamente se podría complementar el análisis de los resultados de la encuesta con otros tipos de evidencia, tales como el análisis documental y las entrevistas.

Cuadro 4.1 *Panel de expertos.*

Tipo de experto	Número de participantes
Servidor Profesional	14
Funcionario o Directivo	16
Docente o Investigador	3
Jefe de OCI	29
Total	62

Fuente: Encuesta en Google Forms.

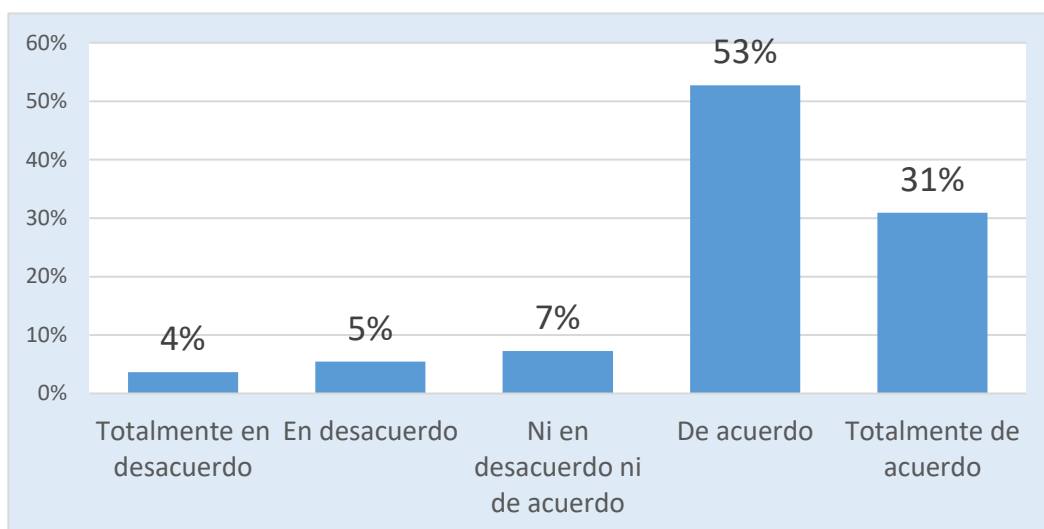
4.2 Dimensión: Análisis de la Problemática.

Según los resultados de la encuesta, en lo que respecta a la problemática actual del sector salud y desde la perspectiva del control gubernamental, destacan las condiciones y características que se describen brevemente a continuación.

Uso de servicios de emergencia

El 84 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto de que los pacientes de los establecimientos públicos acuden a los servicios de emergencia para evitar demoras en su atención, aun cuando no se trata de una emergencia. Esto se puede visualizar en las figuras 4.1 y 4.2.

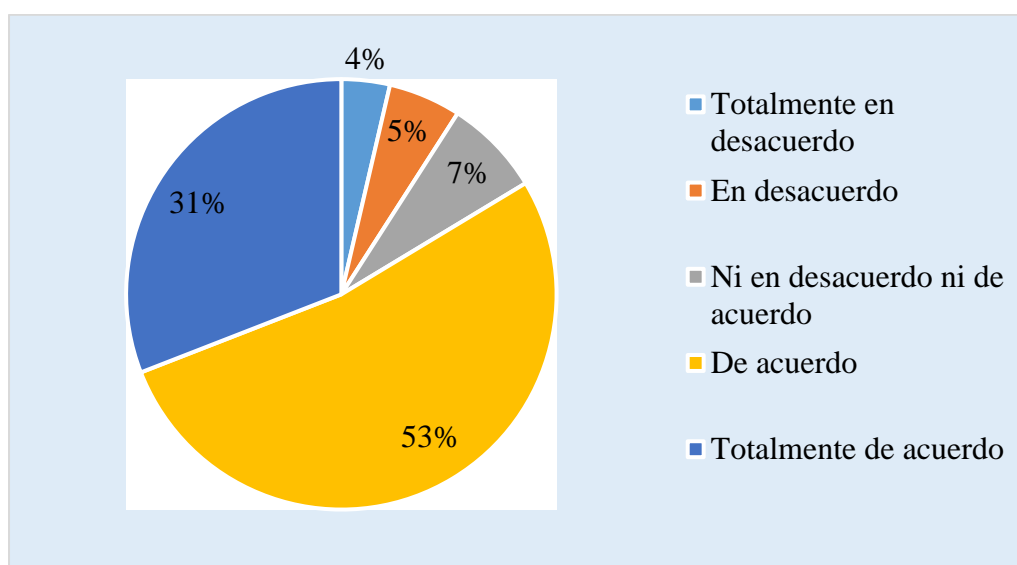
Figura 4.1 *Uso de servicios de emergencia*



Fuente: Encuesta en Google Forms.

Los resultados obtenidos a través de la primera pregunta de la encuesta confirman la inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la cual, se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.2 *Uso de servicios de emergencia*

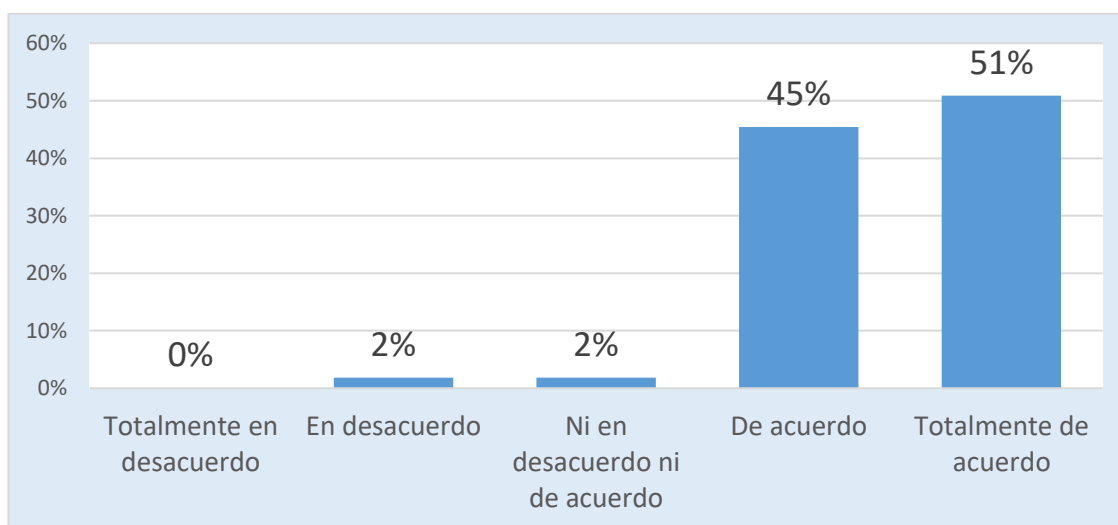


Fuente: Encuesta en Google Forms.

Atenciones diferenciadas en los Servicios de emergencia y consulta externa.

El 96 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que deberían atenderse los casos en los que realmente pelagra la vida en los servicios de emergencia, en tanto que los demás casos deberían ser atendidos en la consulta externa de los establecimientos de salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.3 y 4.4.

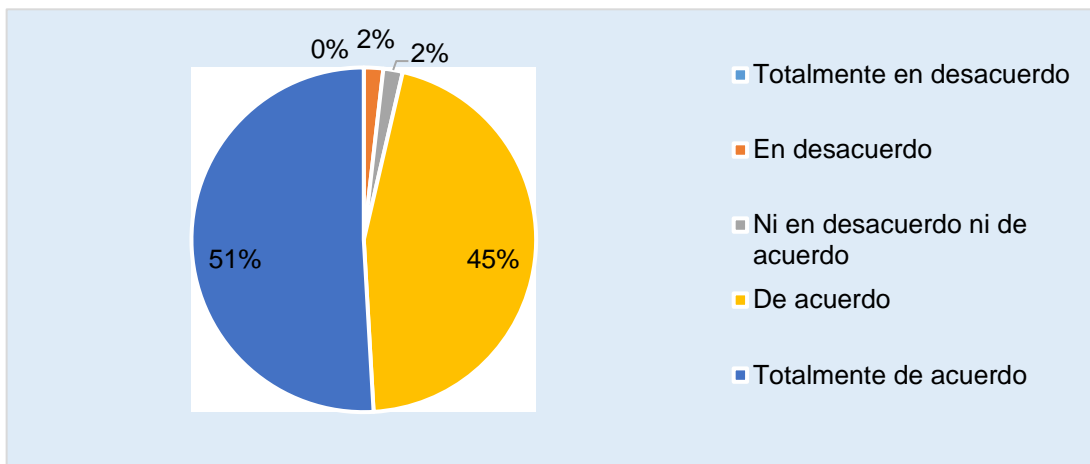
Figura 4.3 Atenciones diferenciadas en los Servicios de emergencia y consulta externa.



Fuente: Encuesta en Google Forms.

Los resultados obtenidos a través de la segunda pregunta demuestran que se conoce que la consulta externa puede provisionar servicios que congestionan la emergencia, sobre la cual se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.4 Atenciones diferenciadas en los Servicios de emergencia y consulta externa

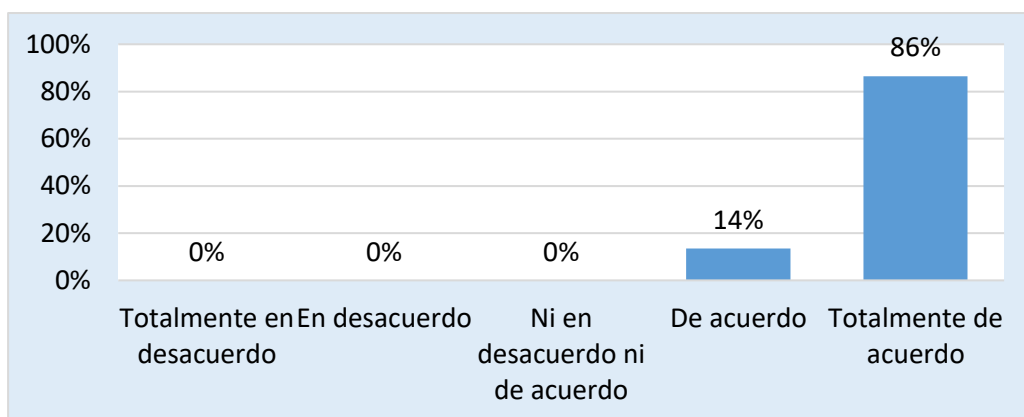


Fuente: Encuesta en Google Forms.

Medición a través de indicadores de gestión sanitaria.

El 100 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que debe medirse la eficiencia con la que se desempeñan los servicios de emergencia a través de indicadores de gestión. Esto se puede visualizar en las figuras 4.5 y 4.6.

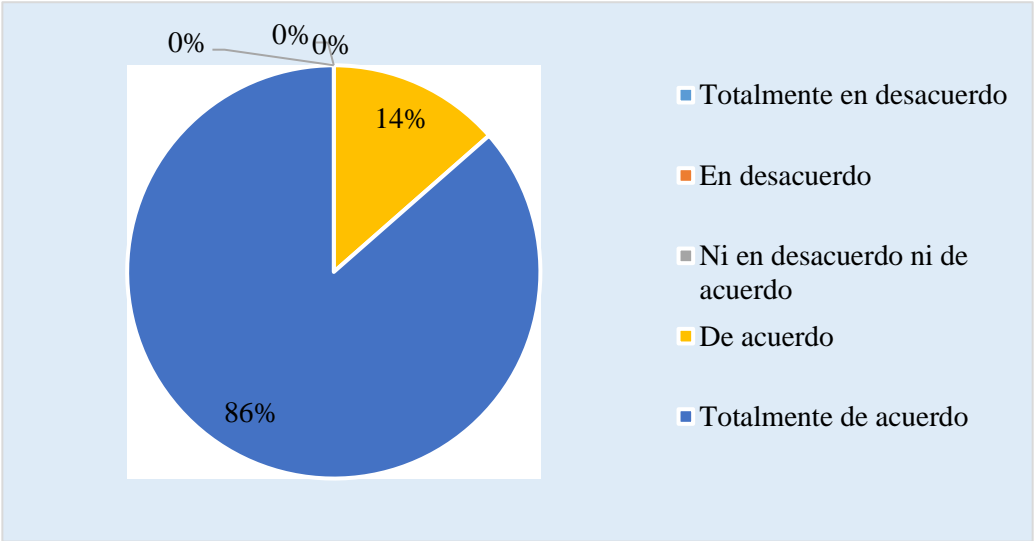
Figura 4.5 Medición a través de indicadores de gestión sanitaria.



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la tercera pregunta de la encuesta confirman uno de los planteamientos implícitos en las hipótesis de investigación del presente trabajo, sobre la cual se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.6 Medición a través de indicadores de gestión sanitaria.

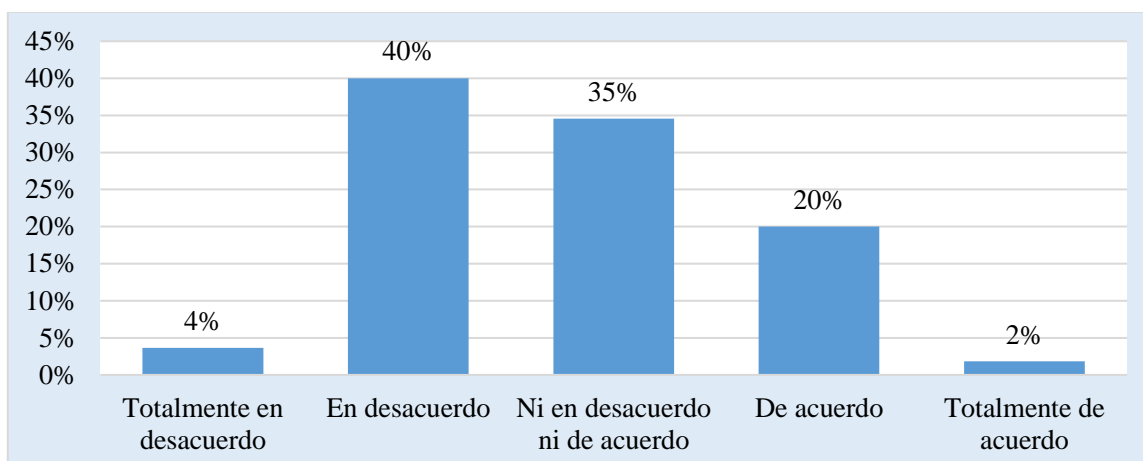


Fuente: Encuesta en Google Forms

Soluciones reales a las necesidades de los pacientes.

El 44 % de los expertos consultados se encuentra totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respecto que los pacientes atendidos en los servicios de emergencia encuentran reales soluciones a sus necesidades. Esto se puede visualizar en las figuras 4.7 y 4.8.

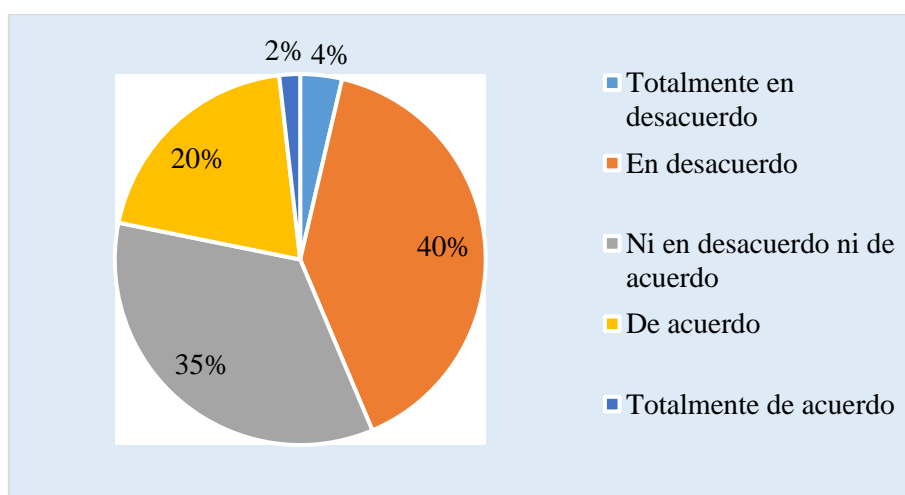
Figura 4.7 Soluciones reales a las necesidades de los pacientes.



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la cuarta pregunta de la encuesta confirman la inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la cual, se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.8 Soluciones reales a las necesidades de los pacientes.

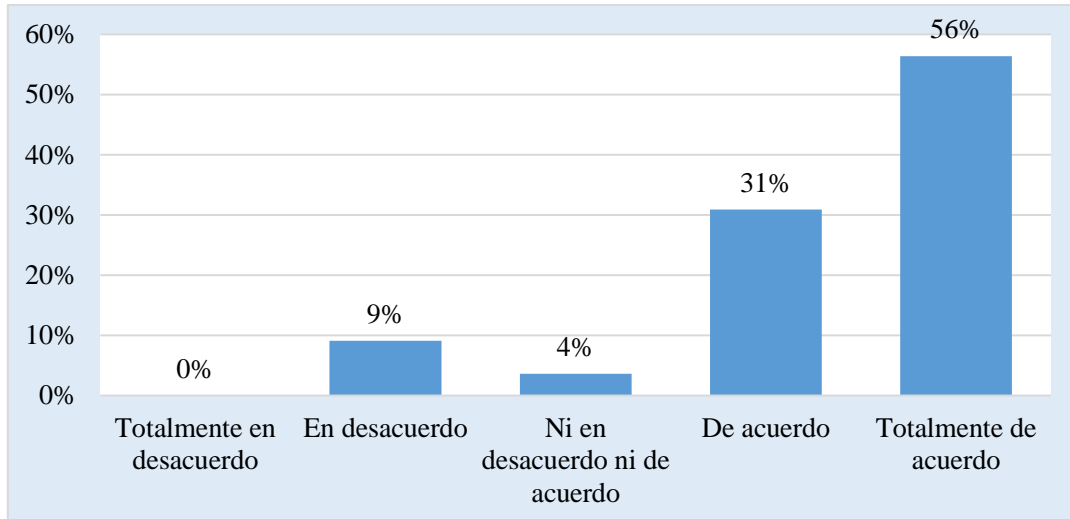


Fuente: Encuesta en Google Forms.

Hacinamiento de las Emergencias.

El 87 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que ordenar y limpiar las emergencias del hacinamiento de pacientes puede mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.9 y 4.10.

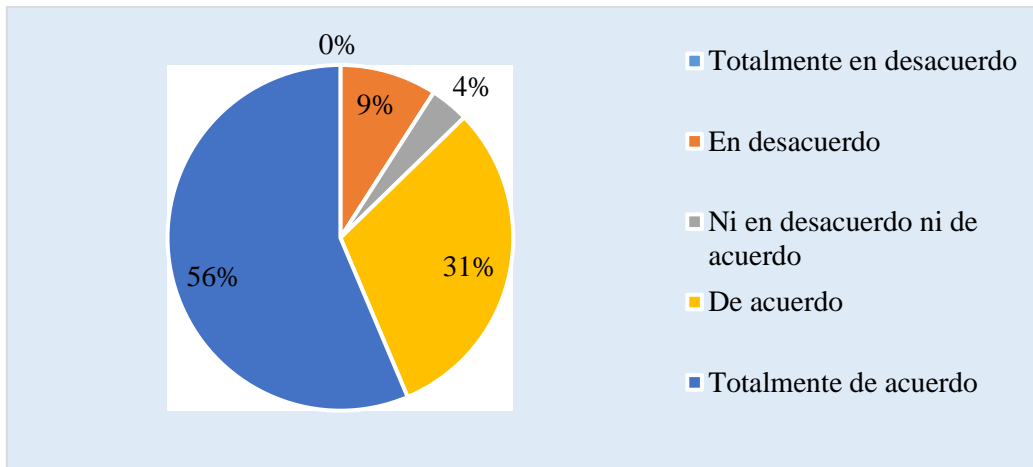
Figura 4.9 Hacinamiento de las Emergencias.



Fuente: Encuesta en Google Forms.

Los resultados obtenidos a través de la quinta pregunta de la encuesta revelan que la capacidad de respuesta de los servicios de salud está relacionada directamente con los servicios que se brindan en las emergencias, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para identificar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.10 *Hacinamiento de las Emergencias*



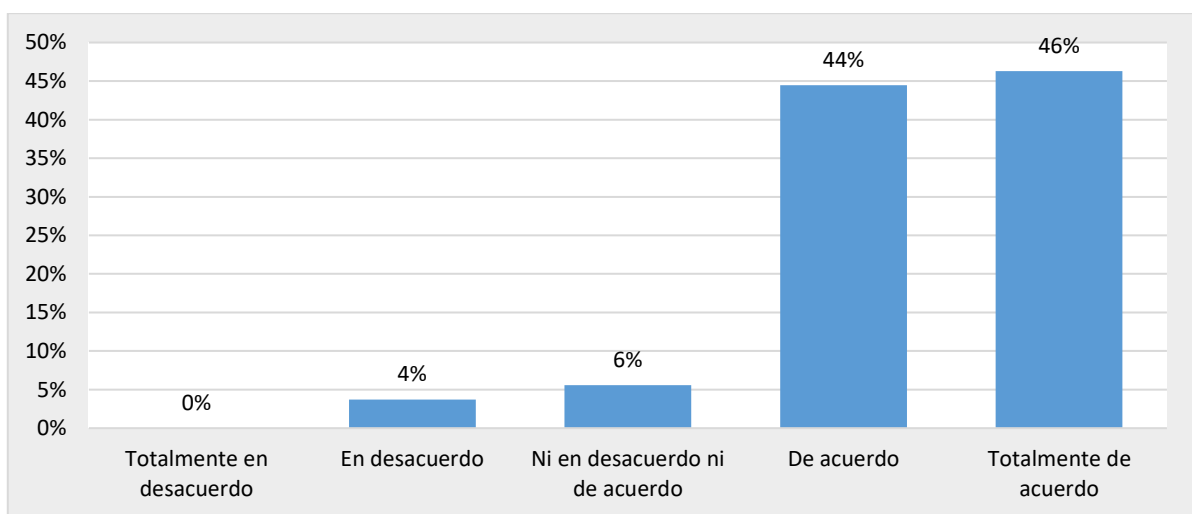
Fuente: Encuesta en Google Forms

4.3 Dimensión: Conocimiento de las Herramientas de Gestión Sanitaria

Estancia de pacientes en el servicio de emergencia.

El 90 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto de que la estancia de pacientes en el servicio de emergencia es un factor clave para la optimización de resultados de la gestión de un establecimiento de salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.11 y 4.12.

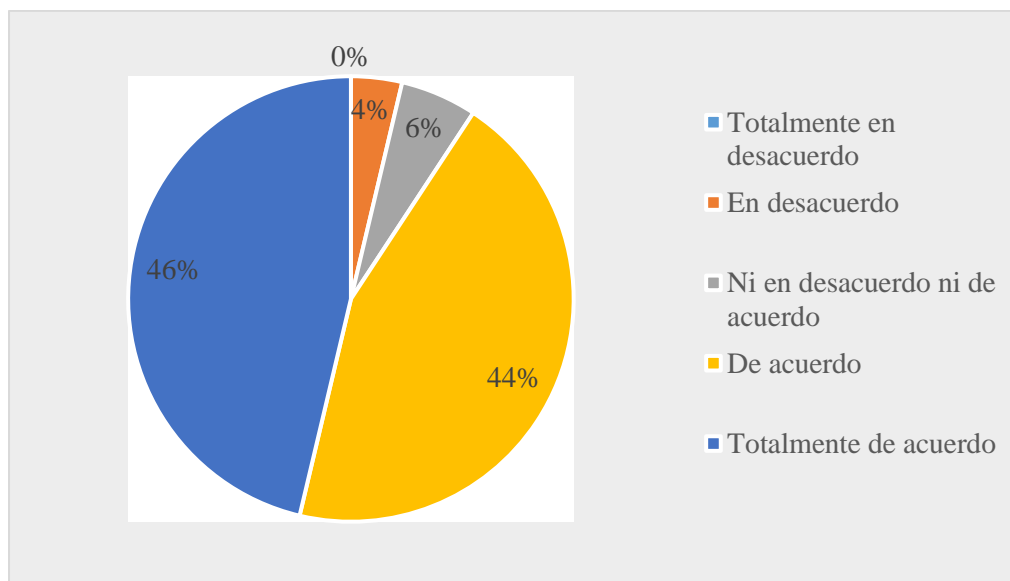
Figura 4.11 *Estancia de pacientes en el servicio de emergencia.*



Fuente: Encuesta en Google Forms.

Los resultados obtenidos a través de la sexta pregunta de la encuesta demuestran que el indicador de estancia de pacientes en el servicio de emergencia está relacionado directamente con los resultados de gestión de los establecimientos de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.12 Estancia de pacientes en el servicio de emergencia.

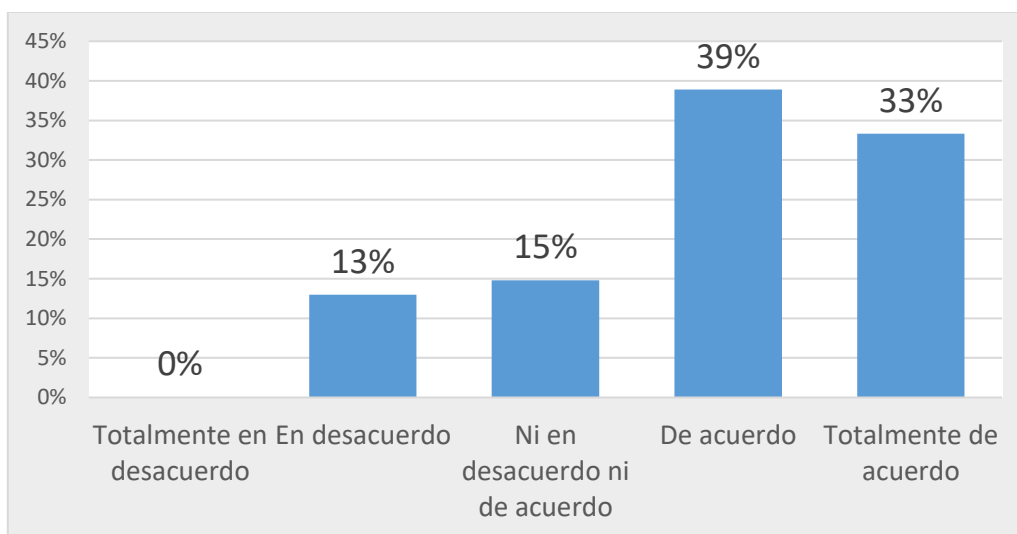


Fuente: Encuesta en Google Forms.

Actividades misionales en los Establecimientos de Salud.

El 72 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto, respecto de que las actividades misionales de los establecimientos de salud están ligadas a indicadores de gestión sanitaria. Esto se puede visualizar en las figuras 4.13 y 4.14.

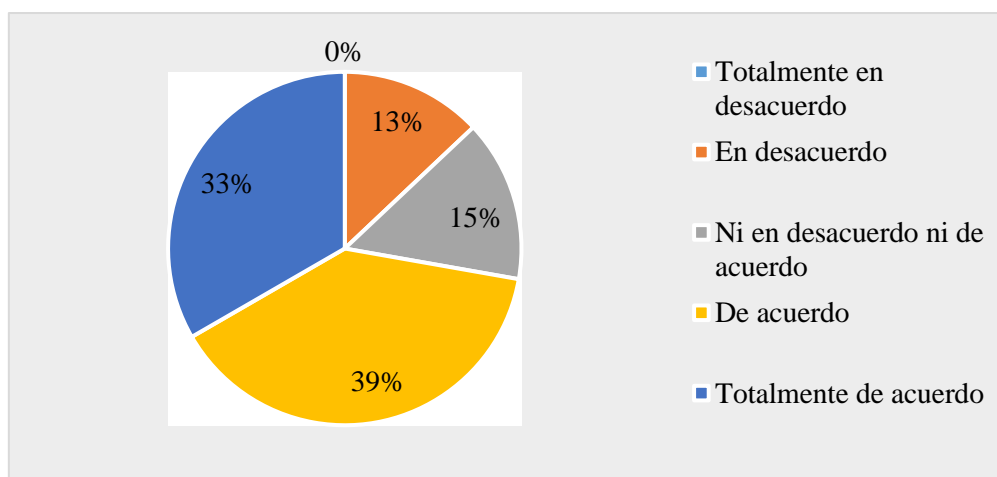
Figura 4.13 Actividades misionales en los Establecimientos de Salud.



Fuente: Encuesta en Google Forms.

Los resultados obtenidos a través de la séptima pregunta de la encuesta demuestran que las actividades misionales de los establecimientos de salud están relacionadas directamente a indicadores de gestión sanitaria, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.14 Actividades misionales en los Establecimientos de Salud.

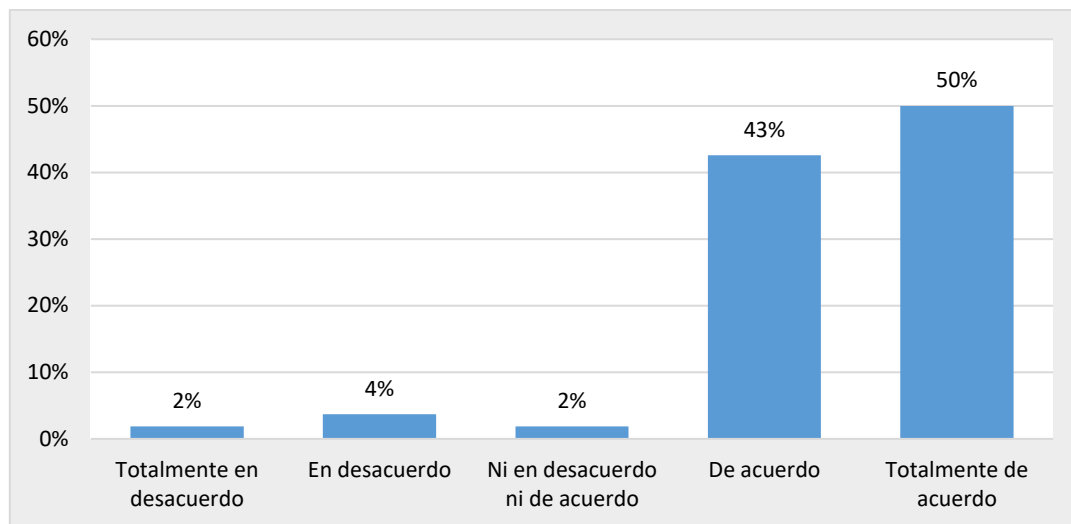


Fuente: Encuesta en Google Forms

Identificación de áreas de ineficiencia.

El 93 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto, que los indicadores de gestión sanitaria permiten identificar áreas de ineficiencia en un establecimiento de salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.15 y 4.16.

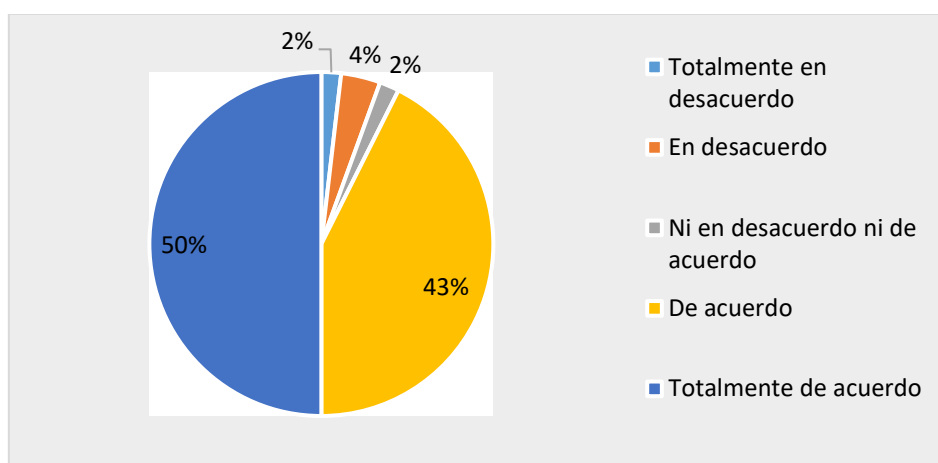
Figura 4.15 Identificación de áreas de ineficiencia



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la octava pregunta de la encuesta demuestran que los indicadores de gestión sanitaria permiten identificar las ineficiencias en un establecimiento de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar estas ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.16 Identificación de áreas de ineficiencia.

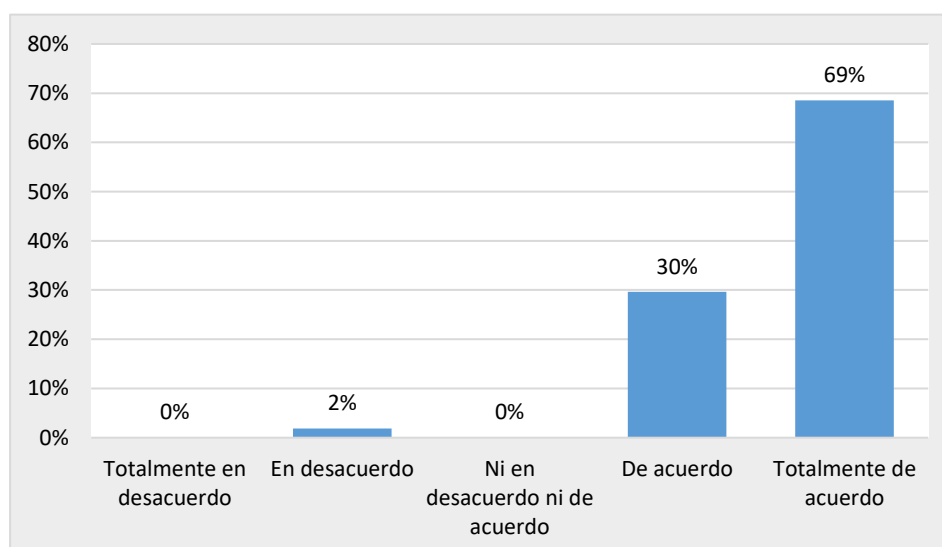


Fuente: Encuesta en Google Forms

Congestión en el servicio de emergencia

El 99 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto, que las deficiencias en la provisión de servicios de la consulta externa de un establecimiento de salud generan una congestión en el servicio de emergencia. Esto se puede visualizar en las figuras 4.17 y 4.18.

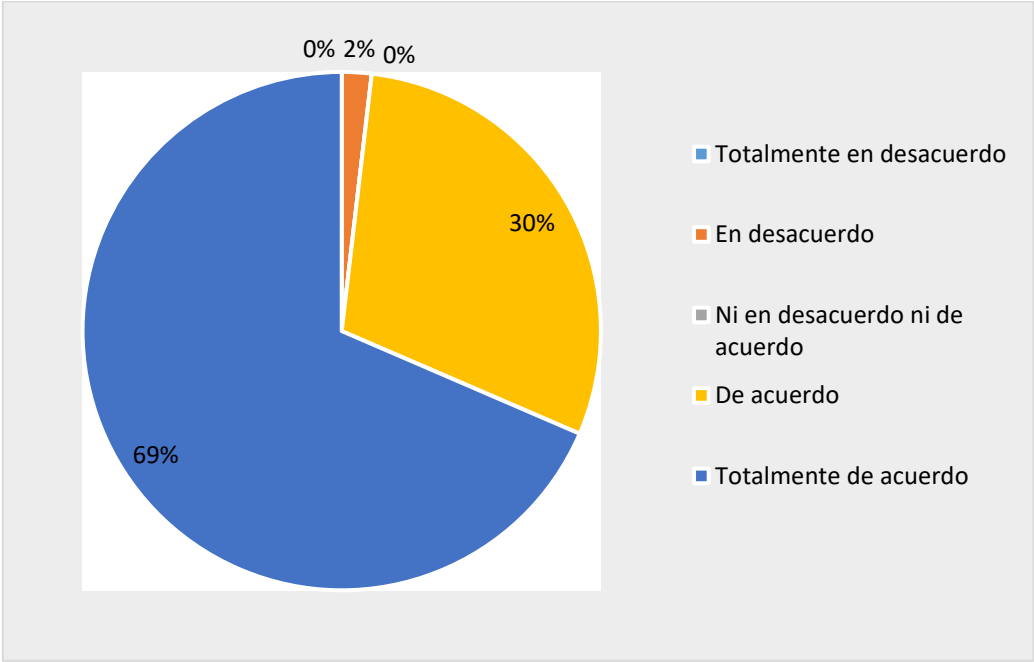
Figura 4.17 Congestión en el servicio de emergencia



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la novena pregunta de la encuesta confirman la inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la cual, se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.18 Congestión en el servicio de emergencia

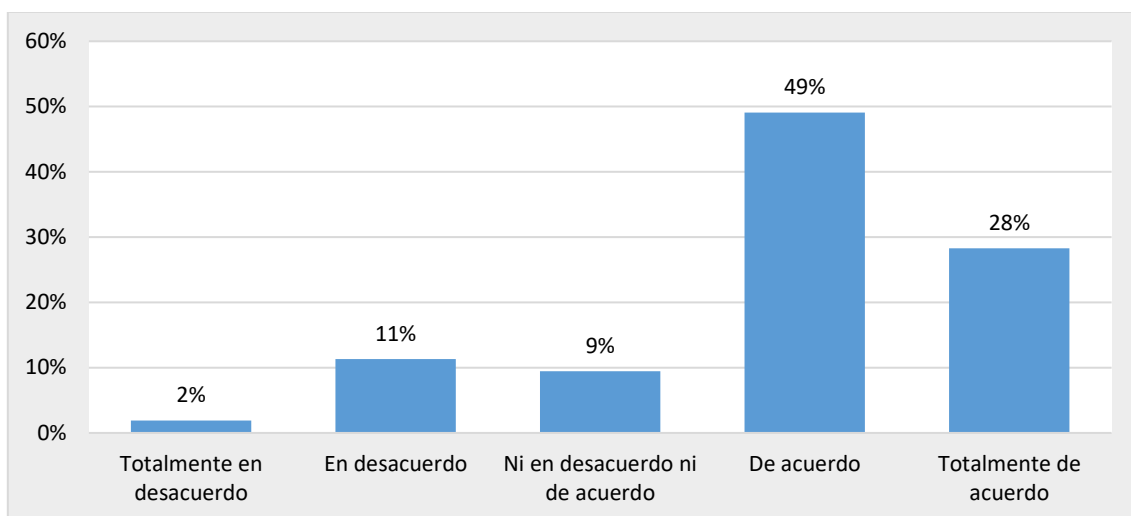


Fuente: Encuesta en Google Forms

Razón de atenciones de emergencia por consulta externa

El 77 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto, que la razón de atenciones de emergencia por consulta externa es un indicador que permite evaluar la eficiencia del servicio de emergencia. Esto se puede visualizar en las figuras 4.19 y 4.20.

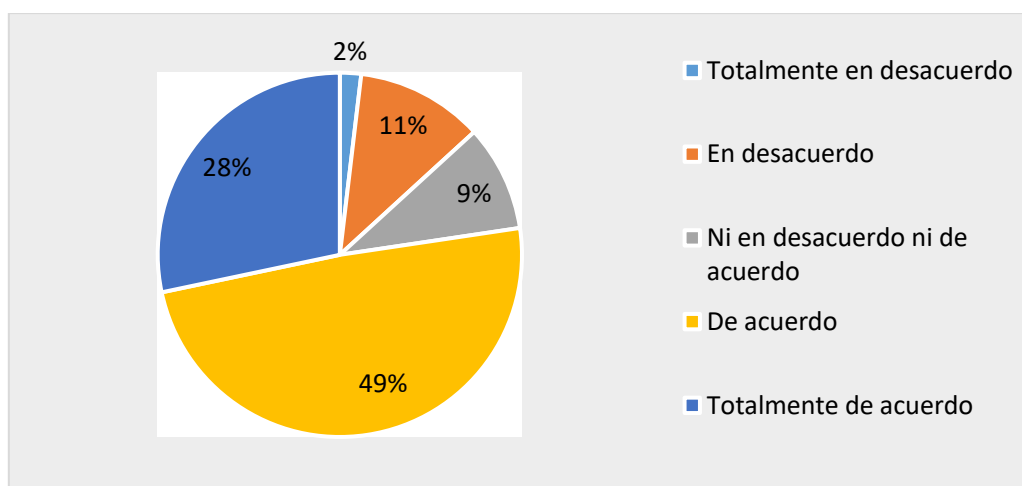
Figura 4.19 Razón de atenciones de emergencia por consulta externa



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la décima pregunta de la encuesta demuestran que el indicador de razón de atenciones de emergencia por consulta externa permite evaluar la eficiencia del servicio de emergencia, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.20 Razón de atenciones de emergencia por consulta externa



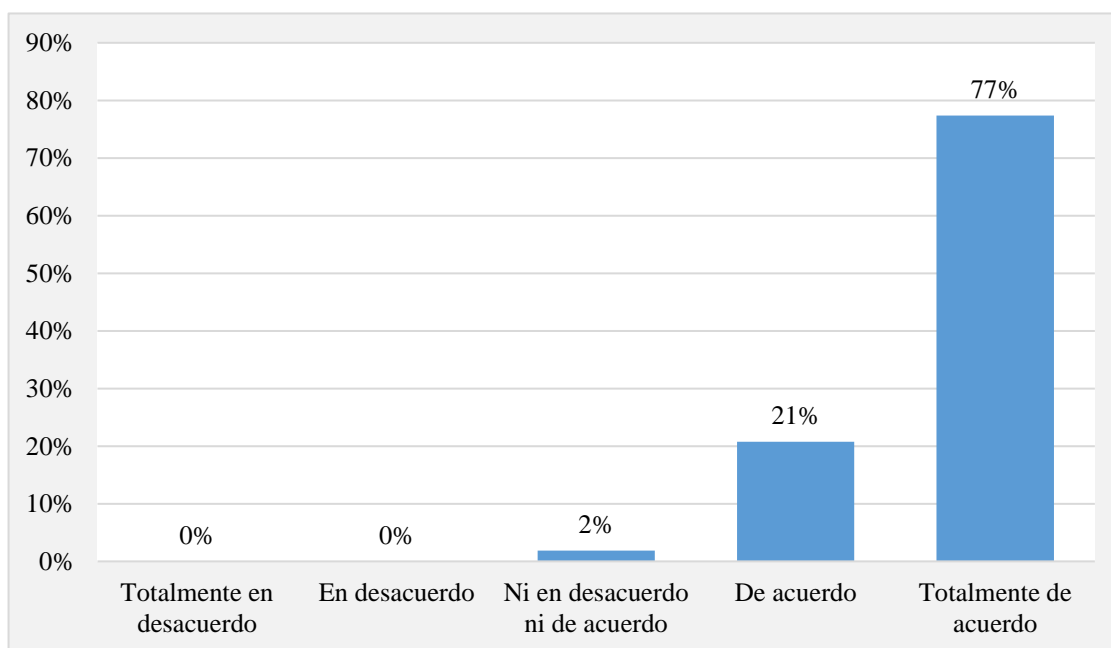
Fuente: Encuesta en Google Forms

4.4 Dimensión: Alternativas de Solución al Problema Público.

Rendición de cuentas en los establecimientos de salud.

El 98 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto, que la rendición de cuentas de los establecimientos de salud debe ser permanente y de fácil acceso a la ciudadanía. Esto se puede visualizar en las figuras 4.21 y 4.22.

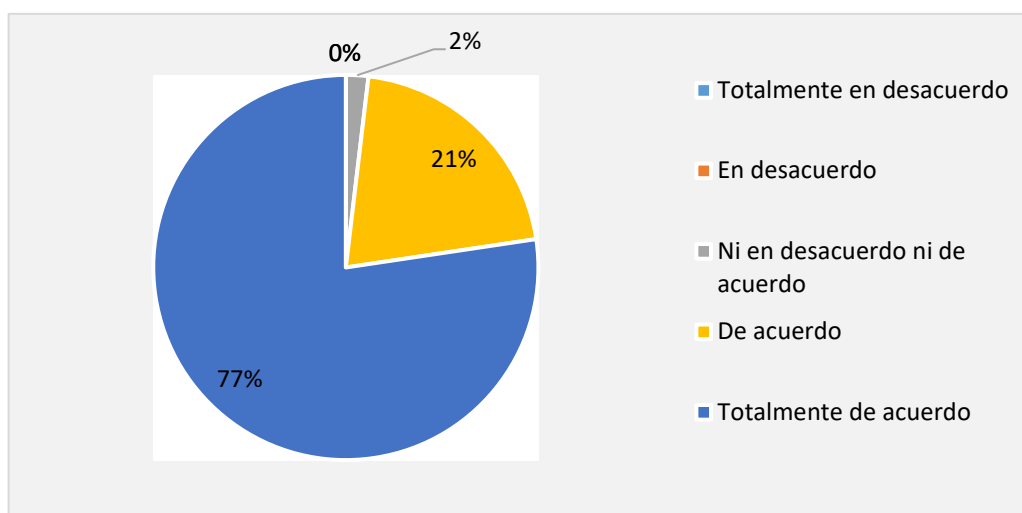
Figura 4.21 Rendición de cuentas en los establecimientos de salud.



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la décimo primera pregunta de la encuesta confirman que la rendición de cuentas de los establecimientos de salud debe ser permanente y a través del control gubernamental se puede hacer uso de un tablero de indicadores para intervenir de acuerdo a la normativa vigente.

Figura 4.22 Rendición de cuentas en los establecimientos de salud.

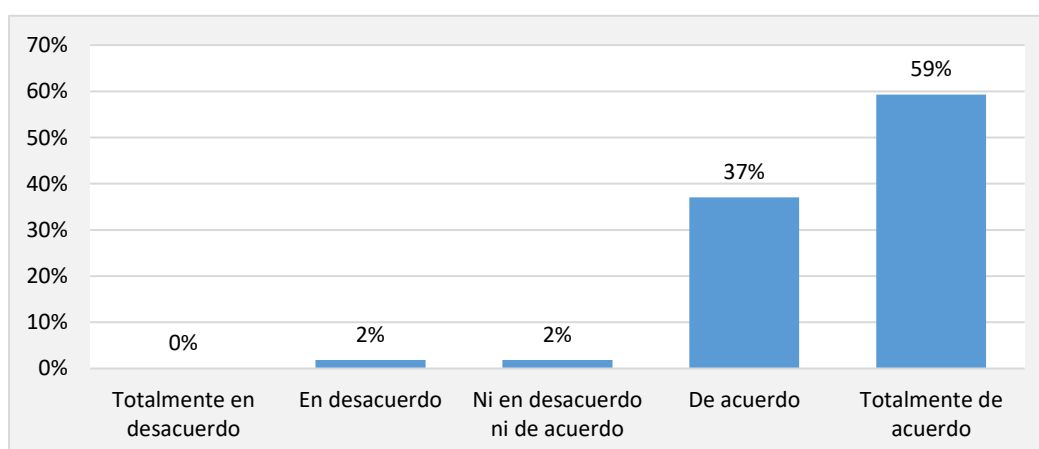


Fuente: Encuesta en Google Forms

Indicadores de gestión en los informes de control gubernamental.

El 96 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que, se deben incorporar en los informes de control gubernamental indicadores de gestión sanitaria que demuestren la relación entre la calidad de la provisión de servicios y los actos de inconducta funcional y corrupción en el sector salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.23 y 4.24.

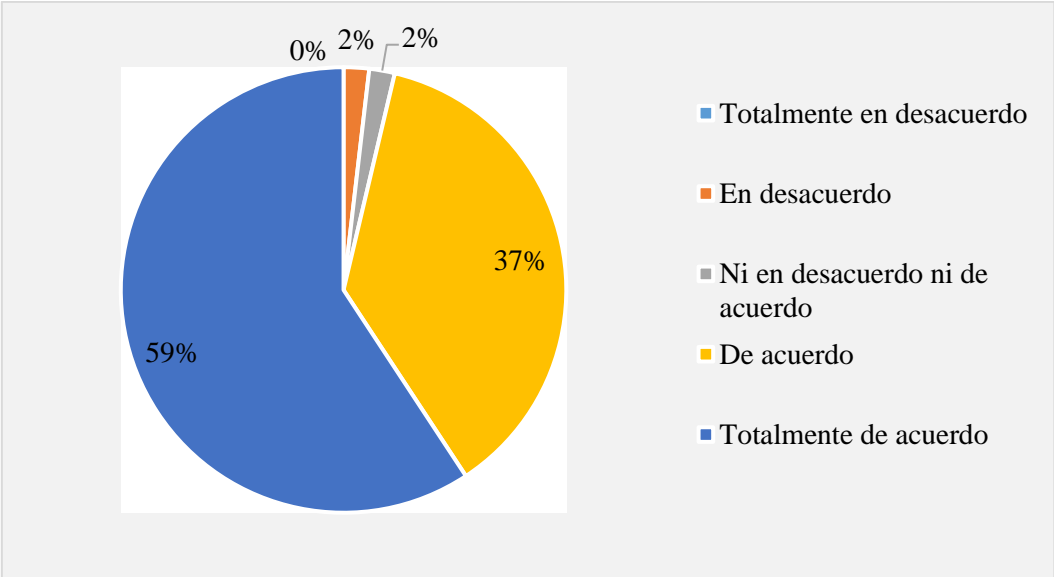
Figura 4.23 Indicadores de gestión en los informes de control gubernamental.



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la décimo segunda pregunta de la encuesta confirman que se deben incorporar en los informes de control gubernamental indicadores de gestión sanitaria para demostrar la relación entre la calidad de la provisión de los servicios y los actos de inconducta funcional y corrupción en el sector salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios.

Figura 4.24 Indicadores de gestión en los informes de control gubernamental.

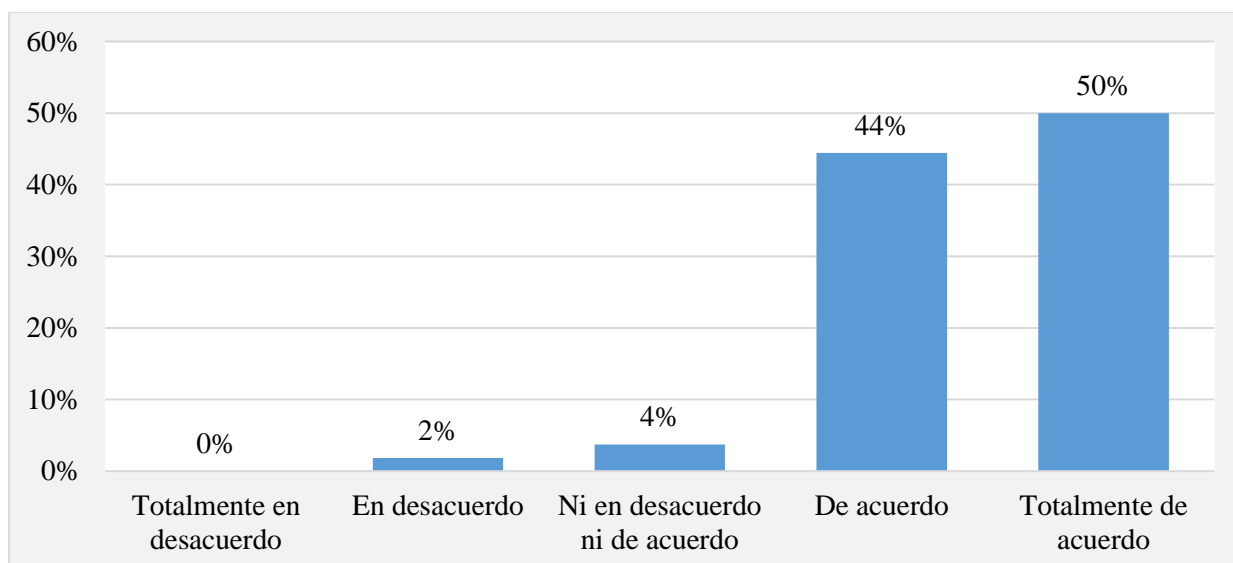


Fuente: Encuesta en Google Forms

Descongestionamiento de los servicios de emergencia

El 94 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que, el descongestionamiento de los servicios de emergencia requiere de un ordenamiento de todas las demás áreas de un establecimiento de salud. Esto se puede visualizar en las figuras 4.25 y 4.26.

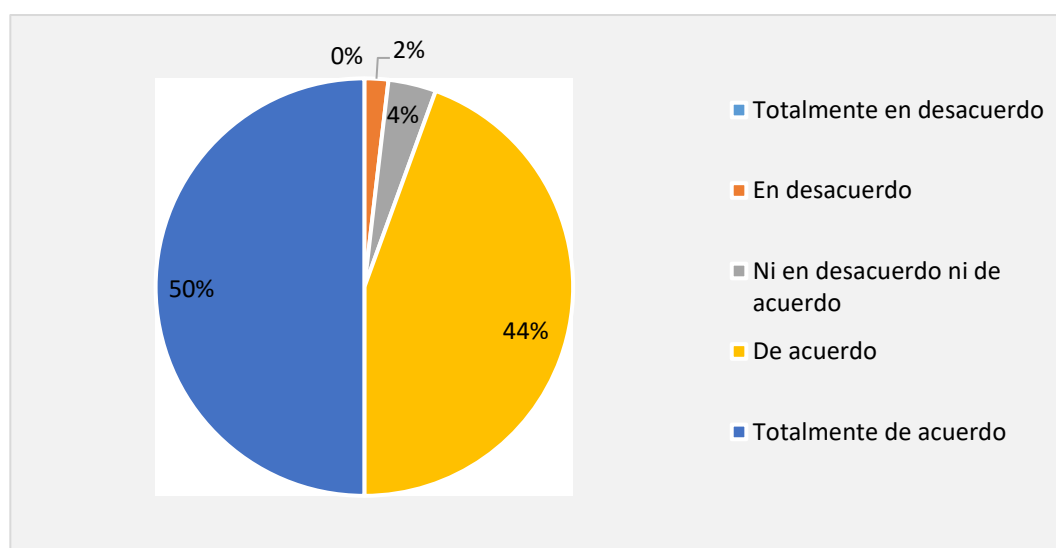
Figura 4.25 Descongestionamiento de los servicios de emergencia.



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la décimo tercera pregunta de la encuesta revelan la relación entre los servicios de emergencia y todas las demás áreas de un establecimiento de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.26 Descongestionamiento de los servicios de emergencia.

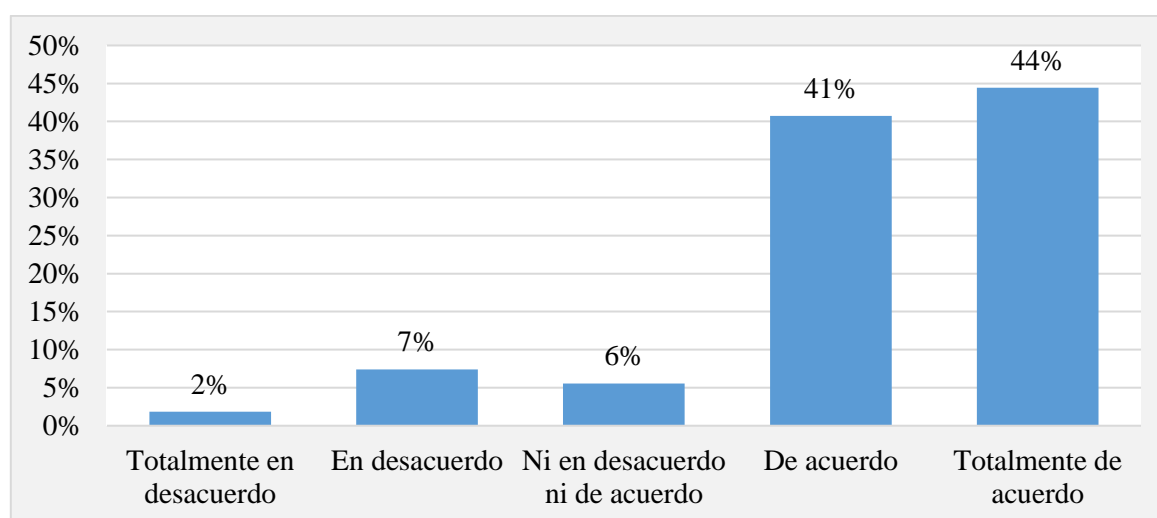


Fuente: Encuesta en Google Forms

Mejora en cascada de la provisión de servicios de salud

El 85 % de los expertos consultados se encuentra totalmente de acuerdo y de acuerdo respecto que, el ordenamiento de los servicios de emergencia de los hospitales públicos generaría una mejora en cascada de la provisión de servicios de salud en todas las otras áreas de los hospitales públicos. Esto se puede visualizar en las figuras 4.27 y 4.28.

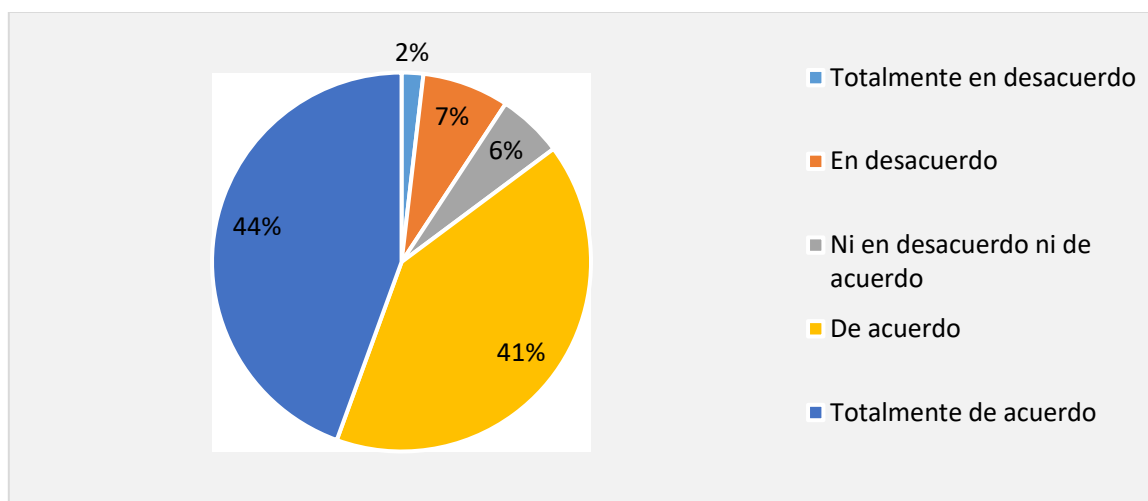
Figura 4.27 Mejora en cascada de la provisión de servicios de salud



Fuente: Encuesta en Google Forms

Los resultados obtenidos a través de la décimo cuarta pregunta de la encuesta confirman la relación entre los servicios de emergencia y todas las demás áreas de un establecimiento de salud, generando mejoras en cascada en la provisión de los servicios de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

Figura 4.28 Mejora en cascada de la provisión de servicios de salud



Fuente: Encuesta en Google Forms.

4.5 Análisis De Resultados

El análisis de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta con la metodología de consenso de expertos, permite arribar a la conclusión general respecto de que el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios permitirá identificar indicadores de gestión sanitaria para orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control gubernamental.

Asimismo, los resultados obtenidos confirman las hipótesis específicas que se plantearon al inicio del proceso de investigación. En efecto, se confirma que el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios puede orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control gubernamental en el segundo y tercer nivel de atención de los establecimientos de Salud públicos del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, los mismos resultados permiten confirmar la hipótesis específica que el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios puede orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control gubernamental en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO V. DISEÑO DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN.

El diseño de la propuesta de solución, materia del presente capítulo, comprende la naturaleza preventiva y de detección orientada a contar con indicadores que puedan ser utilizados por todos los operadores del sistema de control gubernamental a través de la implementación de un “Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en establecimientos de salud para el control gubernamental”, estos indicadores están validados por las diferentes normas técnicas y reglamentos emitidos por el MINSA, los cuales contemplan el objetivo, la relación operacional, la fuente de datos, la periodicidad, la interpretación y los estándares propuestos para la ubicación en la cadena de valor de los establecimientos de salud así como los logros esperados, de acuerdo a lo establecido en el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN).

5.1. Objetivo de la propuesta.

El objetivo central de la propuesta, derivado del análisis efectuado a lo largo del presente trabajo de investigación, es proponer el uso de un Tablero de Indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control que permita la identificación de indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir en los servicios de emergencia de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. La atención de emergencia es la resultante de todos los procesos de la cadena de valor del servicio de salud, en la cual se ven reflejadas las reales necesidades de los pacientes.

El control gubernamental aplicado a los servicios de emergencia es el punto de partida para un control integral de la gestión sanitaria de los establecimientos de salud públicos, dado que dichos servicios constituyen el área medular cuya intervención por parte de los actores del Sistema Nacional de Control, en el marco de las funciones establecidas en la Ley N° 27785, “Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República”, permitirá lograr un enfoque misional que a la postre garantice el correcto uso de

los recursos del país, en la perspectiva del cumplimiento del derecho fundamental de la salud para toda la población.

5.2. Análisis de las alternativas

El marco del ejercicio de control gubernamental en el sector salud, se puede abordar la materia de control desde un enfoque misional y un enfoque presupuestal. El enfoque misional está ligado directamente a las necesidades de los ciudadanos tal como se contempla en la ISSAI 12 y requiere de un conocimiento de la dinámica del sector salud a través de todos los hitos de su cadena de valor, el enfoque presupuestal que tradicionalmente se ha venido ejerciendo en el control gubernamental contempla principalmente el uso de los recursos considerando una parte de la cadena de valor, divorciada de los resultados esperados en los servicios de salud.

5.2.1. Enfoque misional.

Las actividades misionales del sector salud se producen en los establecimientos de salud públicos. Los establecimientos públicos de segundo y tercer nivel de atención materia de análisis de este trabajo de investigación, cuentan con diferentes unidades productoras de servicios de salud (UPSS) de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA “Categorías de establecimientos de salud”. La UPSS de emergencia se encuentra implementada con carácter de obligatorio en todos los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. La resultante de todas las actividades de los procesos que se produce desde la demanda de salud de los ciudadanos hasta los ciudadanos satisfechos, se ve reflejada en el servicio que presta la emergencia de los establecimientos de salud.

Para evaluar el nivel de la calidad de los servicios de emergencia del Perú, existen indicadores de gestión sanitaria contemplados en Ley 26842 “Ley General de Salud”, Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, NTS N° 042-MINSA/DGSP “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia” y NTS N° 021-MINSA/SGSP “Norma Técnica de Salud Categorías de establecimientos de Sector Salud”. Con estos criterios debidamente identificados en el análisis de las diferentes normativas de salud que existentes a la fecha, el auditor será capaz de identificar los bolsones

de ineficiencia más críticos sobre los que deberá ejecutar las diferentes modalidades de servicios de control gubernamental en función de las necesidades identificadas.

Las diferentes UPSS de los establecimientos de salud, como son: La Consulta externa, La hospitalización y el Centro Quirúrgico, se encuentran directamente vinculadas al servicio de emergencia, si estas UPSS presentan indicadores con resultados deficientes, esto se verá reflejado en los indicadores de emergencia y por ende no se brindará a los ciudadanos una atención médica oportuna, segura, de calidad y dignidad.

Para evaluar el nivel de la calidad de los servicios de la Consulta externa del Perú, existen indicadores de gestión sanitaria contemplados en Ley 26842 “Ley General de Salud”, Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, La Directiva Administrativa N° 207-MINSA-DGSP “Directiva Administrativa para la programación de los turnos del trabajo médico en los Hospitales e Institutos especializados del Ministerio de Salud” y NTS N° 021-MINSA/SGSP “Norma Técnica de Salud Categorías de establecimientos de Sector Salud”.

Para evaluar el nivel de la calidad de los servicios de la Hospitalización del Perú, existen indicadores de gestión sanitaria contemplados en Ley 26842 “Ley General de Salud”, Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” y NTS N° 021-MINSA/SGSP “Norma Técnica de Salud Categorías de establecimientos de Sector Salud”.

Para evaluar el nivel de la calidad de los servicios de Centro Quirúrgico del Perú, existen indicadores de gestión sanitaria contemplados en Ley 26842 “Ley General de Salud”, Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, NTS N° 030-MINSA/DGSP “Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología” NTS N° 089-MINSA/DGSP “Norma Técnica de Salud para la atención anestesiológica” y NTS N° 021-MINSA/SGSP “Norma Técnica de Salud Categorías de establecimientos de Sector Salud”.

En el presente trabajo de investigación se ha creado un “Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental”, herramienta

mediante la cual, los auditores de control gubernamental del sector salud podrán intervenir en todos los establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención del Perú, mapeando y registrando los indicadores de gestión sanitaria que tienen impacto directo en la provisión de servicio de salud a los pacientes.

5.2.2. Enfoque presupuestal

Siendo el presupuesto una herramienta de gestión del estado peruano en el sector público, el cual permite el logro de las metas mediante los resultados a favor de la población, en la prestación de servicios con equilibrio, eficacia y eficiencia por cada una de las entidades públicas conforme a su disponibilidad presupuestaria asignado durante un año fiscal; asimismo, se encuentra estructurado, en la parte de gestión y evaluación bajo la metodología de Presupuesto por Resultados, vinculando los recursos a productos y resultados medibles a favor de la población.

Las actividades presupuestales de los establecimientos públicos de segundo y tercer nivel de atención materia de análisis de este trabajo de investigación, se articulan de acuerdo al Decreto Legislativo N.º 1440 Decreto Legislativo Del Sistema Nacional de Presupuesto Público; así como la Ley de Presupuesto del Sector Publico por cada año fiscal en curso, mediante la articulación de Plan – Presupuesto. Donde, la planificación y el presupuesto deben verse como un proceso continuo y complementario, pues no se debería planificar sin conocer los recursos con los que se cuenta ni se debería presupuestar sin el referente básico de la planificación.

Para la evaluación, el nivel de calidad de la distribución y ejecución de recursos asignados en la prestación de servicios de salud en los diferentes áreas de los establecimientos de salud del Perú, es importante que el Plan o su planificación, de los resultados finales, resultados específicos, productos, acciones comunes, acciones centrales, asignaciones presupuestarias que no resultan en productos (APNOP) y Proyectos, tengan una relación directa con las Políticas públicas, Programas, Actividades, Acciones de Inversión/Obras y por ultimo cuenten con una meta de indicador de desempeño, tomando en cuenta las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual permitirá una gestión

eficiente y eficaz en la prestación de los servicios de emergencia y en todas las áreas en general de los establecimientos de salud públicos para lograr una mejora concreta en la calidad de los servicios de salud. Para el análisis de alternativas, se usa la siguiente matriz.

Cuadro 5.1 *Matriz de análisis de las alternativas.*

Alternativa	Breve descripción	1. Viabilidad (marcar con X solo las alternativas viables)	2. Eficacia (ordenar de mayor a menor las alternativas viables de acuerdo a la eficacia potencial)	3. Eficiencia (ordenar de mayor a menor las alternativas viables y eficaces, de acuerdo a su eficiencia)	Selección (marcar con X la alternativa seleccionada)
Enfoque Misional	Uso de un Tablero de Indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control que permita la identificación de indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia en los establecimientos de salud.	X	De mayor eficacia	De mayor eficiencia	X
Enfoque Presupuestal	Control gubernamental bajo la metodología de presupuesto por resultados vinculando los recursos a productos y resultados medibles a favor de la población.	X	De menor eficacia	De menor eficiencia.	

Fuente: Elaboración propia, basada en MEF (2016).

Siendo que tanto la alternativa de enfoque misional, como la alternativa de enfoque presupuestal son viables, se identifica que la alternativa de enfoque misional es más eficiente y eficaz en comparación del enfoque presupuestario.

5.2.3. Descripción de la alternativa seleccionada

En el marco del presente trabajo de investigación se ha creado un “Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental”, herramienta mediante la cual los auditores de control gubernamental del sector salud podrán intervenir en todos los establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención del Perú, mapeando y registrando los indicadores de gestión sanitaria que tienen impacto directo en la provisión de servicio de salud a los pacientes.

La identificación de bolsones de ineficiencia en los establecimientos de salud a través de esta herramienta puede orientar el planeamiento y la ejecución de los servicios de control gubernamental.

Alcance estratégico de la propuesta

a. Perspectiva de país

En su acápite VIII “Perspectivas Nacionales” del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050”, establece que el Perú como parte de sus principales perspectivas a nivel país en los próximos años se enfocarán principalmente en los aspectos de carácter social, ambiental, económico y político. Respecto a las tendencias demográficas, se estima que la población peruana tendrá un proceso de crecimiento permanente, especialmente en la capital peruana tendrá un aumento de un 34% al 2030, es decir la tercera parte de la poblacional nacional vivirá en la ciudad de Lima, por lo que es de suma importancia presentar alternativas de solución desde las perspectivas organizacional, financiera y normativa en el Sistema Nacional de Salud para satisfacer a la población en la atención del sistema de salud ante una mayor demanda social que podría desbordarse.

Otro factor a tomar en consideración como perspectiva país son las tendencias económicas, tomando en consideración el análisis situacional de la economía peruana actual, las perspectivas a futuro del crecimiento económico son de estado mesurado, especialmente

por el efecto de la emergencia sanitaria COVID – 19, nuestra economía tuvo un deterioro severo, tales como la reducción en el PBI per cápita, el crecimiento del desempleo, la devaluación de la moneda peruana, aumento de la pobreza, desborde en la infraestructura hospitalaria. A consecuencia de la disminución de casos COVID 19, nuestra economía se viene recuperando lentamente, por lo que es necesario implementar políticas de control gubernamental eficaces y eficientes específicamente en la prestación de servicios de salud, para lo cual se está presentando en este Trabajo de Investigación Aplicada, una herramienta que permita identificar los indicadores de gestión sanitaria de mayor relevancia a través de los cuales se pueda intervenir en los diferentes servicios de salud tales como emergencia de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en donde se verán reflejadas las necesidades de los pacientes.

b. Perspectiva financiera

Como parte de la perspectiva financiera, se estima que el sector financiero del Perú seguirá progresando propiciamente en base a la recuperación económica, tales como la mejora de los precios de los commodities; así como el descenso en la incidencia de la pandemia. Por otra parte, va depender mucho la implementación de políticas públicas por parte del estado peruano para la normalización de la economía peruana post pandemia en correspondencia del soporte de la Política Monetaria como es la normalización de estabilidad monetaria y Política Fiscal que consiste en la reducción del déficit. Asimismo, la perspectiva financiera tendrá mucha dependencia en el sector externo tales como la demanda mundial, inflación externa que se encuentran relacionado a los factores de riesgos (inflación persistente, desaceleración de la economía global). Otro factor es el sector real que conforman los hogares y las empresas donde se encuentran inmersos, los ingresos, consumos, ahorro, ventas inversiones y empleos. Del mismo modo, en el Sector Financiero será de mucha importancia la liquidez y la volatilidad de los Mercados financieros; así como la rentabilidad y el patrimonio en las entidades financieras y por último uno de los puntos importantes es la estabilidad de los factores de riesgos internos con menos incertidumbre política.

De acuerdo a los descrito líneas arriba, es importante destacar que, en el presente trabajo de investigación aplicada, como parte de perspectiva financiera, la sustentabilidad financiera, es de suma importancia el control de los recursos asignados en el presupuesto del sistema nacional de salud público con el uso de diferentes herramientas normativas como son las normas de control gubernamental. En la eficiencia operacional se deberá mejorar la productividad de atención de servicios de salud. Respecto en la gestión sanitaria, se deberá contar con un control de viabilidad de herramientas o guías que me permitan medir la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios de salud y disminuir costos con excelencia en la atención, herramienta que en este trabajo de investigación se está proponiendo.

c. Perspectiva de cliente o usuarios o mercado

Dentro de la perspectiva de cliente o usuarios de mercado como parte de la viabilidad financiera es necesario atender la demanda de atención por parte de los pacientes. En relación con la eficiencia operacional se deberá propender a agregar valor público en la provisión de servicios de salud. En cuanto a la gestión sanitaria se deberá articular las redes asistenciales de acuerdo a su nivel de atención o categoría de atención de los establecimientos de salud y en la excelencia de atención se deberá proporcionar una atención de calidad, segura, oportuna y digna.

d. Perspectiva de procesos internos

Dentro de las perspectivas de procesos internos como parte de la viabilidad financiera se deberá contar con el control de procesos financieros o presupuestales más críticos y que presenten mayores deficiencias en función de los estándares establecidos de acuerdo a normativa vigente. Respecto a la eficiencia operacional, se deberá optimizar los procesos en la gestión sanitaria de acuerdo a las normas de control y las normas de gestión; asimismo, optimizar los procesos de apoyo y procesos logísticos. En cuanto a la gestión sanitaria, se debe generar herramientas, guías, normas técnicas y/u otro documento de gestión y control que permitan medir los indicadores de atención de salud y con relación a la excelencia de la atención, se deberá fortalecer los procesos de calidad.

e. Perspectiva de aprendizaje y crecimiento (capacitación)

Respecto a la Viabilidad financiera, se debe estandarizar y optimizar los sistemas de información fortaleciendo la investigación e innovación mediante las tecnologías informáticas. En cuanto a la eficiencia operacional, se deberá aumentar el compromiso, motivación y eficiencia del personal, para lo cual se debe desarrollar una política sostenida de capacitación oportuna y adecuadas para brindar un servicio eficiente y eficaz. Con relación a la gestión sanitaria, se deberá contar con un equipo capacitado en un conjunto de competencias con conocimiento en el manejo de herramientas para que el modelo de gestión sea exitoso, el cual permitirá brindar un servicio de excelencia en la atención de los pacientes.

Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental.

(Se encuentra como Anexo N° 2)

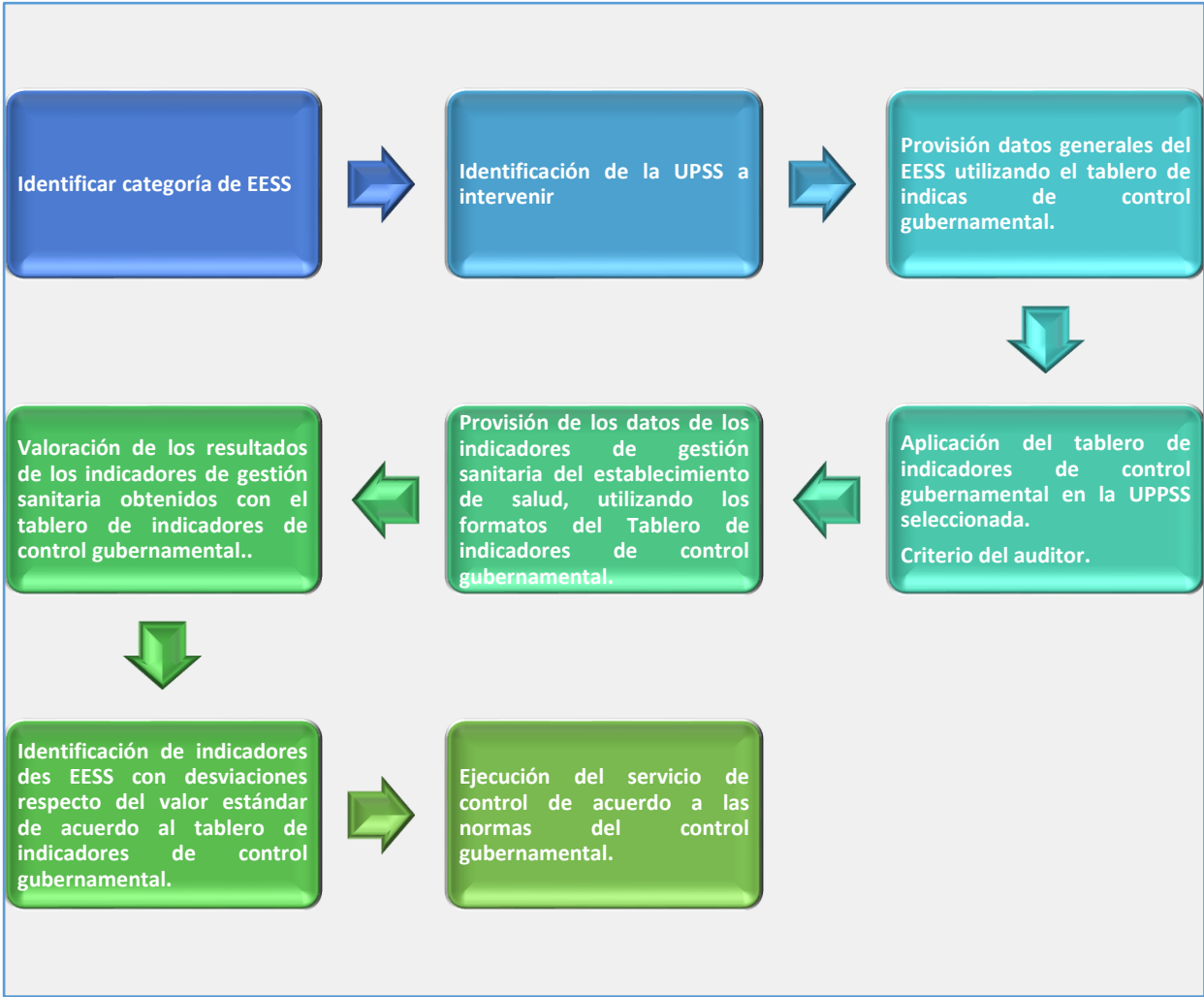
5.3. Formulación de la intervención

El procedimiento para la aplicación de esta herramienta de control gubernamental con un enfoque altamente misional utilizando el “Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental”, permitirá orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del Perú a través de la recopilación de información, control simultaneo, prueba de recorrido de control posterior e indicadores de eficiencia economía y calidad de las auditorias de desempeño.

El procedimiento para el uso del Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental presentados en esta propuesta es como sigue: El auditor debe identificar la categoría del establecimiento de salud de acuerdo a la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA / DGSP, identificará la UPSS a intervenir en función del objetivo del control, la entidad proporcionará los datos establecidos en el tablero del control gubernamental, el auditor aplicará la herramienta con los datos obtenidos a efectos de valorar los resultados aplicando los criterios normativos vigentes contenidos en la herramienta,

procediendo a identificar los indicadores del establecimiento de salud que se encuentren por fuera del valor estándar para la ejecución del servicio de control de acuerdo a las normas de control gubernamental según marco normativo de la Ley N° 27785 "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control" y Las Normas Generales de Control Gubernamental.

Figura 5.1 Diagrama del Uso de la Herramienta



Fuente: Elaboración Propia.

Cuadro 5.2 Descripción de actividades.

N°	Actividades,	Descripción	Responsable
1	Identificar categoría de Establecimientos de Salud.	De acuerdo a NTS 021	Auditor
2	Identificación de la UPSS a intervenir	En función del objetivo del control	Auditor
3	Provisión datos generales del EESS utilizando el tablero de indicadores de control gubernamental.	Obtención de la información solicitada a la entidad de acuerdo a las normas de control gubernamental.	Entidad
4	Aplicación del tablero de indicadores de control gubernamental en la UPPSS seleccionada.	Criterio del auditor.	Auditor
5	Provisión de los datos de los indicadores de gestión sanitaria del establecimiento de salud, utilizando los formatos del Tablero de indicadores de control gubernamental.	Obtención de la información solicitada a la entidad de acuerdo a las normas de control gubernamental.	La entidad
6	Valoración de los resultados de los indicadores de gestión sanitaria obtenidos con el tablero de indicadores de control gubernamental.	Aplicación del criterio normativo vigente de acuerdo el tablero de indicadores de control gubernamental.	Auditor
7	Identificación de indicadores des EESS con desviaciones respecto del valor estándar de acuerdo al tablero de indicadores de control gubernamental.	Análisis de la información.	Auditor
8	Ejecución del servicio de control de acuerdo a las normas del control gubernamental.	Marco normativo de la Ley 27785 “Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República” y las Normas Generales de Control Gubernamental, aprobada con Resolución de Contraloría N° 295-2021-CG	Auditor

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5.3 *Matriz de desarrollo de la intervención*

Componente	Actividad	Costo	Responsable	Plazo para su cumplimiento	Indicador de desempeño del componente
Componente Emergencia	Actividad 1. Indicadores de eficiencia	56.09	Jefe de comisión.	10	Calidad
	Actividad 2. Indicadores de calidad	56.09	Jefe de comisión.	10	
Componente Consulta externa	Actividad 1. Programación de turnos de trabajo médico	56.09	Jefe de comisión.	10	eficiencia
	Actividad 2. Atenciones médicas en consulta externa.	56.09	Jefe de comisión.	10	
Componente Hospitalización	Actividad 1. Estancia Hospitaliza	56.09	Jefe de comisión.	10	eficiencia
	Actividad 2. Intervalo de sustitución.	56.09	Jefe de comisión.	10	
Componente Centro Quirúrgico	Actividad 1. Rendimiento de sala de operaciones	56.09	Jefe de comisión.	10	eficacia
	Actividad 2. Porcentaje de cirugías suspendidas	56.09	Jefe de comisión.	10	

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5.4 Definición de indicador de Gestión Sanitaria

CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Literal por el que se identifica
Definición	Explica de qué se trata el indicador, lo que quiere medir.
Objetivo	Descripción del objetivo(s) de conocimiento que pretende alcanzar
Fórmula de cálculo (Relación Operacional)	Se describe, el método de cálculo para la obtención del indicador.
Fuente de Datos	Es el documento que proporciona evidencia de la actividad desarrollada y su medio de soporte. Se menciona la fuente de datos que sean necesarios para su cálculo en el Numerador y Denominador.
Periodicidad	Señala la frecuencia con que se realizará la medición del indicador.
Interpretación	Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso. Explica el resultado que se obtiene con el indicador. Ejem: Si fuera porcentaje, si el indicador se acerca a 1 implica que lo que se mide tiene una pequeña incidencia, pero si se acerca a 100 tiene una gran incidencia.
Estándar	Se orienta a la mejor situación posible, con los recursos disponibles.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.5 Indicador Productividad Hora Médico.

Concepto	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.
Objetivo	Conocer la productividad hora médico por número de pacientes atendidos por hora por el profesional médico en consultorio externo.
Relación operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas realizadas en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico Programadas en el mismo período}}$
Fuente de datos	Numerador: Reporte Registro HIS de Consulta Externa Denominador: Programación Médica Mensual para Consulta Externa, Reporte del Servicio/Control del Personal, Rol Mensual.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	La relación representa la productividad hora médico de pacientes atendidos en consultorio externo.
Estándar propuesto	Hospital: Entre 3 - 4 Consultas por hora (según servicio o especialidad) * *Considerar Salud Mental, Geriatría. Instituto: 2 - 3 Consultas por hora (según servicio o especialidad) *Considerar Salud Mental.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.6 *Indicador Productividad Hora Médico*

Concepto	Es el número de productos alcanzados, en relación al recurso utilizado por unidad de tiempo.
Objetivo	Conocer el promedio de pacientes atendidos por hora, por el profesional médico.
Relación operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas Realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Horas Médico Efectivas}}$
Fuente de datos	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa Denominador: Reporte del Servicio.
Periodicidad	Mensual.
Interpretación	La relación representa el número de pacientes atendidos en una hora.
Estándar propuesto	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas por hora. INSTITUTO: Entre 2 y 3 Consultas por hora.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.7 *Indicador concentración de consultas.*

Concepto	Sirve para establecer el promedio de consultas que se ha otorgado a cada paciente que acudió al hospital durante un periodo.
Objetivo	Conocer el promedio de atenciones por cada paciente.
Relación operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas}^*}{\text{N}^\circ \text{ de Atendidos (nuevos y reingresos)}^*}$
Fuente de datos	Numerador: Reporte HIS de Consulta Externa. Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa.
Periodicidad	Anual (puede obtenerse con periodos cortos para ser utilizados de forma referencial).
Interpretación.	El resultado indica el número de consultas en promedio que se le ha otorgado a cada paciente.
Estándar propuesto	HOSPITAL: Entre 3 y 4 Consultas en promedio. INSTITUTO: Entre 4 y 5 Consultas en promedio.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.8 Indicador utilización de los Consultorios (Médicos)

Concepto	Es la relación de los consultorios funcionales y físicos.
Objetivo	Conocer el grado de uso de los consultorios en consulta externa médica, determinada por el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas.
Relación operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultorios Médicos Funcionales}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultorios Médicos Físicos}}$
Fuente de datos	Numerador: Departamento de Consulta Externa, Inventario de Consultorios. Denominador: Departamento de Consulta Externa, Inventario de Consultorios.
Periodicidad	Mensual.
Interpretación	Determina el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta externa, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas.
Estándar propuesto	HOSPITAL: 2 turnos INSTITUTO: 2 turnos.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.9 Indicador promedio de permanencia.

Concepto	Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas. Establece también el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo.
Objetivo	Determinar el promedio de días de permanencia de los pacientes que egresaron en un periodo.
Relación operacional	$\frac{\text{Total, días estancias de egresos}}{\text{N}^\circ \text{ egresos Hospitalarios}}$
Fuente de datos	Numerador: Registro de Egresos Hospitalarios. Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios.
Periodicidad	Mensual.
Interpretación	Es el promedio de días de permanencia de los pacientes.
Estándar propuesto	HOSPITAL: Entre 6 a 8 días. INSTITUTO: De 6 días a más.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.10 *Indicador intervalo de sustitución cama*

Concepto	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día.
Objetivo	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
Relación operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ pacientes día}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios}}$
Fuente de datos	Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Registro Hospitalario. Denominador: Registro de Egresos Hospitalarios.
Periodicidad	Anual.
Interpretación	Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama.
Estándar propuesto	HOSPITAL: 0.6 hasta 1 día INSTITUTO: 0.6 hasta 1 día.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.11 *Indicador Porcentaje de Ocupación Cama*

CONCEPTO	Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado período (día, semana, mes o año). Por ejemplo, si un hospital tiene 100 camas, y en una están ocupadas 81 camas, significa que tiene una ocupación del 81% en ese día.
OBJETIVO	Evaluar el nivel de ocupación de las camas.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Pacientes-día}}{\text{N}^\circ \text{ Días-camas disponibles}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Módulo de Egresos Hospitalarios. Denominador: Registro Hospitalario.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria expresado en porcentaje.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 85 - 90% INSTITUTO: 85 - 90%.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.12 Indicador Rendimiento Cama.

CONCEPTO	Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer el promedio de uso de una cama.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ egresos}}{\text{N}^\circ \text{ camas disponibles promedio}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Módulo de Egresos Hospitalarios. Denominador: Registro Hospitalario.
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes. INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.13 Indicador razón de Emergencias por consultas médicas

CONCEPTO	Sirve para conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un periodo.
OBJETIVO	Conocer y evaluar la magnitud de las atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa en un período.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones en Emergencia}}{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones Médicas en Consulta Externa}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte de Emergencia. Denominador: Reporte HIS de Consulta Externa.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número de atenciones de emergencia en relación a las atenciones de consulta externa.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 1/10 INSTITUTO: 1/5

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.14 *Indicador rendimiento de Sala de Operaciones*

CONCEPTO	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).
OBJETIVO	Determinar el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operación.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas Ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Salas de Operaciones}}$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas. Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico, Departamento de Anestesiología.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada turno.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes INSTITUTO: (variable de acuerdo a la especialidad del Instituto)

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.15 *Indicador porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias*

CONCEPTO	Se define como infecciones intrahospitalarias a aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente entre las (48-72 horas post ingreso) o después del egreso que no se encontraban presentes ni en incubación en el momento de la admisión; cualquiera sea la causa que motivó la hospitalización. Este indicador puede aplicarse de manera global o específica para cada una de las complicaciones que se presenten en el hospital o en los servicios o especialidades. También se incluye infecciones que se manifiestan hasta 30 días después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso.
OBJETIVO	Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones intrahospitalarias.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Total, de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias}}{\text{N}^\circ \text{ de Egresos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte Epidemiológico, Formatos de registros de infecciones intrahospitalarias. Denominador: Reporte de Egresos.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Es el porcentaje de pacientes que presentan un proceso infeccioso adquirido

	luego de las 48 horas de permanecer hospitalizados, el mismo que no portaba a su ingreso.
ESTÁNDAR PROPUESTO	Hospital: I: 0 a 0,7%. II: 0 a 0,7%. III: 0 a 0,7%.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.16 *Indicador tasa neta de mortalidad hospitalaria*

CONCEPTO	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.
OBJETIVO	Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes hospitalizados.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ defunciones hospitalarias}^*}{\text{N}^\circ \text{ de egresos en el mismo período}} \times 100$ <p>* Fallecidos a partir de 48 horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.</p>
FUENTE DE DATOS	Numerador: Historia Clínica, Epicrisis. Denominador: Reporte Egresos de Pacientes.
PERIODICIDAD	Anual.
INTERPRETACIÓN	Es la relación porcentual entre el número de egresos por defunción hospitalaria en un periodo y el número de egresos en el mismo período. Cuantificados a partir de las 48 y más horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 3% a 4%. INSTITUTO: 3% a 4%.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.17 *Indicador tasa de Cesárea*

CONCEPTO	Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo.
OBJETIVO	Conocer la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de Cesáreas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Partos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte de Centro Quirúrgico. Denominador: Reporte de Centro Quirúrgico.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 20% - 25% INSTITUTO: 25% - 35%

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.18 *Indicador Porcentaje de Cirugías Suspendidas*

CONCEPTO	Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas. Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.
OBJETIVO	Determinar el promedio de cirugías canceladas en el periodo.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ Intervenciones Quirúrgicas programadas}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas. Denominador: Reporte/ Libro de Programación de Intervenciones Quirúrgicas.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de cirugías canceladas de las programadas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 5% INSTITUTO: 5%.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud

Cuadro 5.19 *Indicador Porcentaje de pacientes en Sala de Observación con estancia mayor a 12 horas*

CONCEPTO	Permite evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación, así como la disponibilidad de camas en Sala de Observación de Emergencia.
OBJETIVO	Evaluar el tiempo de permanencia del paciente en Sala de Observación de Emergencia.
RELACIÓN OPERACIONAL	$\frac{\text{Estancias en Sala de Observación mayores a 12 horas}}{\text{Nº Pacientes en Sala de Observación}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Numerador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias. Denominador: Censo Diario de Enfermeras, Reporte de Emergencias.
PERIODICIDAD	Mensual.
INTERPRETACIÓN	Porcentaje de pacientes con estancia mayor a 12 horas.
ESTÁNDAR PROPUESTO	HOSPITAL: 0% INSTITUTO: 0%

Fuente: Elaboración propia adaptado del Ministerio de Salud.

Cuadro 5.20 *Ejemplo de indicadores por fuera del estándar obtenidos en el Operativo de Control Simultaneo a los Establecimientos de Salud Publico de segundo y Tercer Nivel de Atención – “Por una salud de calidad 2019”*

INDICADOR	Estándar propuesto	Valor obtenido en el Informe N° 1780-2019-CG/SALUD-SOP “
Utilización de consultorio	2	1.41
Razón de emergencias por consultas medicas	0.1	0.6
Porcentaje de Cirugías suspendidas	5 %	7.2 %
Concentración de Consultas	3 – 5	1.85
Rendimiento hora medico	2 – 4	1.22
Intervalo de sustitución cama	0.6 – 1 (día)	2.08
Porcentaje de ocupación cama	85 – 90 %	67.3 %

Fuente: Elaboración propia adaptado de la Contraloría General de la República.

5.4. Análisis de la viabilidad.

La propuesta del uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del Perú tiene viabilidad operativa dado que existe información en los sistemas informáticos de los establecimientos de salud respecto de cada uno de los indicadores contenidos en este tablero, los mismos que pueden ser evaluados y usados por los auditores en los diferentes servicios de control gubernamental, simultaneo o posterior, como se evidencia en los diferentes informes emitidos por la contraloría general de república, como por ejemplo: El Informe de Orientación de Oficio N° 223-2022-CG/SALUD-SOO al Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña, Informe del Servicio de Control específico N° 032-2023-CG/SALUD-SCE al Instituto Nacional de Salud del Niño Breña.

5.4.1. Viabilidad organizacional

Esta propuesta cuenta con un nivel alto de favor de las principales autoridades de la organización y la organización tiene una capacidad de nivel alto para desarrollar la propuesta. La Subgerencia de Control del Sector Salud de la Contraloría General de la Republica del Perú, ejecutará la aplicación de la herramienta propuesta en todos los establecimientos de salud público de su ámbito, mediante las diferentes modalidades de control contempladas en la Ley N° 27785 “Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República”.

5.4.2. Viabilidad financiera

A nivel financiero, la organización puede costear esta innovación de modelo de control gubernamental propuesto sin dificultades, dado que la socialización de esta herramienta que deberá estar plasmada en una Directiva no implica mayores costos que los involucrados en las diferentes modalidades de control gubernamental en comparación a los servicios que regularmente se ejecutan. Se debe considerar el costo de la capacitación de los auditores en el uso e implementación de la herramienta, por un total de 32 horas consideradas en el Plan Operativo Institucional de la Unidad Orgánica.

5.4.3. Viabilidad normativa

A nivel normativo, la propuesta se encuentra dentro del ámbito de intervención de la organización y no implica un cambio normativo importante, se requiere solamente adoptar el diseño de la propuesta en las diferentes modalidades de los servicios de control en las intervenciones del sector salud, la cual se encuentra amparada en el siguiente marco normativo:

- LEY N° 27785 “Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y modificatorias”.
- Normas Generales de Control Gubernamental, aprobada por Resolución de Contraloría N° 295-2021-CG de 23/12/2021.
- Directiva N° 013-2022-CG/NORM “Servicio de Control Simultáneo”, aprobada por Resolución de Contraloría N° 218-2022-CG de 30.MAY.2022.
- Directiva N° 001-2022-CG/NORM “Auditoría de Cumplimiento”, aprobada con Resolución de Contraloría N° 001-2022-CG de 07/01/2022.
- Directiva N° 002-2022-CG/VCSCG “Auditoría de Desempeño”, aprobado por Resolución de Contraloría N° 002-2022-CG de 07/01/2022.

En este caso, la propuesta del uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios para orientar el planeamiento y ejecución de servicios de control en los servicios de emergencia de los hospitales públicos del Perú, a través del diseño de la herramienta “Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental”, se declara como viable dado que alcanza el puntaje correspondiente a 10 siendo que el límite mínimo de viabilidad corresponde a 7.

Cuadro 5.21 Criterios del análisis de viabilidad de la intervención propuesta

Tipo y subtipo de viabilidad		Valores presentados	Valor obtenido por la propuesta presentada
Viabilidad organizacional	Política	0 = En desacuerdo las principales autoridades de la organización 1 = A favor en un nivel regular las principales autoridades de la organización 2 = A favor en un nivel alto las principales autoridades de la organización	2
	Capacidad	0 = La organización no tiene la capacidad para desarrollar la propuesta 1 = La organización tiene una capacidad de nivel medio para desarrollar la propuesta 2 = La organización tiene una capacidad de nivel alto para desarrollar la propuesta	2
Viabilidad financiera		0 = La organización no puede costear la innovación propuesta 1 = La organización puede costear la innovación propuesta, aunque con dificultades 2 = La organización puede costear la innovación propuestas sin dificultades	2
Viabilidad normativa	Ámbito	0 = Fuera del ámbito de intervención de la organización 1 = Dentro del ámbito de intervención de la organización, pero con algunas restricciones 2 = Dentro del ámbito de intervención de la organización	2
	Dificultades normativas	0 = La propuesta implica un cambio normativo importante y de alto nivel 1 = La propuesta implica un cambio normativo de nivel medio 2 = La propuesta no implica un cambio normativo importante	2
Total			Total = 10

Elaboración propia.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones a partir de los resultados

A continuación, se exponen las conclusiones principales que emergen del análisis de la información recopilada a partir de fuentes primarias y secundarias, en el marco de la presente investigación.

1. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que los pacientes de los establecimientos públicos acuden a los servicios de emergencia para evitar demoras en su atención, aun cuando no se trata de una emergencia, confirman uno de los planteamientos implícitos en las hipótesis de investigación del presente trabajo, en el sentido de que existe una inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la cual, se propone el uso de

un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

2. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que solo deberían atenderse en los servicios de emergencia los casos en los que realmente peligran la vida, dejando los demás casos para su atención en la consulta externa de los establecimientos de salud, demuestran que se conoce que la consulta externa puede provisionar servicios que congestionan la emergencia, sobre la cual se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
3. Los resultados obtenidos de la encuesta, respecto de que debe medirse la eficiencia con la que se desempeñan los servicios de emergencia a través de indicadores de gestión, confirman uno de los planteamientos implícitos en las hipótesis de investigación del presente trabajo, sobre la cual se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
4. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que los pacientes atendidos en los servicios de emergencia encuentran reales soluciones a sus necesidades, confirman la inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la cual, se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
5. Los resultados obtenidos de la encuesta, respecto de ordenar y limpiar las emergencias del hacinamiento de pacientes puede mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, revelan que la capacidad de respuesta de los servicios de salud está relacionada directamente con los servicios que se brindan en las emergencias, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para identificar

las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

6. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que la estancia de pacientes en el servicio de emergencia es un factor clave para la optimización de resultados de la gestión de un establecimiento de salud, demuestran que el indicador de estancia de pacientes en el servicio de emergencia está relacionado directamente con los resultados de gestión de los establecimientos de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
7. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que las actividades misionales de los establecimientos de salud están ligadas a indicadores de gestión sanitaria, demuestran que las actividades misionales de los establecimientos de salud están relacionadas directamente a indicadores de gestión sanitaria, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
8. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que los indicadores de gestión sanitaria permiten identificar áreas de ineficiencia en un establecimiento de salud, demuestran que los indicadores de gestión sanitaria permiten identificar las ineficiencias en un establecimiento de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar estas ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
9. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que las deficiencias en la provisión de servicios de la consulta externa de un establecimiento de salud genera una congestión en el servicio de emergencia, confirman la inadecuada provisión de servicios de salud que es el problema público que se desarrolla en este TIA; sobre la

cual, se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

10. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que la razón de atenciones de emergencia por consulta externa es un indicador que permite evaluar la eficiencia del servicio de emergencia, demuestran que el indicador de razón de atenciones de emergencia por consulta externa permite evaluar la eficiencia del servicio de emergencia, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.
11. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto que la rendición de cuentas de los establecimientos de salud debe ser permanente y de fácil acceso a la ciudadanía, confirman que la rendición de cuentas de los establecimientos de salud debe ser permanente y a través del control gubernamental se puede hacer uso de un tablero de indicadores para intervenir de acuerdo a la normativa vigente.
12. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que se deben incorporar en los informes de control gubernamental indicadores de gestión sanitaria que demuestren la relación entre la calidad de la provisión de servicios y los actos de conducta funcional y corrupción en el sector salud, confirman que se deben incorporar en los informes de control gubernamental indicadores de gestión sanitaria para demostrar la relación entre la calidad de la provisión de los servicios y los actos de conducta funcional y corrupción en el sector salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios.
13. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que el descongestionamiento de los servicios de emergencia requiere de un ordenamiento de todas las demás áreas de un establecimiento de salud, revelan la relación entre los servicios de emergencia y todas las demás áreas de un establecimiento de salud, por lo que se propone el uso

de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

14. Los resultados obtenidos en la encuesta, respecto de que el ordenamiento de los servicios de emergencia de los hospitales públicos generaría una mejora en cascada de la provisión de servicios de salud en todas las otras áreas de los hospitales públicos, confirman la relación entre los servicios de emergencia y todas las demás áreas de un establecimiento de salud, generando mejoras en cascada en la provisión de los servicios de salud, por lo que se propone el uso de un tablero de indicadores para revelar las ineficiencias de los servicios de emergencia a través del control gubernamental tomando como base, la normativa vigente.

6.2. Contrastación de hipótesis de la investigación.

Las evidencias obtenidas, tanto en lo que se refiere a las fuentes primarias como secundarias, confirman las hipótesis específicas que se plantearon al inicio del proceso de investigación.

En efecto los resultados confirman que, el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios en el segundo y tercer nivel de atención de los establecimientos de Salud públicos del Sistema Nacional de Salud puede orientar el planeamiento y la ejecución de los servicios de control gubernamental; asimismo, los resultados permiten confirmar que, el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios en los Servicios de Emergencia de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de Salud puede orientar el planeamiento y la ejecución de los servicios de control gubernamental.

Finalmente se confirma la hipótesis general del presente estudio de investigación respecto de que el uso de un tablero de indicadores como herramienta y fuente de criterios de control gubernamental de los establecimientos de salud públicos del Sistema Nacional de

Salud que permita identificar indicadores de gestión sanitaria puede orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control gubernamental.

6.3. Limitaciones del estudio.

El presente estudio ha sido elaborado teniendo en cuenta la experiencia desarrollada en la Subgerencia de Control del Sector Salud de la CGR, la cual se encuentra documentada en diferentes informes de control gubernamental en los que se ha incluido el uso de indicadores de gestión sanitaria. Asimismo, el presente trabajo de investigación ha sido elaborado tomando en cuenta la experiencia de gestión sanitaria obtenida en las diferentes posiciones ocupadas por la investigadora en establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención. Esta situación, al tiempo que representa una fortaleza del estudio, también puede implicar una limitación, dado el carácter acotado de las experiencias reseñadas, por lo que sería recomendable que en posteriores investigaciones se profundice y se amplie el rango de casos de estudio, con la finalidad de mejorar el grado de validez de las conclusiones obtenidas.

Es necesario precisar, que el tipo de muestra utilizado en el presente estudio corresponde a una muestra selectiva que en forma aproximada podría calificarse como consenso de expertos o estudio Delphi. No se ha trabajado con una muestra aleatoria o probabilística. Por definición, la metodología Delphi proporciona un método de tratamiento de un problema complejo mediante la comunicación entre un conjunto acotado de expertos.

La muestra selectiva fue deliberadamente elegida utilizando un plan de muestreo con ciertas características. De este modo, la muestra estuvo constituida por 62 expertos por su conocimiento específico y profundo de la problemática abordada, contando entre ellos con servidores profesionales, funcionarios o directivos, docentes o investigadores y jefes de OCI, en un 80 % de la muestra con más de 10 años de experiencia en la materia abordada. La muestra selectiva cuya característica fundamental es el estudio de los fenómenos a partir de sujetos u otras unidades de observación permite encontrar la relación existente entre las variables de estudio con la respuesta de los participantes ante determinadas situaciones o

tareas como es el caso de la alta correlación encontrada entre las hipótesis postuladas en el presente estudio y las respuestas emitidas por los expertos. No se ha utilizado una muestra probabilística de tipo aleatorio, dado que la muestra selectiva tiene la ventaja de permitir establecer determinadas características de la población de estudio enfocadas a la problemática compleja del sector salud que se aborda, porque el azar puede constituir una limitación para focalizar respuestas en gestión sanitaria que son materia de control gubernamental en el presente estudio.

6.4. Recomendaciones para implementar la propuesta.

Los resultados obtenidos y los análisis efectuados permiten recomendar, en primer lugar, la importancia de tomar en consideración la propuesta de intervención planteada en el presente trabajo de investigación, denominada *Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental*, herramienta mediante la cual, los auditores de control gubernamental del sector salud podrán intervenir en todos los establecimientos de salud públicos de segundo y tercer nivel de atención del Perú, mapeando y registrando los indicadores de gestión sanitaria que tienen impacto directo en la provisión de servicio de salud a los pacientes.

Cabe precisar que el uso de los indicadores de gestión sanitaria han sido validados en diferentes informes de control emitidos por la Contraloría General de la Republica; entre ellos, Informe del Operativo de Control Simultaneo N° 1780-2019-CG/SALUD-SOP denominado Operativo de Control Simultaneo a los Establecimientos de Salud Públicos del Segundo y Tercer Nivel de atención - “Por una salud de calidad 2019” entre el 20 al 24 de mayo de 2019; así como, el Informe de Orientación de Oficio N° 223-2022-CG/SALUD-SOO, denominado “A la Gestión Sanitaria del Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña”, entre el 18 al 28 de febrero de 2022. Asimismo, cabe destacar el Informe de Orientación de Oficio N° 015-2019-OCI/4517-OO, denominado “ Verificación del grado de utilización de consultorios de consulta externa del Hospital María Auxiliadora”, entre el 07 al 19 de agosto de 2019 y el Informe N° de Orientación de Oficio N° 014-2019-OCI-3762-SOO, denominado “Verificación del

cumplimiento de la Programación de los Médicos de Consulta externa en el Hospital Nacional dos de mayo y su impacto en el diferimiento” del 01 de agosto al 30 de setiembre del 2019.

En congruencia con lo anterior, se recomienda, en segundo lugar, plasmar el uso de la herramienta desarrollada en el presente trabajo de investigación aplicada *Tablero de Indicadores de Gestión Sanitaria en Establecimientos de Salud para el Control Gubernamental* en una Directiva de control gubernamental emitida por la Contraloría General de la República, para contar con una metodología estandarizada que sea utilizada por los auditores en las diferentes intervenciones de control gubernamental en los establecimientos de salud del Perú, a efectos de orientar el planeamiento y ejecución de los servicios de control en los establecimientos de salud con el objetivo de supervisar y vigilar el uso de los recursos públicos para el cumplimiento de su finalidad, como es la provisión de servicios de salud con calidad, oportunidad, seguridad y dignidad para todos los pacientes usuarios del Sistema Nacional de Salud Pública,

Respecto de la normativa interna que viabiliza el proceso de implementación de esta herramienta, en las normas generales de control gubernamental, se señala que la Contraloría General establece un sistema de gestión de la calidad para observar el cumplimiento de estándares a fin de brindar servicios de control que generen valor a las entidades y a la ciudadanía; asimismo, tiene facultades para generar disposiciones y recursos técnicos orientados a revisar si los procesos y productos de control gubernamental, cumplen con especificaciones establecidos como estándares en la normativa específica. Además, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control, se establece que la Contraloría General de la República, tiene la atribución de emitir disposiciones y/o procedimientos para implementar medidas contra la corrupción en las entidades públicas. Adicionalmente, en la Política y Objetivos de la Calidad para la Contraloría General de la República, aprobada por Resolución de Contraloría N° 393-2019-CG se establece apoyar la gestión eficiente y eficaz de los recursos públicos en beneficio de la población y promover la participación ciudadana en el control social y fortalecer la gestión del Sistema Nacional de Control.

Finalmente, en tercer lugar, se recomienda capacitar a todos los auditores del ámbito del sector salud en el conocimiento de indicadores de gestión sanitaria, así como los beneficios de su utilización en las diferentes modalidades de control gubernamental para obtener mediciones comparativas respecto de mejoras de gestión ligadas a los procesos misionales que se producen en los establecimientos de salud, tal como se encuentra contemplado en la ISSAI 12, con lo cual se logrará orientar el control gubernamental hacia las necesidades reales de los pacientes en todo el país.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro, J. (2021). *Encuesta El Comercio-Ipsos: La prioridad de los peruanos es la Salud (2021 julio 25)*. El Comercio. <https://elcomercio.pe/politica/actualidad/encuesta-el-comercio-ipsos-la-prioridad-de-los-peruanos-es-la-salud-noticia/?ref=ecr>.
- CEPLAN. (2020). *Análisis espacial de la situación e impactos en los servicios de salud y educación en el contexto de la pandemia por la COVID – 19*. https://www.ceplan.gob.pe/documentos_/analisis-espacial-de-la-situacion-e-impactos-en-los-servicios-de-salud-y-educacion-en-el-contexto-de-la-pandemia-por-la-covid-19/.
- CEPLAN. (2021). *Guía para la elaboración de indicadores de políticas nacionales y planes estratégicos – CEPLAN. Nacional de Control: Período 2022 - 2024*". <https://www.gob.pe/institucion/ceplan/informes-publicaciones/1749137-guia-para-la-elaboracion-de-indicadores-de-politicas-nacionales-y-planes-estrategicos>
- Constitución Política del Perú (Const.). Art.07. (29 de diciembre de 1993). <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf>.
- Consulta Amigable MEF, (2020). *Transparencia Económica. Consulta de Ejecución del Gasto*. <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>.
- Contraloría General de la República (2019). *Informe del operativo de control simultáneo N° 1780-2019-CG/SALUD-SOP, Operativo de control simultáneo a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención - "Por una Salud de Calidad*

- 2019". Lima. https://s3.amazonaws.com/spic-informes-publicados/informes/2019/08/2019CSIL31600036_ADJUNTO.pdf.
- Contraloría General de la República (2021). *La reforma del control gubernamental en el Perú: Balance al trienio de su implementación*.
https://doc.contraloria.gob.pe/prensa/libros/LA_REFORMA_DEL_CONTROL_GUBERNAMENTAL.pdf.
- Contraloría General de la República (2022). "Lineamientos de Política para el Planeamiento del Control Gubernamental a cargo del Sistema Nacional de Control: Período 2022 - 2024" <https://www.gob.pe/institucion/contraloria/normas-legales/2807222-096-2022-cg>
- Contraloría General de la Republica. (2019). Informe de Orientación de Oficio N° 015-2019-OCI/4517-OO. https://s3.amazonaws.com/spic-informes-publicados/informes/2019/08/2019CSI451700042_IS.pdf.
- Contraloría General de la Republica. (2019). Informe de Orientación de Oficio N° 014-2019-OCI/3762-SOO https://s3.amazonaws.com/spic-informes-publicados/informes/2019/11/2019CSI376200029_IS.pdf
- Contraloría General de la Republica. (2019). Informe del Operativo de Control Simultaneo N° 1780-2019-CG/SALUD-SOP. https://s3.amazonaws.com/spic-informes-publicados/informes/2019/08/2019CSIL31600036_ADJUNTO.pdf
- Contraloría General de la Republica. (2022). Informe de Orientación de Oficio N° 223-2022-CG/SALUD-SOO. https://s3.amazonaws.com/spic-informes-publicados/informes/2022/03/2022CSIL31600004_ADJUNTO.pdf
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*. (09 de enero de 2013). Normas Legales, N.º 12320 Diario Oficial El Peruano.
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA. *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*. (21 de agosto de 2020). Normas Legales, N.º 15601 Diario Oficial El Peruano.
- Decreto Supremo N° 092-2017-PCM. *La Política Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción*. (13 de setiembre de 2017). Normas Legales, N.º 14209 Diario Oficial El Peruano.
- Di, R., y Savedoff, W., (2002). *Diagnóstico: El Fraude En Los Hospitales Públicos de América Latina*, CAP 5. Banco Interamericano de Desarrollo.

- El 95% de los peruanos ya cuenta con un seguro (2020, mayo 05). Diario el Peruano.
<https://elperuano.pe/noticia/96552-el-95-de-los-peruanos-ya-cuenta-con-un-seguro>.
- Garcia, P. (2019) *Corruption in global health: The open secret*. The Lancet, 394 (10214), 2119-2124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32527-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32527-9).
- Hussmann, K. (2011) *Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud*. Centro Regional PENUD – Panamá.
- Hussmann, K. (2013). *Enfrentar la corrupción en el sector de la salud*. Michelsen Institute.
- INEI. (2020). *Estimación de la vulnerabilidad económica a la pobreza monetaria*.
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/estimacion-de-la-vulnerabilidad-economica-a-la-pobreza-monetaria.pdf>.
- Iniciativa de Desarrollo de la INTOSAI. (2020). Modelo de Auditoría de ODS de la IDI (ISAM). <https://www.idi.no/elibrary/relevant-sais/auditing-sustainable-development-goals-programme/isam/1088-modelo-de-auditoria-de-ods-de-la-idi-isam?format=html>
- INTOSAI (2017) PLAN ESTRATÉGICO 2017-2022.
https://www.intosai.org/fileadmin/downloads/about_us/Overview/SP_INTOSAI_Strategic_Plan_2017_22.PDF.
- Klitgaard, R., Maclean, R. y Parris H. (2000) *Corrupt cities: A practical guide to cure and prevention*. Washington DC: World Bank Publications.
- Ley N° 30895, *Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud*. (28 de diciembre de 2018). Normas Legales, Diario Oficial El Peruano.
- Ley N° 27785, *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República*. (13 de julio de 2002).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/431141/Ley-27785.pdf?v=1574886460>.
- Mestanza, C. (2020, julio 30). *Fin de la cuarentena focalizada: ¿es recomendable extender esta medida en el Perú?* El Comercio. <https://elcomercio.pe/peru/fin-de-la-cuarentena-focalizada-deberia-extenderse-la-medida-nczg-noticia/>
- MINSA. (2021). *Diagnóstico de brechas de equipamiento e infraestructura del Sector Salud*.
<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>
- MINSA. (2021). *Gasto de Bolsillo en Salud y medicamentos Periodo 2012-2019*.
<https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/191>.

- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3)*, Santiago.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf.
- OCDE (2017), *Estudio de la OCDE sobre integridad en el Perú: Reforzar la integridad del sector público para un crecimiento incluyente*, Estudios de la OCDE sobre *Gobernanza Pública*, Ediciones OCDE. Paris.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264271470-es>.
- OPS y OMS. (2020). *Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-11-diciembre-2020>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Tablero de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19)*. <https://covid19.who.int/>.
- Panfichi, A y Alvarado, M. (2011). *Corrupción Y Gobernabilidad*. Ediciones Nova Print SAC.
<https://cies.org.pe/investigacion/corrupcion-y-gobernabilidad/>.
- Panfichi, A. y Alvarado, M. (2011). *Los cinco puntos anticorrupción*, Proética (2011).
<https://www.proetica.org.pe/publicacion/los-5-puntos-anticorrupcion/>.
- Quiroz, Alfonso. (2013). *Historia de la Corrupción en el Perú*. Instituto de Defensa Legal.
- Rose - Ackerman, S. (abril 1999). *La economía Política de la corrupción*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2005 (10) 51-82.
- Shack, N., Pérez, J., & Portugal, L., (2020). *Cálculo del tamaño de la corrupción y la inconducta funcional en el Perú: Una aproximación exploratoria*. Contraloría General de la República del Perú.
- Statista (2022). *Datos e indicadores de 170 sectores de más de 150 países*.
<https://es.statista.com/>.
- UPLA (2020) *La pandemia sacó al flote el ineficiente servicio sanitario de nuestro país*.
<https://upla.edu.pe/covid-19-pandemia-relucio-ineficiente-servicio-sanitario-en-nuestro-pais/>.
- Vian, T. (2007), *Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions*. PubMed 23(2):83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>.
- Worldometer (2019 e histórico). *Población Mundial Actual*.
<https://www.worldometers.info/es/poblacion-mundial/>.

Yamada, G., y Montero, R. (2011). Corrupción e inequidad en los servicios públicos en el Perú (1a ed.). Universidad del Pacífico: Consorcio de Investigación Económica y Social. <http://hdl.handle.net/11354/1435>.

ANEXO N° 1

ESCUELA NACIONAL DE CONTROL - ENCUESTA SOBRE EL SECTOR SALUD

PRESENTACIÓN

La presente encuesta está dirigida a los auditores del Órgano de Control Institucional de la Subgerencia del Sector Salud, funcionarios de la CGR, funcionarios de establecimientos de salud públicos y representantes del sector privado de salud del Perú con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de herramientas de gestión sanitaria para ser aplicadas en la medición de los resultados en la provisión de los servicios de salud. Los datos obtenidos como resultado de la encuesta serán de gran utilidad para el presente trabajo de investigación.

1. Totalmente en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Totalmente de acuerdo.

DIMENSIÓN I. ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA

Respecto de los enunciados o afirmaciones que se ofrecen a continuación indique con una X la opción de su preferencia:

1. Los pacientes de los establecimientos públicos acuden a los servicios de emergencia para evitar demoras en su atención, aun cuando no se trata de una emergencia.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo

2. Deberían atenderse los casos en los que realmente pelagra la vida en los servicios de emergencia y los demás casos en la consulta externa de los establecimientos de salud.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo

3. Debe medirse la eficiencia con la que se desempeñan los servicios de emergencia a través de indicadores de gestión.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

4. Los pacientes atendidos en los servicios de emergencia encuentran reales soluciones a sus necesidades.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

5. Ordenar y limpiar las emergencias del hacinamiento de pacientes puede mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

- Totalmente en desacuerdo.

- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

DIMENSIÓN II. CONOCIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN SANITARIA

Respecto de los enunciados o afirmaciones que se ofrecen a continuación indique con una X la opción de su preferencia:

6. La estancia de pacientes en el servicio de emergencia es un factor clave para la optimización de resultados de la gestión de un establecimiento de salud.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

7. Las actividades misionales de los establecimientos de salud están ligadas a indicadores de gestión sanitaria.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

8. Los indicadores de gestión sanitaria permiten identificar área de ineficiencia en un establecimiento de salud.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

9. Las deficiencias en la provisión de servicios de la consulta externa de un establecimiento de salud generan una congestión en el servicio de emergencia.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

10. La razón de atenciones de emergencia por consulta externa es un indicador que permite evaluar la eficiencia del servicio de emergencia.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

DIMENSIÓN III: ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES AL PROBLEMA PÚBLICO

Respecto de los enunciados o afirmaciones que se ofrecen a continuación indique con una X la opción de su preferencia:

11. La rendición de cuentas de los establecimientos de salud debe ser permanente y de fácil acceso a la ciudadanía.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

12. Se deben incorporar en los informes de control gubernamental indicadores de gestión sanitaria que demuestren la relación entre la calidad de la provisión de servicios y los actos de conducta funcional y corrupción en el sector salud.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

13. El descongestionamiento de los servicios de emergencia requiere de un ordenamiento de todas las demás áreas de un establecimiento de salud.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.

- Totalmente de acuerdo.

14. El ordenamiento de los servicios de emergencia de los hospitales públicos generaría una mejora en cascada de la provisión de servicios de salud en todas las otras áreas de los hospitales públicos.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

ANEXO N° 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA EL CONTROL GUBERNAMENTAL.**

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 1: DATOS GENERALES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD - EESS

CÓDIGO ÚNICO DEL EESS:	
NOMBRE DEL EESS:	
AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DATOS GENERALES DE LOS EESS	Valor Numérico	Consignar documento de sustento
GENERALIDADES			
1	Categoría del hospital: Resolución		
2	Resolución de Categorización del EESS vigente a la fecha		
3	¿Cuenta con población asignada?		
4	de ser el caso, consignar el dato numérico.		
CAMAS HOSPITALARIAS			
5	Total General de camas en el EESS:		
6	Total de camas del servicio de hospitalización del Departamento de Medicina:		
7	Total de camas del servicio de hospitalización del Departamento de Cirugía:		
8	Total de camas en la sala de observación de Emergencia:		
9	Total de camas del servicio de hospitalización de Áreas Críticas:		
MÉDICOS ASISTENCIALES			
8	Total de médicos en el Establecimiento de Salud:		
9	Total de médicos en Consulta Externa:		
10	Total de médicos asignados en Emergencia:		
UPSS CONSULTA EXTERNA			
11	Total General de Consultorios Externos:		
12	Total de Consultorios Externos del Dpto. Medicina:		
13	Total de Consultorios Externos del Dpto. Cirugía:		

SALAS QUIRÚRGICAS			
1 4	Total de Salas Quirúrgicas Operativas:		
1 5	Total de Salas Quirúrgicas Inoperativas:		

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 2: RELACIÓN GENERAL DE MÉDICOS EN EL EESS

AUDITOR RESPONSABLE:

FECHA:

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CMP	ESPECIALIDAD	RNE	SERVICIO ASIGNADO	CONDICIÓN LABORAL	CARGO	MODALIDAD DE TRABAJO
1							Nombrado	Director	Presencial
2							Cas	Jefe de Departamento	Remoto
3							Terceros	Jefe de Servicio	Mixto
4								Médico Asistencial	
5								Residente 1	
6								Residente 2	
7								Residente 3	
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 3: NÚMERO DE MÉDICOS DE LA CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:													
FECHA:													
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Anestesiología												
2	Cardiología												
3	Cirugía de Cabeza y Cuello												
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular												
5	Cirugía General												
6	Cirugía Oncológica												
7	Cirugía Pediátrica												
8	Cirugía Plástica												
9	Dermatología												
10	Endocrinología												
11	Gastroenterología												
12	Geriatría												
13	Ginecología - Obstetricia												
14	Hematología												
15	Infectología y Medicina Tropical												
16	Medicina Física y Rehabilitación												
17	Medicina General												
18	Medicina Interna												
19	Nefrología												
20	Neonatología												
21	Neumología												
22	Neurocirugía												
23	Neurología												
24	Oftalmología												
25	Oncología												
26	Otorrinolaringología												
27	Pediatría												
28	Psiquiatría												
29	Radioterapia												
30	Reumatología												
31	Traumatología y Ortopedia												
32	Urología												
33	Otro: (consignar)												
34	Otro: (consignar)												
35	Otro: (consignar)												
36	Otro: (consignar)												
37	Otro: (consignar)												
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 4: HORAS MÉDICAS PROGRAMADAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:														
FECHA:														
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Anestesiología													0
2	Cardiología													0
3	Cirugía de Cabeza y Cuello													0
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular													0
5	Cirugía General													0
6	Cirugía Oncológica													0
7	Cirugía Pediátrica													0
8	Cirugía Plástica													0
9	Dermatología													0
10	Endocrinología													0
11	Gastroenterología													0
12	Geriatría													0
13	Ginecología - Obstetricia													0
14	Hematología													0
15	Infectología y Medicina Tropical													0
16	Medicina Física y Rehabilitación													0
17	Medicina General													0
18	Medicina Interna													0
19	Nefrología													0
20	Neonatología													0
21	Neumología													0
22	Neurocirugía													0
23	Neurología													0
24	Oftalmología													0
25	Oncología													0
26	Otorrinolaringología													0
27	Pediatría													0
28	Psiquiatría													0
29	Radioterapia													0
30	Reumatología													0
31	Traumatología y Ortopedia													0
32	Urología													0
33	Otro: (consignar)													0
34	Otro: (consignar)													0
35	Otro: (consignar)													0
36	Otro: (consignar)													0
37	Otro: (consignar)													0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 5: HORAS MÉDICAS EFECTIVAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:														
FECHA:														
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Anestesiología													0
2	Cardiología													0
3	Cirugía de Cabeza y Cuello													0
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular													0
5	Cirugía General													0
6	Cirugía Oncológica													0
7	Cirugía Pediátrica													0
8	Cirugía Plástica													0
9	Dermatología													0
10	Endocrinología													0
11	Gastroenterología													0
12	Geriatría													0
13	Ginecología - Obstetricia													0
14	Hematología													0
15	Infectología y Medicina Tropical													0
16	Medicina Física y Rehabilitación													0
17	Medicina General													0
18	Medicina Interna													0
19	Nefrología													0
20	Neonatología													0
21	Neumología													0
22	Neurocirugía													0
23	Neurología													0
24	Oftalmología													0
25	Oncología													0
26	Otorrinolaringología													0
27	Pediatría													0
28	Psiquiatría													0
29	Radioterapia													0
30	Reumatología													0
31	Traumatología y Ortopedia													0
32	Urología													0
33	Otro: (consignar)													0
34	Otro: (consignar)													0
35	Otro: (consignar)													0
36	Otro: (consignar)													0
37	Otro: (consignar)													0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 6: ATENCIONES MÉDICAS EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:															
FECHA:															
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
1	Anestesiología													0	
2	Cardiología													0	
3	Cirugía de Cabeza y Cuello													0	
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular													0	
5	Cirugía General													0	
6	Cirugía Oncológica													0	
7	Cirugía Pediátrica													0	
8	Cirugía Plástica													0	
9	Dermatología													0	
10	Endocrinología													0	
11	Gastroenterología													0	
12	Geriatría													0	
13	Ginecología - Obstetricia													0	
14	Hematología													0	
15	Infectología y Medicina Tropical													0	
16	Medicina Física y Rehabilitación													0	
17	Medicina General													0	
18	Medicina Interna													0	
19	Nefrología													0	
20	Neonatología													0	
21	Neumología													0	
22	Neurocirugía													0	
23	Neurología													0	
24	Oftalmología													0	
25	Oncología													0	
26	Otorrinolaringología													0	
27	Pediatría													0	
28	Psiquiatría													0	
29	Radioterapia													0	
30	Reumatología													0	
31	Traumatología y Ortopedia													0	
32	Urología													0	
33	Otro: (consignar)													0	
34	Otro: (consignar)													0	
35	Otro: (consignar)													0	
36	Otro: (consignar)													0	
37	Otro: (consignar)													0	
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 7: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA

AUDITOR RESPONSABLE:			
FECHA:			
N°	CIE 10	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD DE ATENCIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	OTROS	OTROS	
TOTAL GENERAL			0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 8: ATENCIONES Y ATENDIDOS DE LA CONSULTA EXTERNA

AUDITOR RESPONSABLE:														
FECHA:														
N.º	CANTIDAD DE ATENCIONES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DI C	TOTA L
1	Números de atenciones médicas													0
2	Números de atenciones no médicas													0
3	Números de pacientes con atenciones médicas													0
4	Números de pacientes con atenciones no médicas													0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 9: DIFERIMIENTO DE CITAS MÉDICAS DE CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:													
FECHA:													
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Anestesiología												
2	Cardiología												
3	Cirugía de Cabeza y Cuello												
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular												
5	Cirugía General												
6	Cirugía Oncológica												
7	Cirugía Pediátrica												
8	Cirugía Plástica												
9	Dermatología												
10	Endocrinología												
11	Gastroenterología												
12	Geriatría												
13	Ginecología - Obstetricia												
14	Hematología												
15	Infectología y Medicina Tropical												
16	Medicina Física y Rehabilitación												
17	Medicina General												
18	Medicina Interna												
19	Nefrología												
20	Neonatología												
21	Neumología												
22	Neurocirugía												
23	Neurología												
24	Oftalmología												
25	Oncología												
26	Otorrinolaringología												
27	Pediatría												
28	Psiquiatría												
29	Radioterapia												
30	Reumatología												
31	Traumatología y Ortopedia												
32	Urología												
33	Otro: (consignar)												
34	Otro: (consignar)												
35	Otro: (consignar)												
36	Otro: (consignar)												
37	Otro: (consignar)												

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 10: PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD

AUDITOR RESPONSABLE:													
FECHA:													
N°	ESPECIALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Anestesiología												
2	Cardiología												
3	Cirugía de Cabeza y Cuello												
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular												
5	Cirugía General												
6	Cirugía Oncológica												
7	Cirugía Pediátrica												
8	Cirugía Plástica												
9	Dermatología												
10	Endocrinología												
11	Gastroenterología												
12	Geriatría												
13	Ginecología - Obstetricia												
14	Hematología												
15	Infectología y Medicina Tropical												
16	Medicina Física y Rehabilitación												
17	Medicina General												
18	Medicina Interna												
19	Nefrología												
20	Neonatología												
21	Neumología												
22	Neurocirugía												
23	Neurología												
24	Oftalmología												
25	Oncología												
26	Otorrinolaringología												
27	Pediatría												
28	Psiquiatría												
29	Radioterapia												
30	Reumatología												
31	Traumatología y Ortopedia												
32	Urología												
33	Otro: (consignar)												
34	Otro: (consignar)												
35	Otro: (consignar)												
36	Otro: (consignar)												
37	Otro: (consignar)												

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 11: UTILIZACIÓN DE LOS CONSULTORIOS (MÉDICOS) DE LA CONSULTA EXTERNA

AUDITOR RESPONSABLE:													
FECHA:													
N°	INDICADOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Utilización de los Consultorios (médicos)												

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 12: CONCENTRACIÓN DE CONSULTA EXTERNA MÉDICA

AUDITOR RESPONSABLE:					
FECHA:					
N°	INDICADOR	2019	2020	2021	2022
1	Concentración de Consulta Externa Médica				

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 1: HORAS PROGRAMADAS DEL EESS - HORAS A PROGRAMAR SEGÚN NORMA

N°	ESPECIALIDAD	ENERO							FEBRERO						
		Horas Program. Según Norma	Horas Program. EESS	Horas Efectivas EESS	% Cumpl. Horas EESS	% Cumpl. Horas Norma	Horas no program.	% Horas no program.	Horas Program. Según Norma	Horas Program. EESS	Horas Efectivas EESS	% Cumpl. Horas EESS	% Cumpl. Horas Norma	Horas no program.	% Horas no program.
1	Anestesiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
2	Cardiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3	Cirugía de Cabeza y Cuello	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
5	Cirugía General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
6	Cirugía Oncológica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
7	Cirugía Pediátrica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
8	Cirugía Plástica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
9	Dermatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
10	Endocrinología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
11	Gastroenterología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
12	Geriatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
13	Ginecología - Obstetricia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
14	Hematología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
15	Infectología y Medicina Tropical	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
16	Medicina Física y Rehabilitación	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
17	Medicina General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
18	Medicina Interna	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
19	Nefrología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
20	Neonatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
21	Neumología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
22	Neurocirugía	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
23	Neurología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
24	Oftalmología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
25	Oncología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
26	Otorrinolaringología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
27	Pediatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
28	Psiquiatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
29	Radioterapia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
30	Reumatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
31	Traumatología y Ortopedia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
32	Urología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
33	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
34	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
35	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
36	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
37	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
TOTALES		0	0	0	0.00%	0.00%	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0.00%	0	0.00%

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 2: ATENCIONES MÉDICAS REALIZADAS - ATENCIONES MÉDICAS A PROGRAMAR SEGÚN NORMA

CATEGORÍA:	
ATENCIONES/HORA:	3 A 4

N°	ESPECIALIDAD	ENERO						FEBRERO					
		Atenciones médicas realizadas EESS	Atenciones médicas según NORMA Rango Mínimo	Atenciones médicas según NORMA Rango Máximo	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÍNIMO	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÁXIMO	¿Se encuentra en rango?	Atenciones médicas realizadas EESS	Atenciones médicas según NORMA Rango Mínimo	Atenciones médicas según NORMA Rango Máximo	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÍNIMO	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÁXIMO	¿Se encuentra en rango?
1	Anestesiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
2	Cardiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
3	Cirugía de Cabeza y Cuello	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
5	Cirugía General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
6	Cirugía Oncológica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
7	Cirugía Pediátrica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
8	Cirugía Plástica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
9	Dermatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
10	Endocrinología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
11	Gastroenterología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
12	Geriatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
13	Ginecología - Obstetricia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
14	Hematología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
15	Infectología y Medicina Tropical	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
16	Medicina Física y Rehabilitación	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
17	Medicina General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
18	Medicina Interna	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
19	Nefrología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
20	Neonatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
21	Neumología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
22	Neurocirugía	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

23	Neurología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
24	Oftalmología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
25	Oncología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
26	Otorrinolaringología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
27	Pediatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
28	Psiquiatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
29	Radioterapia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
30	Reumatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
31	Traumatología y Ortopedia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
32	Urología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
33	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
34	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
35	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
36	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
37	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
TOTALES		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 3: PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO SEGÚN EESS - PRODUCTIVIDAD SEGÚN NORMA

CATEGORÍA													
N°	PRODUCTIVIDAD HORA MÉDICO	ENERO						FEBRERO					
		Atenciones médicas	Horas Programas	Horas según norma	Productividad EESS	Productividad norma	Estándar	Atenciones médicas	Horas Programas	Horas según norma	Productividad EESS	Productividad norma	Estándar
1	Anestesiología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
2	Cardiología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
3	Cirugía de Cabeza y Cuello	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
5	Cirugía General	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
6	Cirugía Oncológica	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
7	Cirugía Pediátrica	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
8	Cirugía Plástica	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
9	Dermatología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
10	Endocrinología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
11	Gastroenterología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
12	Geriatría	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
13	Ginecología - Obstetricia	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
14	Hematología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
15	Infectología y Medicina Tropical	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
16	Medicina Física y Rehabilitación	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
17	Medicina General	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
18	Medicina Interna	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
19	Nefrología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
20	Neonatología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
21	Neumología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
22	Neurocirugía	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
23	Neurología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
24	Oftalmología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
25	Oncología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
26	Otorrinolaringología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
27	Pediatría	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
28	Psiquiatría	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
29	Radioterapia	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
30	Reumatología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
31	Traumatología y Ortopedia	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
32	Urología	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
33	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
34	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
35	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
36	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4
37	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 4: CONCENTRACIÓN DE CONSULTA EXTERNA MÉDICA

N°	INDICADOR	2019	2020	2021	2022
1	Concentración de C. Externa Médica según ENTIDAD	0	0	0	0
2	Concentración de C. Externa Médica según CONTRALORÍA			SD	

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 5: INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA EN CONSULTA EXTERNA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

CATEGORÍA:

N°	ESPECIALIDAD	ENERO																		
		N° médicos	Horas Program. EESS	Horas Efectivas EESS	Horas Program. Según Norma	% Cumpl. Horas EESS	% Cumpl. Horas Norma	Horas no program.	% Horas no program.	Atenciones médicas realizadas EESS	Atenciones médicas según NORMA Rango Mínimo	Atenciones médicas según NORMA Rango Máximo	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÍNIMO	Diferencia de Atenciones Médicas RANGO MÁXIMO	¿Se encuentra en rango?	Productividad EESS	Productividad norma	Estándar	Diferimiento	
1	Anestesiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
2	Cardiología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
3	Cirugía de Cabeza y Cuello	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
4	Cirugía de Tórax y Cardiovascular	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
5	Cirugía General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
6	Cirugía Oncológica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
7	Cirugía Pediátrica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
8	Cirugía Plástica	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
9	Dermatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
10	Endocrinología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
11	Gastroenterología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
12	Geriatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
13	Ginecología - Obstetricia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
14	Hematología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
15	Infectología y Medicina Tropical	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
16	Medicina Física y Rehabilitación	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
17	Medicina General	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
18	Medicina Interna	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
19	Nefrología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
20	Neonatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
21	Neumología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
22	Neurocirugía	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
23	Neurología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
24	Oftalmología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0

25	Oncología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
26	Otorrinolaringología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
27	Pediatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
28	Psiquiatría	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
29	Radioterapia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
30	Reumatología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
31	Traumatología y Ortopedia	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
32	Urología	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
33	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
34	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
35	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
36	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
37	Otro: (consignar)	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	3 a 4	0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N°	NORMA	CRITERIO
1	La Ley n.° 26842 “Ley General de Salud” de 15 de julio de 1997, señala:	<p>“Título Preliminar (...) VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad”.</p>
2	El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA de 23 de junio de 2006, señala:	<p>“Artículo 9.- Garantía de la calidad y seguridad de la atención Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda. (...) Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios. (...) Artículo 96.- Evaluación de la calidad de la atención de salud A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios”.</p>
3	La Directiva Administrativa N° 207-MINSA-DGSP-V.01 “Directiva Administrativa para la Programación de los Turnos del Trabajo Médico en los Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud” aprobada con Resolución Ministerial N° 343-2015-MINSA de 29 de mayo del 2015, señala:	<p>“5.2 La programación de turnos del trabajo médico debe partir de un análisis previo de la brecha demanda – oferta de horas médico con el propósito de atender la demanda de las necesidades de salud de la población objetivo y de optimizar la oferta médica existente. Para dicho análisis se tiene en cuenta los siguientes elementos: 5.2.1 Las prestaciones de la cartera de servicios para atender la demanda de las necesidades de salud de la población objetivo. 5.2.2 Las horas–médicas requeridas en las UPSS para el periodo a programar aplicando los indicadores de producción y de calidad. 5.2.3 Las horas–médico disponibles en las UPSS para el periodo a programar.(...) 5.5 El Médico Jefe de Servicio o de la unidad orgánica correspondiente elabora la programación de turnos de trabajo médico del personal médico a su cargo y de ser el caso, lo remite al Jefe del Departamento para su revisión y visación; para luego ser enviado al Director o Jefe del Hospital O Instituto Especializado para su aprobación final, teniendo en cuenta lo siguiente:</p>

N°	NORMA	CRITERIO								
		<p>5.15.1 El horario de atención al usuario en Consultorios Externos es establecido por cada establecimiento y es cubierto por turnos de trabajo médico programados. Por turno no se puede exceder de cuatro (04 horas) ininterrumpidas, destinando las horas restantes a labores propias del establecimiento de salud. (...).”</p> <p>“6.1.3 Programación de Turnos del Trabajo Médico en la Consulta Externa</p> <p>Se tomarán en cuenta los siguientes parámetros referenciales según nivel de complejidad:</p> <p style="text-align: center;">Tabla 2. Tiempos referenciales en Consulta Externa</p> <table border="1" data-bbox="573 555 2038 667"> <thead> <tr> <th data-bbox="573 555 938 584">Hospital II-1</th> <th data-bbox="938 555 1303 584">Hospital II-2</th> <th data-bbox="1303 555 1668 584">Hospital III-1</th> <th data-bbox="1668 555 2038 584">Instituto III-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="573 584 938 667">12 a 15 minutos/paciente</td> <td data-bbox="938 584 1303 667">12 a 15 minutos/paciente</td> <td data-bbox="1303 584 1668 667">15 a 20 minutos/paciente</td> <td data-bbox="1668 584 2038 667">15 a 20 minutos/paciente</td> </tr> </tbody> </table> <p>Asimismo, se tomará en cuenta el análisis de la demanda en consulta externa y los indicadores de producción según especialidad”.</p>	Hospital II-1	Hospital II-2	Hospital III-1	Instituto III-2	12 a 15 minutos/paciente	12 a 15 minutos/paciente	15 a 20 minutos/paciente	15 a 20 minutos/paciente
Hospital II-1	Hospital II-2	Hospital III-1	Instituto III-2							
12 a 15 minutos/paciente	12 a 15 minutos/paciente	15 a 20 minutos/paciente	15 a 20 minutos/paciente							
4	<p>La NTS N° 021- MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” aprobada con la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546- 2011/MINSa de 13 de julio de 2011, que señala:</p>	<p>“FINALIDAD Contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. (...)</p> <p>Unidades Productoras de Servicios de Salud.-</p> <p>Cumplimiento obligatorio para los establecimientos de salud de esta categoría:</p> <p>a) UPSS Consulta Externa</p> <p>Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención integral de salud, en la modalidad ambulatoria, a usuarios que no estén en condición de Urgencia y/o Emergencia. (...)</p> <p>7. RESPONSABILIDADES</p> <p>7.1. Nivel Nacional:</p> <p>El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicios de Salud, es responsable de la difusión y evaluación de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional. Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integran el Sector Salud, son responsables de la difusión y de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de su jurisdicción. (...).”</p>								

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
FORMATO N° 13: DATOS GENERALES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD - EESS			
CÓDIGO ÚNICO DEL EESS:			
NOMBRE DEL EESS:			
AUDITOR RESPONSABLE:			
FECHA:			
N°	DATOS GENERALES DE LOS EESS	VALOR	Consignar documento de sustento
GENERALIDADES			
1	Categoría del EESS: Resolución		
2	Resolución de Categorización del EESS vigente a la fecha		
3	¿Cuenta con población asignada?		
4	de ser el caso, consignar el dato numérico.		
TRIAJE			
5	¿Cuenta con código de alarma de emergencia?		
6	¿El código de alarma de emergencia se encuentra operativo?		
SALA DE REANIMACIÓN (SHOCK TRAUMA)			
7	Total de Camas en Sala de Reanimación (Shock Trauma)		
SALA DE OBSERVACIÓN			
8	Total de Camas en Sala de Observación		
9	Total de Camas Accesorias en Sala de Observación*		
10	¿Cuenta con el sistema de llamado paciente - enfermera?		
11	¿El sistema de llamado paciente - enfermera se encuentra operativo?		
ÁREA DE AISLAMIENTO			
12	¿Cuenta con cuarto de aislados?		
UCI			
13	Total de Camas de Unidad Cuidados Intensivos	8	Suma autogenerada (no modificar)
14	<i>Total de camas UCI Adultos</i>	5	
15	<i>Total de camas UCI Pediátrica</i>	3	
16	<i>Total de camas UCI Neonatal</i>	0	
17	<i>Total de camas UCI de Especialidades</i>	0	
UCIN			
16	Total de Camas de Unidad Cuidados Intermedios	3	Suma autogenerada (no modificar)
17	<i>Total de camas UCIN Adultos</i>	2	
18	<i>Total de camas UCIN Pediátrica</i>	1	
19	<i>Total de camas UCIN Neonatal</i>	0	
20	<i>Total de camas UCIN Especialidades</i>	0	
SALA DE OPERACIONES ASIGNADAS A LA EMERGENCIA			
21	Total de Salas de Operaciones asignadas para Emergencias	2	Suma autogenerada (no modificar)
22	<i>Salas de Operaciones Operativas</i>	2	
23	<i>Salas de Operaciones Inoperativas</i>	0	
MÉDICOS ASISTENCIALES			
24	Total de médicos en el Establecimiento de Salud:		
25	Total de médicos asignados al Servicio de Emergencia:		
GRUPO ELECTRÓGENO			
26	¿Cuenta con grupo electrógeno?		
27	¿El grupo electrógeno se encuentra operativo?		
(*) Camas Accesorias en Sala de Observación: Camillas y sillas de ruedas habilitadas y asignadas a la Sala de Observación del Servicio de Emergencia, donde se realiza la atención, tratamiento, reevaluación y observación de los pacientes que permanecen en dicho ambiente.			

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 14: RELACIÓN DE MÉDICOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE EMERGENCIA

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CM P	ESPECIALIDAD	RNE	SERVICIO ASIGNADO	CONDICIÓN LABORAL	CARGO	MODALIDAD DE TRABAJO
1						Servicio de Emergencia		Jefe de Servicio de Emergencia	
2						Servicio de Emergencia		Jefe de Guardia	
3						Servicio de Emergencia			
4						Servicio de Emergencia			
5						Servicio de Emergencia			
6						Servicio de Emergencia			
7						Servicio de Emergencia			
8						Servicio de Emergencia			
9						Servicio de Emergencia			
10						Servicio de Emergencia			
11						Servicio de Emergencia			
12						Servicio de Emergencia			
13						Servicio de Emergencia			
14						Servicio de Emergencia			
15						Servicio de Emergencia			
16						Servicio de Emergencia			
17						Servicio de Emergencia			
18						Servicio de Emergencia			
19						Servicio de Emergencia			
20						Servicio de Emergencia			
21						Servicio de Emergencia			
22						Servicio de Emergencia			
23						Servicio de Emergencia			
24						Servicio de Emergencia			
25						Servicio de Emergencia			
26						Servicio de Emergencia			
27						Servicio de Emergencia			
28						Servicio de Emergencia			
29						Servicio de Emergencia			
30						Servicio de Emergencia			

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 15: ATENCIONES POR PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	ATENCIONES POR PRIORIDAD	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DI C	TOTA L
1	Prioridad I: Gravedad Súbita Extrema													0
2	Prioridad II: Urgencia Mayor													0
3	Prioridad III: Urgencia Menor													0
4	Prioridad IV: Patología Aguda Común													0
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 16: ATENCIONES MÉDICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

	ATENCIONES MÉDICAS	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DI C	TOTA L
1	Total de Atenciones de Emergencia													0
2	Total de Atenciones de Consulta Externa													0
3	Total de pacientes fallecidos en la Emergencia													0
	SALA DE OBSERVACIONES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DI C	TOTA L
5	Promedio de estancia en Sala de Observación													0
6	Unidad de tiempo en que se consigna la estancia en Sala de Observación	DÍAS												
	INDICADORES	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DI C	TOTA L
7	Razón de Emergencias por Consulta Médica													0
8	Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas													0
9	Porcentaje de fallecidos en Emergencia													0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 17: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	CIE 10	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD DE ATENCIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	OTROS	OTROS	
TOTAL GENERAL			0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 6: PORCENTAJE DE ATENCIONES POR PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

N°	ATENCIONES POR PRIORIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Prioridad I: Gravedad Súbita Extrema	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0.0%
2	Prioridad II: Urgencia Mayor	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0.0%
3	Prioridad III: Urgencia Menor	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0.0%
4	Prioridad IV: Patología Aguda Común	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0.0%
TOTAL		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

PORCENTAJE DE ATENCIONES POR PRIORIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA - ANUAL

Prioridad I: Gravedad Súbita Extrema
0%

Prioridad II: Urgencia Mayor
0%

Prioridad III: Urgencia Menor
0%

Prioridad IV: Patología Aguda Común
0%

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

RESULTADO N° 7: INDICADORES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Razón de Emergencias por Consulta Médica	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DIC	TOT AL
Razón de Emergencias por Consulta Médica EESS	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	#¡DI V/0!
Razón de Emergencias por Consulta Médica NORMA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	#¡DI V/0!
¿Se encuentra dentro del estándar?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	#¡DI V/0!
Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DIC	TOT AL
Promedio de estancia en Sala de Observación en HORAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 12 horas	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.00 %
¿Se encuentra dentro del estándar?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Porcentaje de fallecidos en Emergencia	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE T	OC T	NO V	DIC	TOT AL
Porcentaje de fallecidos en Emergencia	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.0 0%	0.00 %
¿Se encuentra dentro del estándar?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

N°	NORMA	CRITERIO
1	La Ley n.° 26842 "Ley General de Salud" de 15 de julio de 1997, señala:	<p>"Título Preliminar (...) VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad".</p>
2	El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA de 23 de junio de 2006, señala:	<p>"Artículo 9.- Garantía de la calidad y seguridad de la atención Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda. (...) Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios. (...) Artículo 96.- Evaluación de la calidad de la atención de salud A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios".</p>
3	La NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia" aprobada con la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 386-2006/MINSA de 20 de abril de 2006, que señala:	<p>"5.1 Definiciones Operativas Daño Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los damos en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención: Prioridad I : Gravedad súbita extrema Prioridad II : Urgencia Mayor Prioridad III : Urgencia Menor Prioridad IV : Patología aguda común Emergencia médica y/o quirúrgica Se entienda por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II. (...) 5.2 DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (...) El Servicio de Emergencia debe contar con un jefe de Guardia especialista en Medicina Interna o en Medicina de Emergencias y Desastres y con las mayores competencias para la atención de emergencias y la gestión del servicio. En el caso de Servicios de Emergencias de especialidades podrá contar con el especialista según el caso (Pediatra, Gineco – Obstetra) (...) DE LOS RECURSOS HUMANOS (...)</p>

N°	NORMA	CRITERIO
		<p>En Establecimientos de Salud II-1 (*), II-2, III-1 y III-2</p> <p>Médico Jefe del Servicio Médico con título de segunda especialización en Medicina de Emergencias y Desastres e inscrito o Medicina Interna en el Registro de Especialidades del Colegio Médico del Perú. (...)</p> <p>(* En los Hospitales II-1 se contará de preferencia con un médico emergenciólogo permanente o no, de acuerdo a los recursos disponibles y a la demanda de pacientes de alta siniestralidad. (...)</p> <p>5.3 DE LA INFRAESTRUCTURA (...) Atención al paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triage. • Unidad de Shock Trauma y Reanimación (establecimientos II-2, III-1 y III-2). • (...) • Área de aislamiento (III-1 y III-2). • (...) <p>(...)"</p>
4	<p>La NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" aprobada con la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA de 13 de julio de 2011, que señala:</p>	<p>"FINALIDAD Contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. (...)</p> <p>Unidades Productoras de Servicios de Salud.-</p> <p>Cumplimiento obligatorio para los establecimientos de salud de esta categoría:</p> <p>a) UPSS Emergencia</p> <p>Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de Urgencia y/o Emergencia. (...)</p> <p>7. RESPONSABILIDADES</p> <p>7.1. Nivel Nacional:</p> <p>El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicios de Salud, es responsable de la difusión y evaluación de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional. Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integran el Sector Salud, son responsables de la difusión y de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de su jurisdicción. (...)"</p>

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 18: DATOS GENERALES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD - EESS

CÓDIGO ÚNICO DEL EESS:	
NOMBRE DEL EESS:	
AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DATOS GENERALES DE LOS EESS	VALOR	Consignar documento de sustento
GENERALIDADES			
1	Categoría del EESS: Resolución		
2	Resolución de Categorización del EESS vigente a la fecha		
3	¿Cuenta con población asignada?		
4	de ser el caso, consignar el dato numérico.		
CAMAS EN HOSPITALIZACIÓN			
5	Total de camas en Hospitalización		
6	<i>Total de camas Dpto. de Medicina</i>		
7	<i>Total de camas Dpto. de Cirugía</i>		
MÉDICOS ASISTENCIALES			
8	Total de médicos en el Establecimiento de Salud:		
9	Total de médicos asignados al Servicio de Hospitalización:		

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 19: RELACIÓN DE MÉDICOS ASIGNADOS A HOSPITALIZACIÓN

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CMP	ESPECIALIDAD	RNE	SERVICIO ASIGNADO	CONDICIÓN LABORAL	CARGO	MODALIDAD DE TRABAJO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 20: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOSPITALIZACIÓN

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	CIE 10	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD DE ATENCIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	OTROS	OTROS	
TOTAL GENERAL			0

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

FORMATO N° 21: ATENCIONES MÉDICAS EN HOSPITALIZACIÓN

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

	DATOS GENERALES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Total de camas hospitalarias													0
2	Total de médicos asignados a Hospitalización													0
3	Total de días de estancia de los egresados de hospitalización													0
4	Número de ingresos hospitalarios del mes													0
5	Número de egresos hospitalarios del mes													0
6	Promedio de Permanencia Hospitalaria o Estancia Hospitalaria (días)	Hospitales: 6 a 8 días Institutos (III-2): 6 a más días												
7	Intervalo de Sustitución Cama	0.6 a 1 día												
8	Porcentaje de Ocupación Cama	85 - 90%												
9	Rendimiento Cama	Hospitales: > 48 al año (promedio: 4 egresos al mes) Institutos (III-2): > 40 al año												
10	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	<= 0.7%												
11	Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	3 a 4 %												

(*) En los establecimientos de salud de ESSALUD utilizar los criterios señalados en el Documento Técnico: "Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud" aprobado con la Resolución de Gerencia General N° 1037-GGESSALUD-2019 de 5 de julio de 2019 y el "Compendio de Indicadores de Salud 2009" aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010

N	INDICADOR	VALOR REFERENCIAL MINSA	CRITERIO ESSALUD
1	Promedio de Permanencia Hospitalaria o Estancia Hospitalaria (días)	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"6. PROMEDIO DE PERMANENCIA</p> <p>CONCEPTO: Indicador para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas del hospital e indirectamente la calidad de los servicios, ya que en tiempos excesivos de hospitalización puede reflejar, entre otras causas deficiencias técnicas. Establece también el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente hospitalizado en un periodo de tiempo. (...)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Es el promedio de días de permanencia de los pacientes. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: Entre 6 a 8 días. INSTITUTO: De 6 días a más".</p>	<p>El documento técnico "Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud" aprobado con la Resolución de Gerencia General N° 1037-GG-ESSALUD-2019 de 5 de julio de 2019, señala:</p> <p>"8. PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA (...)</p> <p>Fundamento: Este indicador se enfoca en el uso eficiente de la cama hospitalaria a fin de optimizar la oferta y disminuir las listas de espera para hospitalización. Definición Operacional: Es el número de días promedio que permanecen hospitalizados los pacientes en la IPRESS. Estándar: Nivel II: H. I = 3.5, H. II = 4, H. III = 5, H. IV = 6 Nivel III: H.N. = 10, INST. = 10, IPO = 1.5".</p>
2	Intervalo de Sustitución Cama	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"7. INTERVALO DE SUSTITUCIÓN CAMA</p> <p>CONCEPTO: Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día. (...)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: 0.6 hasta 1 día INSTITUTO: 0.6 hasta 1 día".</p>	<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:</p> <p>"1.O2.2.1 Intervalo de Sustitución Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama. El intervalo de sustitución y el promedio de estadía, son los indicadores que determinan estadísticamente el porcentaje de ocupación y el rendimiento cama. Los p promedios más altos indican poca demanda del servicio y otros problemas organizativos. Una cama como promedio, no debe estar más de un día vacía. (...) Estándar: 1,0 Indicador Específico y su evaluación es Mensual".</p>

N°	NORMA	CRITERIO	
3	Porcentaje de Ocupación Cama	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:"8. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA CONCEPTO: Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado período (día, semana, mes o año). Por ejemplo, si un hospital tiene 100 camas, y en una están ocupadas 81 camas, significa que tiene una ocupación del 81% en ese día.(...)INTERPRETACIÓN: Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria expresado en porcentaje. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: 85 - 90% INSTITUTO: 85 - 90%".</p>	<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:"I.O.1.2.1 Porcentaje de Ocupación Cama Mide el grado de ocupación de cada cama hospitalaria(...)Estándar: 90% Indicador de Incremento y su evaluación es mensual".</p>
4	Rendimiento Cama	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"9. RENDIMIENTO CAMA CONCEPTO: Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo. (...) INTERPRETACIÓN: El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes. INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año".</p>	<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:</p> <p>"I.O.1.2.2 Rendimiento Cama Mide la utilización de una cama durante un periodo determinado de tiempo (rendimiento). Este indicador es un variable dependiente, es decir, se ve influenciado por el promedio de estadía (aumentado por tratamientos inadecuados, ingresos innecesarios, demora en el alta de pacientes niños y/o ancianos) y el intervalo de sustitución. Es decir a menos estadía e intervalo de sustitución, mayor índice de rotación o rendimiento; es decir, la cama será más utilizada en el periodo medido. (...) Estándar (rendimiento mensual): H.I: 6,7; H.II: 6,0; H.III: 4,5 y H.IV: 3,0 Indicador de incremento y su evaluación es mensual".</p>

N°	NORMA	CRITERIO
5	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"16. PORCENTAJE DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS CONCEPTO: Se define como infecciones intrahospitalarias a aquellos procesos infecciosos que ocurren durante la hospitalización de un paciente entre las (48-72 horas post ingreso) o después del egreso que no se encontraban presentes ni en incubación en el momento de la admisión; cualquiera sea la causa que motivó la hospitalización. Este indicador puede aplicarse de manera global o específica para cada una de las complicaciones que se presenten en el hospital o en los servicios o especialidades. También se incluye infecciones que se manifiestan hasta 30 días después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso. (...) INTERPRETACIÓN: Es el porcentaje de pacientes que presentan un proceso infeccioso adquirido luego de las 48 horas de permanecer hospitalizados, el mismo que no portaba a su ingreso. ESTÁNDAR PROPUESTO: Hospital: I: 0 a 0,7%. II: 0 a 0,7%. III: 0 a 0,7%".</p>
6	Tasa Neta de Mortalidad Hospitalaria	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"17. TASA NETA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA CONCEPTO: 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. (...) INTERPRETACIÓN: Es la relación porcentual entre el número de egresos por defunción hospitalaria en un periodo y el número de egresos en el mismo periodo. Cuantificados a partir de las 48 y más horas de admisión al hospital, servicio o especialidad en un período. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: 3% a 4%. INSTITUTO: 3% a 4%".</p>

N°	NORMA	CRITERIO
7	La Ley n.º 26842 "Ley General de Salud" de 15 de julio de 1997, señala:	<p>"Título Preliminar (...) VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad".</p>
8	El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA de 23 de junio de 2006, señala:	<p>"Artículo 9.- Garantía de la calidad y seguridad de la atención Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda. (...) Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios. (...) Artículo 96.- Evaluación de la calidad de la atención de salud A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios".</p>
9	La NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" aprobada con la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA de 13 de julio de 2011, que señala:	<p>"FINALIDAD Contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. (...) Unidades Productoras de Servicios de Salud.- Cumplimiento obligatorio para los establecimientos de salud de esta categoría: (...) c) UPSS Hospitalización Unidad básica del establecimiento de salud organizada para brindar los cuidados necesarios a los usuarios que requieren permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas, por su grado de dependencia o riesgo. Dichos cuidados están referidos a las atenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. (...) 7. RESPONSABILIDADES 7.1. Nivel Nacional: El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicios de Salud, es responsable de la difusión y evaluación de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional. Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integran el Sector Salud, son responsables de la difusión y de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de su jurisdicción. (...)".</p>

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

FORMATO N° 22: DATOS GENERALES DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD - EESS

CÓDIGO ÚNICO DEL EESS:	00009251
NOMBRE DEL EESS:	HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DATOS GENERALES DE LOS EESS	VALOR	Consignar documento de sustento
GENERALIDADES			
1	Categoría del EESS: Resolución		
2	Resolución de Categorización del EESS vigente a la fecha		
3	¿Cuenta con población asignada?		
4	de ser el caso, consignar el dato numérico.		
SALAS DE OPERACIONES EN CENTRO QUIRÚRGICO			
5	Total de salas de operaciones	0	
5.1	Total de salas de operaciones operativas		
5.2	Total de salas de operaciones inoperativas		
6	Total de salas de operaciones asignadas a la Emergencia		
7	Total de camas en recuperación		
CAMAS HOSPITALARIAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
8	Total de camas en el EESS		
8.1	Total de camas quirúrgicas en el EESS		
MÉDICOS ASISTENCIALES			
9	Total de médicos en el Establecimiento de Salud:		
10	Total de médicos asignados al Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico:		

**TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

FORMATO N° 23: RELACIÓN DE MÉDICOS ASIGNADOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CMP	ESPECIALIDAD	RNE	SERVICIO ASIGNADO	CONDICION LABORAL	CARGO	MODALIDAD DE TRABAJO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

TABLERO DE CONTROL GUBERNAMENTAL A INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

FORMATO N° 24: PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE LAS CIRUGÍAS REALIZADAS EN CENTRO QUIRÚRGICO

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	CIE 10	DIAGNÓSTICO	CANTIDAD DE ATENCIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11	OTROS	OTROS	
TOTAL GENERAL			0

**HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
FORMATO N° 25: ATENCIONES EN CENTRO QUIRÚRGICO**

AUDITOR RESPONSABLE:	
FECHA:	

N°	DATOS GENERALES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
1	Total de salas de operaciones operativas													0
2	Total de salas de operaciones inoperativas													0
3	Total de salas de operaciones asignadas a la Emergencia													0
4	Total de camas en recuperación													0
5	Total de médicos asignados al Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico													0
6	Total de cirugías programadas													0
7	Total de cirugías efectuadas (respecto de las programadas)													0
8	Total de cirugías de EMERGENCIA													0
9	Rendimiento de Sala de Operaciones	MINSA: HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes INSTITUTO:(variable) ESSALUD: Segundo nivel de atención H.I=75, H.II=85, H, III= 105, H. IV = 125 Tercer nivel de atención H. N. = 100, INCOR = 60, IPO = 75												0
10	Rendimiento sala de operaciones (cirugías de emergencia)	SE												0
11	Rendimiento sala de operaciones (cirugías electivas)	SE												0
12	Porcentaje de cirugías suspendidas	5%												0
13	Tasa de cesárea	MINSA: HOSPITAL: 20% - 25% INSTITUTO: 25% - 35% ESSALUD: H. I y H. II: 15%; H. III: 20%; H. IV: 45%												0
14	Cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica	SE												0

N	INDICADOR	VALOR REFERENCIAL MINSA	CRITERIO ESSALUD
1	Rendimiento de sala de operaciones	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"12. RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES</p> <p>CONCEPTO: 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). (...)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada turno.</p> <p>ESTÁNDAR: PROPUESTO HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes INSTITUTO:(variable de acuerdo a la especialidad del Instituto)".</p>	<p>El documento técnico "Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud" aprobado con la Resolución de Gerencia General N° 1037-GG-ESSALUD-2019 de 5 de julio de 2019, señala:</p> <p>"15. RATIO RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES (...) Fundamento: Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Definición Operacional: Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones. (...) Estándar: Segundo nivel de atención H.I=75, H.II=85, H, III= 105, H. IV = 125 Tercer nivel de atención H. N. = 100, INCOR = 60, IPO = 75".</p>
2	Rendimiento sala de operaciones (cirugías de emergencia)	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"13. RENDIMIENTO SALA DE OPERACIONES (Cirugías de Emergencia)</p> <p>CONCEPTO: Es el número de Intervenciones quirúrgicas (en sala de emergencia), en relación a los turnos quirúrgicos ejecutados por unidad de tiempo (mes) (...)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Representa el número de intervenciones quirúrgicas, por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes.</p> <p>ESTÁNDAR PROPUESTO: Sin estándar".</p>	
3	Rendimiento sala de operaciones (cirugías electivas)	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala:</p> <p>"14. RENDIMIENTO SALA DE OPERACIONES (Cirugías Electivas)</p> <p>CONCEPTO: Es el número de Intervenciones quirúrgicas (en sala de cirugías lectivas), en relación a los turnos quirúrgicos ejecutados por unidad de tiempo (mes). (...)</p> <p>INTERPRETACIÓN: Representa el número de intervenciones quirúrgicas programadas en sala de cirugías electivas por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes.</p> <p>ESTÁNDAR PROPUESTO: Sin estándar".</p>	

N	INDICADOR	VALOR REFERENCIAL MINSA	CRITERIO ESSALUD
4	Porcentaje de cirugías suspendidas	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala: "22. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS CONCEPTO: Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas. Permite identificar problemas, en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.(...) INTERPRETACIÓN: Porcentaje de cirugías canceladas de las programadas. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: 5% INSTITUTO: 5%".</p>	<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala: "I.O.2.2.9 Operaciones Suspendidas Mide el grado de cumplimiento de las actividades quirúrgicas programadas en periodos determinados. La suspensión de estas actividades puede estar asociada a la falta de material y/o instrumental médico u otros.(...) Estándar: 5% Indicador de Decremento y su Evaluación es Mensual".</p>
5	Tasa de cesárea	<p>El documento de trabajo: "Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA" elaborado por la Oficina General de Estadística e Informática – OGEI del Ministerio de Salud – MINSA en agosto del 2013 para el Módulo de Capacitación de indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y GERESA/DIRESA, señala: "9. TASA DE CESÁREA CONCEPTO: Establece la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en un hospital durante un periodo.(...) INTERPRETACIÓN: Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea. ESTÁNDAR PROPUESTO: HOSPITAL: 20% - 25% INSTITUTO: 25% - 35%</p>	<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala: "I.O.2.2.8 Tasa de Cesáreas Mide la proporción de partos que ocurren por Cesárea. Ayuda a evaluar la calidad del servicio de obstetricia de un hospital o de una Red de Servicios.(...) Estándar: H. I y H. II: 15%; H. III: 20%; H. IV: 45% Indicador de Decremento y su evaluación es Mensual".</p>

N	INDICADOR	VALOR REFERENCIAL MINSA	CRITERIO ESSALUD
6	Cantidad de pacientes en lista de espera quirúrgica	Horas Quirúrg+A7:B8cas Efectivas	Número de pacientes que se encuentran en lista de espera para una cirugía electiva que han cumplido con los requisitos para su programación.
7	Horas Quirúrgicas Efectivas		<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:</p> <p>"I.O.1.2.5 Horas Quirúrgicas Efectivas Mide el grado de cumplimiento de las horas programadas. (...) Estándar: 90% Indicador de Incremento y su evaluación es Mensual".</p>
8	Cantidad de pacientes fallecidos en Centro Quirúrgico	Número de pacientes que han fallecido en sala de operaciones y/o en el Área de Recuperación.	Número de pacientes que han fallecido en sala de operaciones y/o en el Área de Recuperación.
9	Tasa de Pacientes Reintervenidos		<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:</p> <p>"I.O.2.2.12 Tasa de Pacientes Reintervenidos Permite evaluar la calidad de la intervención quirúrgica realizada, sobre la base de la correcta aplicación de los protocolos y técnicas utilizadas. (...) Estándar: 2% Indicador de Decremento y su evaluación es Mensual".</p>
10	Pacientes complicados en Sala de Operaciones		<p>El "Compendio de Indicadores de Salud 2009" elaborado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 37-GCPS-EsSalud-2010 de 30 de marzo de 2010, señala:</p> <p>"I.O.2.2.13 Pacientes Complicados en Sala de Operaciones Mide la calidad de los servicios otorgados en sala de operaciones a los pacientes intervenidos. (...) Estándar: 1 % Indicador de Decremento y su evaluación es Mensual".</p>

	NORMA	CRITERIO
11	La Ley n.º 26842 "Ley General de Salud" de 15 de julio de 1997, señala:	<p>"Título Preliminar (...) VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad".</p>
12	El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con el Decreto Supremo N° 013-2006-SA de 23 de junio de 2006, señala:	<p>"Artículo 9.- Garantía de la calidad y seguridad de la atención Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda. (...) Artículo 38.- Responsabilidad de contar con personal suficiente e idóneo El establecimiento debe contar con personal suficiente e idóneo para garantizar la calidad y continuidad de la atención, en los horarios establecidos. La programación del personal deberá estar disponible para su verificación por la Autoridad de Salud y los usuarios. (...) Artículo 96.- Evaluación de la calidad de la atención de salud A fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 9 del presente Reglamento, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios".</p>
13*	La NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" aprobada con la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 546-2011/MINSA de 13 de julio de 2011, que señala:	<p>"FINALIDAD Contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población. (...) Unidades Productoras de Servicios de Salud.- Cumplimiento obligatorio para los establecimientos de salud de esta categoría: (...) e) UPSS Centro Quirúrgico. Unidad básica del establecimiento de salud organizada para realizar procedimientos anestesiológicos e intervenciones quirúrgicas, así como para la atención de la fase de recuperación post anestésica. (...) 7. RESPONSABILIDADES 7.1. Nivel Nacional: El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicios de Salud, es responsable de la difusión y evaluación de la implementación de la presente Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional. Asimismo, las autoridades institucionales del nivel nacional de los diferentes prestadores de servicios de salud que integran el Sector Salud, son responsables de la difusión y de la aplicación de la presente Norma Técnica de Salud en los establecimientos de salud de su jurisdicción. (...)"</p>
14	La NT N° 030-MINSA/DGSP-V.01: "NORMA TÉCNICA DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIOLOGÍA" aprobada con la Resolución Ministerial N° 486-2005/MINSA de 24 de junio de 2005, señala:	<p>"2. PROPÓSITO Mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en los Servicios de Anestesiología de los establecimientos públicos y privados del Sector Salud" (...) 7. DISPOSICIONES GENERALES 7.1 DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (...) • "El Centro Quirúrgico y Unidad Reanimación Post Anestésica se organiza para su funcionamiento de acuerdo a</p>

		<p>la demanda y categoría del establecimiento.</p> <p>Ø Por cada 25 a 30 camas quirúrgicas o por 50 camas hospitalarias deben existir 01 quirófano.</p> <p>Ø La Unidad de Reanimación Post Anestésica contará con 1.5 camas por quirófano.</p> <p>Ø Horario de atención permanente durante las 24 horas del día, los 365 días del año o por turno según necesidad”.</p>
15	<p>Norma Técnica de Salud N° 089-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica” aprobada con la Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA de 10 de enero de 2011, señala:</p>	<p>“1. FINALIDAD Contribuir a mejorar la calidad de atención que se brinda al usuario en los procesos de anestesia, analgesia y reanimación (...) 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS (...) 5.11 El médico jefe de anestesiología debe evaluar periódicamente los indicadores de su servicio tales como: • Porcentaje de pacientes complicados por causa anestésica. • (...) • Porcentaje de operaciones suspendidas por causa de atención anestesiológica. • (...) • Tasa de mortalidad por causa anestésica. • Porcentaje de quejas de los usuarios”.</p>

(*) Ajustar el criterio acorde a la categoría del establecimiento de salud.

Equivalencia de EESS - EsSalud con la nueva denominación, según el anexo n.º 1 de la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013, aprobado con Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013 de 22 de noviembre de 2013

N°	Segundo Nivel Atención (vigente)	Segundo Nivel Atención (equivalente)
1	Hospital I	Hospital General
2	Hospital II	Hospital General
3	Hospital III	Hospital Especializado
4	Hospital IV	Hospital Especializado
5	Centro Nacional de Salud Renal	
N°	Tercer Nivel Atención (vigente)	Tercer Nivel Atención (equivalente)
1	Hospital Nacional	Hospital Nacional
2	Instituto	Instituto