

ANEXO 1:

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID) Y COMPROMISOS DE MEJORA DE LOS SERVICIOS (CM)



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°01: Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado.

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de salud, Establecimiento de salud del I y II nivel de atención con población asignada.
Definición	Determina el porcentaje de niños de 17 meses 29 días que, habiendo tenido un diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses 29 días, se han recuperado entre los 6 y 9 meses a partir del diagnóstico. Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con DNI en el padrón nominal y HIS que cumplen 544 días (17 meses 29 días) en el periodo de evaluación, con tipo de seguro, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Con diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días).
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. El manejo terapéutico de la anemia desde los servicios de salud, comprende la administración de suplementos de hierro conforme la dosis establecida: En niños prematuros y/o con bajo peso al nacer la dosis es de 4 mg/kg/ día y en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer la dosis de 3 mg/kg/día en niños. Se acompaña de consejería y sesiones demostrativas a los padres, seguimiento de los niños mediante visitas domiciliarias y otras acciones educativo-comunicacionales; para promover la adherencia y el consumo adecuado de los suplementos. Un factor determinante para la efectividad del tratamiento que conlleva la recuperación del niño con anemia, es la adherencia al tratamiento; la misma que se afecta porque el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios del suplemento de hierro es insuficiente por lo cual el incumplimiento en el tratamiento es recurrente y en la mayoría de los casos se debe a los efectos asociados a su consumo. Monitorear el proceso del tratamiento hasta alcanzar la recuperación, nos garantiza que el niño ha recuperado sus reservas de hierro y le confiere mejores oportunidades de desarrollo físico e intelectual y una mejor calidad de vida.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de anemia (CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9) entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico) con CIE X: U310 ó 99199.17 (Lab:SF1....SF3 ó PO1 y PO2 ó P01 y P02 ó 1...3), con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de hierro y registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo de anemia CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9 (LAB:PR) y dosaje definitivo de hemoglobina CIE: 85018 entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico.}}{\text{Niñas/niños de 350 a 573 días de edad (18 meses 29 días) en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal, que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación registrados en el HIS.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Suma de DNIs que forman parte del denominador que,</p> <ol style="list-style-type: none"> A partir del último diagnóstico definitivo de anemia (CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649) entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico). Registrados en HIS con los códigos CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649 (definitivo o repetitivo) + 99199.17 (Lab: SF1....SF3 ó PO1 y PO2 ó P01 y P02 ó 1...3), con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de hierro. Se considerarán como mínimo 3 entregas. Registrados en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo anemia CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649 (LAB: PR) y dosaje definitivo de hemoglobina CIE: 85018 ó Z017, entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico. <p>Denominador: Suma de DNI únicos de niños que cumplen entre 350 a 573 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.</p> <p>Y Niños que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación.</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero- octubre).
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS Información HIS-MINSA 2023: data cerrada al 28 de febrero del 2024.
Area responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable (UFANS).
Area responsable de Information	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. El umbral inferior de los 06 meses de edad (170 días) incluye una ventana de oportunidad de 10 días anterior a cumplir dichos 06 meses. 2. El período de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado. 3. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. 4. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 5. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA. 6. Se contabilizará como máximo una misma prestación, por día. 7. Se contabilizan las entregas de suplementación con hierro que lleven la nomenclatura válida en el ítem LAB (independiente del número que correspondería según secuencia del esquema). 8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



J. SILVA



G. SANCHEZ



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 02: Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios: CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina para descartar anemia y suplementación con hierro.

Nombre	Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios: CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina para descartar anemia y suplementación con hierro.												
Tipo	Indicador de desempeño.												
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de salud; EESS del I nivel de atención y EESS del II nivel de atención con población asignada.												
Definición	El presente indicador de desempeño determina el porcentaje de niños que, a los 11 meses 29 días, reciben un conjunto de intervenciones orientadas a promover desarrollo infantil temprano, reducción de la desnutrición crónica y anemia infantil por deficiencia de hierro. Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con CNV y/o DNI en el padrón nominal y HIS, a partir de los 29 días de nacidos, hasta los 364 días, con tipo de seguro SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Sin diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 (5 meses 29 días) y 364 días de edad (11 meses 29 días), que reciben un paquete integrado de servicios preventivos de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descartar anemia												
Justificación	Durante el período crítico entre la gestación y los 5 años, los niños y niñas desarrollan habilidades fundamentales para desplegar su potencial como ciudadanos responsables y productivos para sí mismos, su familia y la sociedad. La evidencia da cuenta de la relación entre los resultados en la infancia temprana y la vida adulta; así como también sobre el gran potencial y retorno social de implementar intervenciones efectivas durante esta etapa. La infancia temprana se constituye entonces como un período crítico, tanto para promover el desarrollo pleno del potencial de los niños y niñas como para protegerlos de factores de riesgos que puedan afectar negativamente sus trayectorias de desarrollo. La evidencia da cuenta de un conjunto de factores que inciden positiva y negativamente sobre el desarrollo infantil temprano, así como de un conjunto de intervenciones que contribuirían de manera positiva en su logro; si estas se proveen de manera simultánea, oportuna, integrada y con la calidad debida. El monitoreo de los indicadores de oportunidad y calidad de las intervenciones antes mencionada se hace indispensable para el logro del desarrollo infantil temprano la reducción de la desnutrición crónica y anemia infantil por deficiencia de hierro.												
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descartar anemia}}{\text{Niñas/niños menores de 364 días en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.}} \times 100$												
Construcción del indicador	<p>Numerador: Suma de niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descartar anemia</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV que forman parte del denominador y cuentan con:</p> <p>1. Vacunas:</p> <p>3 dosis de vacunas Anti polio (90712 o 90713)</p> <table border="1" data-bbox="564 1787 1199 2011"> <thead> <tr> <th>Dosis</th> <th>Periodo de aplicación de las vacunas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1era dosis</td> <td rowspan="2">A partir de 55 días hasta 119 días</td> </tr> <tr> <td>2 meses a más</td> </tr> <tr> <td>2da dosis</td> <td>A partir de primera dosis + 30 días hasta 70 días</td> </tr> <tr> <td>4 meses a más</td> <td rowspan="2">A partir de segunda dosis + 30 días hasta 70 días</td> </tr> <tr> <td>3era dosis</td> </tr> <tr> <td>6 meses a más</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas	1era dosis	A partir de 55 días hasta 119 días	2 meses a más	2da dosis	A partir de primera dosis + 30 días hasta 70 días	4 meses a más	A partir de segunda dosis + 30 días hasta 70 días	3era dosis	6 meses a más	
Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas												
1era dosis	A partir de 55 días hasta 119 días												
2 meses a más													
2da dosis	A partir de primera dosis + 30 días hasta 70 días												
4 meses a más	A partir de segunda dosis + 30 días hasta 70 días												
3era dosis													
6 meses a más													



J. SILVA



DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA
G. MANCHEZ



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

3 dosis de vacuna Pentavalente (CPMS: 90723)

Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas
1era dosis 2 meses a más	A partir de 55 días hasta 119 días
2da dosis 4 meses a más	A partir de primera dosis + 30 días hasta 70 días
3era dosis 6 meses a más	A partir de segunda dosis + 30 días hasta 70 días

2 dosis de vacuna contra Rotavirus (máximo hasta 7 meses 29 días) (CPMS: 90681)

Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas
1era dosis 2 meses a más	A partir de 55 días hasta 119 días
2da dosis 4 meses a más	A partir de primera dosis + 30 días o hasta 239 días

2 dosis de vacuna contra Neumococo (CPMS: 90670)

Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas
1era dosis 2 meses a más	A partir de 55 días hasta 119 días
2da dosis 4 meses a más	A partir de segunda dosis + 30 días hasta 70 días

Y

2. Controles de CRED (CPMS 99381) completo para su edad entre los 29 y 364 días (11 meses 29 días):

- 1° Control: 29 días hasta 55 días
- 2° Control: 1° control + 28 a 30 días.
- 3° Control: 2° control + 28 a 30 días.
- 4° Control: 3° control + 28 a 30 días.
- 5° Control: 4° control + 28 a 30 días.
- 6° Control: 5° control + 28 a 30 días.
- 7° control: 6° control + 28 a 30 días.
- 8° control: 7° control + 28 a 30 días.
- 9° control: 8° control + 28 a 30 días.
- 10° control: 9° control + 28 a 30 días.
- 11° control: 10° control + 28 a 30 días (la edad para considerar válida el último control además del intervalo, debe haber sido realizado hasta antes de cumplir los 13 meses).

Y

3. Con dosaje de hemoglobina (CPMS: 85018) entre los 170 y 269 días (6 y 8 meses 29 días)

N°	Periodo de identificación del Dosaje	Rango de edad para calificar la condición (días)
		0 - 269
1	170 y 269 días de edad	270 - 364

Y

4. Haber recibido gotas o jarabe de hierro o multimicronutrientes, según edad:
Registros válidos para tratamiento de anemia con hierro (D500, D508, D509 o D649 + U310): sulfato ferroso





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

(SF1-SF96), hierro polimaltosado (P01-P06, PO1-PO6).

Registros válidos para suplementación preventiva (CPMS 99199.17): sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06, PO1-PO6) o multimicronutriente (1-6). Los multimicronutrientes se entregan a partir del esquema de 6 meses.

Table with 6 columns: N°, Rango anterior, Rango posterior, Rango de edad para calificar la condición (días), Número acumulado de entregas, CUMPLE. Rows 1 and 2.

Nota: En el caso de hierro polimaltosado, la entrega será válida hasta para dos meses. De encontrar un niño prematuro o bajo peso al nacer de 0 - 364 días, se califica como "CUMPLE"

Table with 6 columns: N°, Rango anterior, Rango posterior, Rango de edad para calificar la condición (días), Número acumulado de entregas, CUMPLE. Rows 1 to 6.

Nota: En el caso de tratamiento, la entrega de hierro polimaltosado será válida hasta para dos meses. En el caso del manejo preventivo, la entrega de sulfato ferroso será válida hasta para dos meses, y la entrega de hierro polimaltosado será válida hasta para tres meses. * Micronutriente: Aplica para la entrega en niños de 170 a 364 días

Denominador: Total de niños menores 364 días en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.

Sintaxis: Suma de DNI o CNVs de niños que menores 364 días en el mes de evaluación registrados en el Padrón Nominal con DNI o CNVs y tipo de seguro SIS, sin seguro y sin dato (población MINSA y Gobierno Regional).

Main table with 6 rows: Valor Umbral, Logro esperado, Cálculo del porcentaje de cumplimiento, Frecuencia de medición para evaluación, Fuente de datos, Área responsable técnica, Área responsable de Información, and Notas.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

8. Se contabilizará como máximo una misma prestación, por día.
9. Los registros LAB válidos para tratamiento de anemia con hierro son: Administración Terapéutica de Sulfato Ferroso/hierro polimaltosado: D500, D508, D509 ó D649 + CPMS 99199.17: sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06, PO1-PO6)
10. Los registros LAB válidos para suplementación administración preventiva con hierro son: Suplementación con sulfato ferroso / hierro polimaltosado CPMS 99199.17: sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06, PO1-PO6) o Administración preventiva de Multimicronutriente CPMS 99199.19: Multimicronutriente (1-6)
11. Se contabilizan las entregas de suplementación con hierro que lleven la nomenclatura válida en el ítem LAB (independiente del número que correspondería según secuencia del esquema).
12. La suplementación preventiva con hierro a niños de 4 meses, sólo se mide a niños a término y con adecuado peso al nacer, es decir, no registra CIE X: P073 ó P071, P0711, P0712 en el HIS MINSA. En el caso de hierro polimaltosado para la suplementación preventiva, la entrega será válida para dos meses. De encontrar un niño prematuro o bajo peso al nacer de 0 – 364 días, se califica como "CUMPLE"
13. La suplementación preventiva con hierro a niños a partir de los 6 meses: En el caso del sulfato ferroso, la entrega será válida para dos meses, y en el caso de hierro polimaltosado, la entrega será válida para tres meses.
14. Las demás prestaciones mencionadas en el numerador se contabilizan independientemente del registro en el ítem LAB.
15. Este indicador será evaluado de forma prospectiva desde el 1ero de enero hasta el 30 de noviembre del 2022.
16. Para el caso de los controles CRED de 29 días a 11 meses 29 días (364 días), se tendrá en cuenta un intervalo mínimo de 28 días entre control y control.
17. La determinación del corte de edad para cada periodo de medición, será el último día de cada mes



J. SILVA





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 3 Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de salud, Establecimiento de salud del I y II nivel de atención con población asignada.
Definición	Mide el porcentaje de neonatos que ha recibido 02 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante los primeros quince días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.
Justificación	Los controles realizados durante la etapa neonatal contribuyen con la disminución de la mortalidad neonatal al identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del recién nacido (RN) y su madre, asimismo se promueve el desarrollo infantil temprano al fortalecer las prácticas de cuidado y alimentación del niño en el hogar a través de la consejería y sesiones demostrativas. La NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por RM N° 828-2013/MINSA, establece el 1° control del recién nacido a las 48 horas del alta institucional, y luego 01 control cada semana. La NTS N° 137/MINSA-2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el Niño menor de cinco años, aprobada por RM N° 537-2017/MINSA, establece 04 controles para el recién nacido el 1° a las 48 horas del alta, el 2° a los 07 días de vida, el 3° a los 14 días de vida y el 4° a los 21 días de vida.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños recién nacidos del denominador, con al menos dos CRED registrados en HIS}}{\text{Niñas/niños recién nacidos de 14 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Excluyendo las niñas/niños que registran en HIS bajo peso al nacer.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Total de niñas/niños recién nacidos del denominador, con al menos dos CRED registrados en HIS).</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV que forman parte del denominador que registraron en HIS al menos 2 controles CRED (CPMS: 99381.01) hasta los 14 días.</p> <p>Denominador: Total de niñas/niños recién nacidos de 14 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.</p> <p>Excluyendo los recién nacidos que registran en HIS bajo peso al nacer</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV en Padrón Nominal de niños que cumplen 14 días de edad. Sin registro en HIS de bajo peso al nacer (CIE: P070 ó P0711 ó P0712) hasta los 14 días de edad.</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero- octubre).
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> Si el valor umbral es < 85%, incremento de 10 puntos porcentuales sobre valor umbral. Si el valor umbral esta entre 85% a 90%, incremento de 5 puntos porcentuales sobre valor umbral. Si el valor umbral es > 90%, mantener o superar el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS Información HIS-MINSA 2023: data cerrada al 28 de febrero del 2024.
Area Responsable Técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI).
Area Responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) – MINSA
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. El intervalo mínimo entre controles del recién nacido es de 03 días. 2. Se contabilizará los 02 controles CRED, independientemente del lab registrado. 3. Para la cuantificación, considerar el primer control del CRED a partir del tercer día de vida en adelante, toda vez que no se puede determinar la fecha del alta del recién nacido. 4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°04: Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de riesgo nutricional que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.

Nombre	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de riesgo nutricional que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.																		
Tipo	Indicador de desempeño.																		
Institución	EESS del I nivel de atención y EESS del II nivel de atención con población asignada.																		
Definición	<p>Determina el porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que, habiéndose encontrado en condición de riesgo nutricional, mejoran sus condiciones nutricionales luego de un periodo de seguimiento entre 80 a 100 días.</p> <p>Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con DNI en el padrón nominal y HIS, hasta los 729 días, con tipo de seguro SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. En condición de riesgo nutricional registrado en el HIS hasta 1 año 11 meses 29 días.</p>																		
Justificación	<p>La malnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a las niñas y niños. Esta puede ser por exceso como son la desnutrición aguda y la desnutrición crónica, asimismo por exceso como es el sobrepeso y la obesidad.</p> <p>En situaciones de emergencia, como la que ha vivido nuestro país por la Pandemia por COVID-19, y conforme lo muestran las encuestas realizadas en el 2020 y el 2021, más del 60% de las familias están en situación de inseguridad alimentaria potencial y de mantenerse en el tiempo (por las condiciones sociales y económicas post pandemia) expone a los grupos vulnerables a situaciones de malnutrición, por tal motivo es pertinente promover mecanismos que potencien la detección temprana y la intervención oportuna a fin de evitar que se desarrolle los desórdenes nutricionales, que es el objetivo de este indicador.</p> <p>La condición de riesgo nutricional está definida por la ganancia de peso o talla inadecuada, por debajo o por encima del índice nutricional de ganancia de peso y talla de conformidad con los Patrones de Referencia OMS 2006 (Norma de CRED. P. 20).</p> <table border="1" data-bbox="674 1294 1168 1504"> <thead> <tr> <th colspan="3">Índice nutricional de ganancia de peso</th> </tr> <tr> <th>EDAD</th> <th>GRAMOS POR DIA</th> <th>GRAMOS POR MES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 3 MESES</td> <td>40</td> <td>1000 - 1200</td> </tr> <tr> <td>4 - 6 MESES</td> <td>30</td> <td>800 - 900</td> </tr> <tr> <td>7 - 12 MESES</td> <td>25</td> <td>700 - 800</td> </tr> <tr> <td>1 - 2 AÑOS</td> <td>15</td> <td>400 - 450</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ó</p> <p>Cuando el puntaje Z del indicador Peso para la Talla está por debajo de -1DS y por encima de -2DS desviaciones estándar (Norma CRED P.19). DS= Desviaciones Estándar</p> <p>Ó</p> <p>Cuando el puntaje Z del indicador Peso para la Talla está por encima de +1DS y por debajo de +2DS desviaciones estándar (Norma CRED P.19). DS= Desviaciones Estándar</p>	Índice nutricional de ganancia de peso			EDAD	GRAMOS POR DIA	GRAMOS POR MES	0 - 3 MESES	40	1000 - 1200	4 - 6 MESES	30	800 - 900	7 - 12 MESES	25	700 - 800	1 - 2 AÑOS	15	400 - 450
Índice nutricional de ganancia de peso																			
EDAD	GRAMOS POR DIA	GRAMOS POR MES																	
0 - 3 MESES	40	1000 - 1200																	
4 - 6 MESES	30	800 - 900																	
7 - 12 MESES	25	700 - 800																	
1 - 2 AÑOS	15	400 - 450																	
Formula del Indicador	<p>Niñas y niños del denominador, que durante un periodo de seguimiento de hasta 100 días posteriores a la detección de la condición de riesgo recobran la condición de normalidad</p> $\frac{\text{Niñas y niños menores de 730 días que en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional.}}{\text{Niñas y niños del denominador, que durante un periodo de seguimiento de hasta 100 días posteriores a la detección de la condición de riesgo recobran la condición de normalidad}} \times 100$																		





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Construcción del indicador	<p>Numerador: Niñas y niños del denominador, que luego de un periodo de seguimiento entre 60 a 100 días recobran la condición de normalidad.</p> <p>Sintaxis: Suma de DNIs que forman parte del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de condición de riesgo nutricional recobran la condición de normalidad en rango de 60 a 100 días a partir del diagnóstico y cumple el siguiente criterio:</p> <ol style="list-style-type: none"> Riesgo de Desnutrición Aguda "E441" u Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" ó Aumento Anormal de Peso "E66.90" (LAB: TP + PR) con tipo de diagnóstico "R" O Registran en HIS un estado nutricional en condición de normalidad "Z006" (LAB: TP) <p>Denominador: Niñas y niños menores de 730 días que en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional.</p> <p>Sintaxis: Suma de DNIs únicos de niñas y niños que, en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, hasta los 729 días de edad, registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional: Riesgo de Desnutrición Aguda "E441" u Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" ó Aumento Anormal de Peso "E66.90" (LAB: TP) con tipo de diagnóstico definitivo "D"</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero- octubre).
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS Información HIS-MINSA 2023: data cerrada al 28 de febrero del 2024.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable (UFANS).
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	<ol style="list-style-type: none"> El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA. Se contabilizará como máximo una misma prestación, por día.





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 05: Porcentaje de niñas/niños de 1 año vacunados con dos dosis de vacuna sarampión, parotiditis y rubeola (SPR)

Nombre	Porcentaje de niñas/niños de 1 año vacunados con dos dosis de vacuna sarampión, parotiditis y rubeola (SPR)
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.
Definición	Porcentaje de niños y niñas de 1 año que han recibido dos dosis de vacuna contra el sarampión, parotiditis y rubeola (SPR)
Justificación	<p>Después de 17 años sin casos de sarampión, en el año 2018, el Perú reportó 42 casos importados o relacionados a importación, lo que obligó a realizar actividades de urgencia de control de brote para reducir la transmisión, seguido de un Barrido Nacional, en el que se aplicó una dosis de vacuna contra sarampión, rubeola y parotiditis, a toda la población de 2 a 10 años de edad, alcanzándose coberturas de más de 95% según monitoreo rápido de vacunados (MRV).</p> <p>El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa, viral, se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. El virus presente en el aire o sobre superficies sigue siendo activo y contagioso hasta por 2 horas.</p> <p>Enfermedad que afecta principalmente a los niños, ocasionando problemas de salud por complicaciones, tales como ceguera, encefalitis, diarrea intensa, infecciones del oído y neumonía, sobre todo en niños malnutridos y pacientes inmunodeprimidos. El sarampión es una enfermedad prevenible mediante vacunación.</p> <p>La vacunación está regulada por la Norma Técnica de Salud, que establece el Esquema Nacional de Vacunación, aprobada por resolución ministerial.</p>
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{Niñas/niños menores de 2 años y mayor de 1 año, que recibieron 2 dosis de la vacuna SPR con código HIS MINSA (90707) lab 2}}{\text{Niñas/niños de 1 año del padron nominal}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador Sintaxis: niños y niñas menor de 2 años y mayor de 1 año que registre lab 2 vacuna SPR con código HIS MINSA (90707)</p> <p>Denominador Sintaxis: niñas y niños de 1 año, del padron nominal</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero- octubre)
Logro esperado	<p>Si el valor umbral es menor a 85%</p> <p>Si el valor umbral es menor a 85%</p> <p>- Más de 85% mantener o superar el umbral</p>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Inmunizaciones (DMUNI)
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. El período de evaluación comprende desde el primer al último día del periodo evaluado 2. La interpretación técnica y estadística del indicador corresponde al MINSA 3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia 4. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.



J. SILVA



DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN DE INMUNIZACIONES

D. RIVERA

DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIONES



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

FICHA N°06: Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.

Nombre	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de salud, Establecimiento de salud del I nivel de atención.
Definición	Indicador que mide la proporción de mujeres con parto institucional en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas y que durante su embarazo han realizado en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, exámenes auxiliares: Hemoglobina y/o hematocrito + examen de orina (mediante tira reactiva o laboratorio) + tamizaje para descartar de sífilis; + tamizaje para descartar de VIH; 06 o más atenciones prenatales presenciales y 05 o más entregas de sulfato ferroso + ácido fólico (sulfato ferroso 60 mg + ácido fólico 400 µg), en el transcurso del embarazo y haber recibido su 3era entrevista de Plan de Parto durante el embarazo
Justificación	La atención prenatal debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes y el desarrollo de actividades que involucren a la familia y comunidad en el cuidado de las gestantes y el mejor desarrollo del proceso del parto y nacimiento.
Fórmula del indicador	<p>Mujeres del denominador que reciben: (1) en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descartar de sífilis + tamizaje para descartar de VIH; (2) 06 ó más atenciones prenatales presenciales; (3) 05 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo y (4) haber recibido su 3 era entrevista de Plan de Parto durante el embarazo.</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X 100</p> <p>Partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación, registrados con DNI en la base de datos del CNV en línea.</p>
Construcción del indicador	<p>Numerador: Número de mujeres del denominador que reciben: (1) en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descartar de sífilis + tamizaje para descartar de VIH; (2) recibir 06 ó más atenciones prenatales presenciales; y (3) 05 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo y (4) haber recibido su 3 era entrevista de Plan de Parto durante el embarazo</p> <p>Sintaxis: Suma de mujeres del denominador que cumplen con los siguientes criterios: 1. Haber realizado en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares:</p> <p>1.1 Exámenes auxiliares con tipo de diagnóstico "D":</p> <p>1) Dosaje de Hemoglobina: 85018 o 85018.01 Y</p> <p>2) Tamizaje de sífilis (Prueba rápida y/o RPR): 86780 o 86592 o 86593 o 86318.01 Y</p> <p>3) Tamizaje de VIH con prueba rápida: 86703 o 86703.02 o 87389 o 86318.01 Y</p> <p>4) Tamizaje de bacteriuria asintomática: 81007 o 81002 o 81000.02 O</p> <p>1.2 Perfil obstétrico CPMS: 80055.01 con tipo de diagnóstico "D".</p>





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>Y</p> <p>2. Al menos 06 atenciones prenatales presenciales, en el transcurso del embarazo CPMS (presenciales): Z3491 o Z3492 o Z3493 o Z3591 o Z3592 o Z3593.</p> <p>Y</p> <p>3. Al menos 05 entregas de suplemento compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico, en el transcurso del embarazo CPMS: 59401.04 o CPMS: 99199.26 o 0990+59401.04 o 0990 + CPMS 99199.26.</p> <p>Y</p> <p>4. Gestante con 3era entrevista de Plan de Parto durante el embarazo.</p> <p>*Las prestaciones evaluadas en los puntos 1., 1.1, 1.2 y 3. deben registrar además algún código de control de embarazo (CIE: Z349 ó Z359) o de atención prenatal (Z3491 ó Z3492 ó Z3493 ó Z3591 ó Z3592 ó Z3593) en la cita de la prestación.</p> <p>* Para considerar plan de parto, la gestante debe haber recibido tres entrevistas. Considerar las atenciones de entrevistas de plan de parto: Plan de atención de Parto: 59401.06, lab 1,2,3 Gestantes: Z3591, Z3491, y 59401.06, lab 1 (primera entrevista) Gestantes: Z3591, Z3592, Z3593, Z3491, Z3492, Z3493) y la codificación de visita familiar integral: C0011, Plan de parto 59401.06 con lab 3 (tercera entrevista)</p> <p>Denominador: Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación registrados con DNI en la base de datos del CNV en línea.</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero a octubre).
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	<p>Numerador: HIS-MINSA Denominador: Certificado de Nacido Vivo – CNV en línea</p> <p>Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2023, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2024.</p>
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none"> Se evaluará el Indicador según UBIGEO de residencia (procedencia) de la madre registrado en el CNV en línea. No se excluye a las gestantes con anemia. El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del periodo evaluado. Primer trimestre de gestación comprende hasta las 13 semanas de gestación. Se evaluarán las atenciones realizadas a todas las gestantes con edad gestacional menor de 14 semanas





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

5. Se considera al menos 06 Atenciones Prenatales durante el embarazo:
I TRIMESTRE: 01 APN, II TRIMESTRE: 02 APN y III TRIMESTRE: 03 APN.
6. Considerar a las gestantes atendidas que reciben su tercera entrevista para el plan de parto en el transcurso de su embarazo
7. Considerar la codificación de la segunda y tercera entrevista con la visita familiar integral.
8. Se contabilizará como máximo una misma prestación por día.
9. La interpretación técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados.
10. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.
11. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.
12. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuenten con DNI.
13. Considerar la codificación HIS 2022 y la incorporación de los nuevos códigos del CPMs en la totalidad de establecimientos de salud.
14. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°07: Porcentaje de niñas/niños recién nacidos de parto institucional vacunados con BCG y Anti hepatitis B antes del alta

Nombre	Porcentaje de niñas/niños recién nacidos de parto institucional vacunados con BCG y Anti hepatitis B antes del alta
Tipo	Indicador de Desempeño
Ambito de aplicación	Hospitales de segundo y tercer nivel de atención que atienden partos e Instituto Materno Perinatal
Definición	<p>El indicador determina el porcentaje de niños y niñas recién nacidos de parto institucional que reciben una dosis de vacuna BCG y anti hepatitis B antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento).</p> <p>Para efectos de cálculo, se excluyen a los recién nacidos con menos de 2,000 gramos y/o patológicos que, por razones médicas o disposiciones normativas, no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B. Serán excluidos también los recién nacidos impedidos de vacunación en situación de brote, epidemias, pandemias y cuentan con indicación médica y/o documentación sustentatoria de no vacunación antes del alta (antes de las 24 horas).</p>
Justificación	<p>Las vacunas BCG y anti hepatitis B, se encuentran incorporadas en el Esquema Nacional de Vacunación y deben aplicarse antes del alta, lo más inmediato posible al nacimiento</p> <p>La vacuna BCG protege contra las formas clínicas graves de la tuberculosis infantil, meningitis tuberculosa y diseminada; la vacuna contra hepatitis B, reduce la transmisión perinatal, de la madre al hijo y es más efectiva si se aplica dentro de las 24 horas.</p> <p>El indicador es nominal, lo que facilita el seguimiento y cumplimiento del esquema nacional de vacunación, permite contar con el historial de vacunación, brindando oportunidad y acceso a los servicios, en el marco de equidad y oportunidad para todos.</p> <p>La vacunación está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador, que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG (CPMS: 90585) y 1 de HVB (CPMS: 90744) antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento)}}{\text{Niñas/niños nacidos en Hospital o Instituto en el periodo de evaluación, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador Sintaxis: Suma de niños / niñas nacidas en Hospital o Instituto, registrados en el HIS con DNI o CNV, que forman parte del denominador y que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG (CPMS: 90585) y 1 de HVB (CPMS: 90744) antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento).</p> <p>Denominador Sintaxis: suma de niños / niñas nacidas en Hospital o Instituto, registrados en el CNV en Línea en el periodo de evaluación, excluyendo los niños / niñas nacidas con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B</p>
Valor Umbral	85%
Logro esperado	>=95%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	Denominador: CNV en línea
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Inmunizaciones (DMUNI)
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. La vacuna BCG y HVB en recién nacidos aplica a Hospitales de segundo y tercer nivel de atención, así como en el Instituto Materno Perinatal 2. Ingresan a la evaluación los recién nacidos en Hospital o Instituto, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B 3. El período de evaluación comprende desde el primer al último día del periodo evaluado (1 de enero al 31 diciembre 2023) 4. Para la exclusión de los recién nacidos que por razones clínicas o quirúrgicas diferentes al bajo peso, no reciben vacuna BCG y anti hepatitis B antes del alta, los Hospitales e Institutos evaluados, presentaran el listado nominal de los niños y niñas afectados incluyendo variables definidas por la OGTI, con el debido sustento, la misma que contarán con la opinión favorable del área técnica, en coordinación con OGTI. 5. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°08: Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS).

Nombre	Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS).
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud, EESS del I nivel de atención; y EESS del II Nivel de atención con población asignada.
Definición	Determina la proporción de personas afectadas con tuberculosis que reciben tratamiento con Esquema para TB sensible (TBS) durante el periodo evaluado (1) y que tienen como condición de egreso "Perdidos en el seguimiento del tratamiento (abandonos), durante el periodo de evaluación. Permite medir la capacidad de respuesta del EESS ante una baja adherencia al tratamiento. Se define como perdido en el seguimiento del tratamiento (abandono) a toda persona que habiendo iniciado el tratamiento supervisado, deja de recibir la medicación por 30 días consecutivos. (NTS104-2013/MINSA). (1): Incluye casos que ingresaron el año anterior y que continúan tratamiento en el periodo de evaluación.
Justificación	Los perdidos en el seguimiento al tratamiento con Esquema para TB sensible (Abandono), tiene connotaciones graves individuales y de salud pública. Individuales como son el deterioro físico de la salud del afectado por esta enfermedad, el riesgo de generar de cepas resistentes y/o muerte de la persona afectada por tuberculosis. Desde el punto de vista de salud pública, implica la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la comunidad, generando muchas veces transmisión de cepas resistentes; efecto que se está produciendo en nuestro país con el incremento de casos de TB Resistente primaria. Por lo antes mencionado es necesario fortalecer el seguimiento de los casos en tratamiento y lograr que culminen el tratamiento en el periodo establecido. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de perdidos en el seguimiento (abandonos) reportados en el periodo evaluado.
Fórmula del indicador	$\% \text{ Abandono Tto. TBS} = \frac{\text{Total de personas del denominador, que reciben tratamiento con esquema para TBS, que abandonan el tratamiento, registrados en el Sistema SIGTB.}}{\text{Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamiento con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB, con documento de identidad válido.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Total de personas del denominador, que reciben tratamiento con Esquema para TBS, que abandonan el tratamiento, registrados en el Sistema SIGTB Denominador: Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamiento con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB con documento de identidad válido.
Logro esperado	<= 5%
Valor umbral	10%
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos, con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2024.
Area responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.
Area responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



Notas	<ol style="list-style-type: none">1. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.2. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.3. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.
-------	---



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°09: Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios BK (+) por Nivel de Riesgo de Tuberculosis

Nombre	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios BK (+) por nivel de riesgo de tuberculosis					
Tipo	Indicador de desempeño					
Ambito de aplicación	Red de salud, Establecimiento de salud del I Nivel de atención y EESS del II Nivel de atención con población asignada.					
Definición	Determina la identificación de la persona que presenta tos por 15 días a más y con baciloscopia positiva.					
Justificación	<p>En el Perú, la tuberculosis constituye un problema de salud pública, para el año 2019 presenta una tasa de incidencia de 88.7 x 100,000 hab. Una de las principales brechas es el diagnóstico oportuno a través de la detección de sintomáticos respiratorios (S.R) que permite diagnosticar la TB pulmonar, forma contagiante de la enfermedad; en la mayoría de regiones existe un incremento en la identificación de SR, sin embargo, se observa disminución de los SR BK (+) desde el año 2010 que se reportó 1.9%, y para el año 2019 el promedio país es 1% de SR BK (+), lo que nos indica que los sintomáticos respiratorios identificados no cumplen con la definición operativa de "Persona que presenta tos por 15 días a más" y podría existir una morbilidad encubierta en la comunidad, es decir casos de personas afectadas con tuberculosis no diagnosticadas o con diagnóstico tardío que se mantienen como fuentes de infección, continuando la cadena de transmisión en la comunidad.</p> <p>Establecer el umbral y logro esperado por nivel de riesgo, fortalece el diagnóstico precoz, permite evaluar y valorar las intervenciones técnico-operativas, el compromiso de la gestión por la tuberculosis como problema de salud pública. Si el porcentaje obtenido es por encima del umbral, implicaría que la tuberculosis no es identificada como un problema de salud pública en la jurisdicción del establecimiento de salud/Red/DIRESA/GERESA/DIRIS.</p>					
Formula del Indicador	$\% \text{ SR Bk (+)} = \frac{\text{Sintomático Respiratorio BK (+)}}{\text{Sintomático Respiratorio identificado}} \times 100$					
Construcción del indicador	<p>Numerador: Sumatoria de todos los sintomáticos respiratorios con resultados de baciloscopia positiva. Identificados en el periodo enero a diciembre.</p> <p>Denominador: Sumatoria de todos los sintomáticos respiratorios identificados en el periodo enero a diciembre, en los establecimientos de salud.</p>					
Valor umbral	Establecimientos de salud con población asignada y con menos de 50 camas.	EESS sin reporte de casos	Bajo Riesgo < 25 x 100,000 hab	Mediano Riesgo 25.0 - 49.9 x 100,000 hab	Alto Riesgo 50.0 x 74.9 x 100,000 hab	Muy alto Riesgo > 75.0 x 100,000 hab
	El Umbral es:	<= 0.9	2%	3%	5%	10%
Logro esperado	Establecimientos de salud con población asignada y con menos de 50 camas.	EESS sin reporte de casos	Bajo Riesgo < 25 x 100,000 hab	Mediano Riesgo 25.0 - 49.9 x 100,000 hab	Alto Riesgo 50.0 x 74.9 x 100,000 hab	Muy alto Riesgo > 75.0 x 100,000 hab
	El logro Esperado es:	0	>1	>2%	> 3%	>5%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$					
Frecuencia de medición para evaluación	Anual					
Fuente de datos	Sistema de Información Gerencial (SIGTB) - Informe Operacional - con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2024.					





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis
Área responsable de Información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis. OGTI
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.2. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.3. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 10: Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.

Nombre	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Aplicación	Establecimientos de Salud del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada.
Definición	Se denomina mujer con tamizaje de cáncer de cuello uterino a aquella prueba que se le realiza mediante la prueba de Papanicolaou (PAP) o Detección Molecular VPH (DM VPH) o a la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA), y se le hace entrega del resultado, independiente del valor del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cuello uterino constituye la patología oncológica más frecuente. El PAP y la IVAA permiten la captación de mujeres con cáncer de cuello uterino en etapas tempranas e incluso la DM - VPH identifica la presencia del VPH de alto riesgo que de ser persistente es el causante del cáncer de cuello uterino. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Mujeres de 25 a 29 años del denominador con resultado de PAP entregado} + \text{Mujeres de 30 a 49 años del denominador con resultado entregado de IVAA o PAP o DM -VPH} + \text{Mujeres de 50 a 64 del denominador con resultado de PAP entregado}}{\text{Total, de mujeres de 25 a 64 años identificadas con documento de identidad afiliadas al SIS}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Mujeres de 25 a 29 años del denominador, con resultado entregado de PAP + Mujeres de 30 a 49 años del denominador, con resultado entregado de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) o Prueba de Papanicolaou (PAP) o Prueba Molecular Virus Papiloma Humano (VPH) + Número de mujeres de 50 a 64 años del denominador, con resultado de PAP entregado.</p> <p>Sintaxis: ID Persona, ID_Genero = "F", EDAD_REG= entre 25 y 64 y código "88141" y Lab "N" ó "A", id_tipitem="d" + ID Persona, ID_Genero = "F", EDAD_REG= entre 30 y 49 código 88141.01 y Lab "N" o "A", id_tipitem="d" ó código 87621 y Lab "N" o "A", id_tipitem="d"</p> <p>Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.</p> <p>Denominador: Total de mujeres de 25 a 64 años identificadas con documento de identidad afiliadas al SIS</p> <p>Sintaxis: Mujeres de 25 a 64 años identificadas con documento de identidad afiliadas al SIS. Fuente: Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS).</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero a octubre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1.VU es menor de 8%, incremento de 12 PP o más. 2.VU está entre 8% a 11%, incremento de 10 PP. 3.VU es igual o mayor a 12%, incremento de 5 PP.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	<p>Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.</p> <p>Fuente del denominador: Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS). 2022.</p> <p>Se considerará la información registrada desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023.</p>
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Área responsable de	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.



J. SILVA



DIRECCIÓN GENERAL DE OPERACIONES EN SALUD

O. RIVERA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Información	
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. No se puede duplicar un ID persona para el numerador. (Sólo se realizará un tamizaje por persona: PAP o IVAA o DM - VPH).2. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.3. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 11: Porcentaje de Personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto.

Nombre	Porcentaje de Personas de 50 a 70 años de edad que se han realizado prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de Aplicación	Red de salud y Establecimientos de Salud del 1° nivel de atención (categoría I-3, I-4) y del 2° nivel con población asignada (II-1).
Definición	El indicador mide el porcentaje de personas 50 a 70 años de edad a quienes se les ha realizado la prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto a través del test de sangre oculta en heces.
Justificación	El cáncer de colon es el 5° cáncer en incidencia por lo que la detección temprana es quizá la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de colon-recto. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso a la prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto.
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{Personas del denominador a quienes se les ha entregado el resultado del test de sangre oculta en heces y registradas en el HIS con diagnóstico definitivo, lab A (resultado positivo) o N (resultado negativo) y código CPT 82270}}{\text{Total, de personas de 50 a 70 años identificados con Documento de Identidad atendidos por todas las causas y registrados en el HIS}} \times 100$
Construcción del Indicador	<p>Numerador: Personas del denominador a quienes se les ha entregado el resultado del test de sangre oculta en heces y registradas en el HIS con diagnóstico definitivo, lab A (resultado positivo) o N (resultado negativo) y código CPT 82270</p> <p>Sintaxis: Contar ID de persona, Td=D+Dx=82270+Lab="N" o "A" +Edad >=50 y <=70 Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA</p> <p>Denominador: Total de personas de 50 a 70 años identificados con Documento de Identidad atendidos por todas las causas y registrados en el HIS.</p> <p>Sintaxis: Personas de 50 a 70 años identificados con Documento de Identidad atendidos por todas las causas y registrados en el HIS Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero a octubre)
Logro esperado	Incremento de 5 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA. Fuente del denominador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.
Area responsable técnica	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Area responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.
Notas	Se recogerá información de la entrega de resultado del test de sangre oculta en heces en los sistemas de información de los EESS a nivel nacional identificados con Documento de Identidad. Si hubiese dos o más exámenes registrados para un mismo Documento de Identidad, se tomará en cuenta el primer resultado.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 12: Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia.

Nombre	Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Aplicación	Hospitales (II y III nivel de atención) que cuenten con servicios oncológicos, que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico.
Definición	El indicador mide el porcentaje de personas diagnosticadas con cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia.
Justificación	Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso de las personas diagnosticadas con cánceres prevalentes (cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon-recto, linfoma, leucemia, piel, pulmón e hígado) al tratamiento oncológico con quimioterapia, teniendo en cuenta que las enfermedades oncológicas son la segunda causa de mortalidad en el país. Se espera que el 60% de pacientes diagnosticados con cánceres prevalentes inician tratamiento oncológico con quimioterapia.
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{Personas del denominador que inician tratamiento de quimioterapia y registradas en el HIS con CPMS: 96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549 con LAB 1}}{\text{Total de personas identificadas con documento de identidad con diagnóstico de cáncer prevalente definitivo, registrados en el HIS con CIE-10: C500-C509; C220 -C229; C160 - C169; C530, C531, C539; C180 - C189, C19X, C20X; C340 - C349; C61X; C810 -C859, C963; C901, C910 - C959; C430 - C449; con entrega de resultado de biopsia positivo.}} \times 100$
Construcción del Indicador	<p>Numerador: Número de personas del denominador que inician tratamiento de quimioterapia y registradas en el HIS con CPMS: 96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549 con LAB 1.</p> <p>Sintaxis: Sumatoria de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar ID de persona, Td= R+Dx= (C500-C509) + Dx=D+(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549) + LAB=1+ Edad >=18+ Sexo ="F" • Contar ID de persona, Td= R+Dx= (C530, C531, C539) + Dx=D+(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549) + LAB=1+ Edad >=18+ Sexo ="F" • Contar ID de persona, Td= R+Dx= (C61X) + Dx=D+(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549 + LAB=1+ Edad >=18+ Sexo ="M" • Contar ID de persona, Td= R+Dx= (C220 -C229; C160 - C169; C180 - C189, C19X, C20X; C340 - C349; C430 - C449) + Dx=D+(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549) + LAB=1+ Edad >=18. • Contar ID de persona, Td= R+Dx= (C810 -C859, C963; C901, C910 - C959;) + Dx=D+ (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549) + LAB=1+ Toda Edad. <p>Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA</p> <p>Denominador: Total de personas identificadas con Documento de Identidad con diagnóstico de cáncer prevalente definitivo, registrados en el HIS con CIE-10: C500-C509; C220 -C229; C160 - C169; C530, C531, C539; C180 - C189, C19X, C20X; C340 - C349; C61X; C810 -C859, C963; C901, C910 - C959; C430 - C449; con entrega de resultado de biopsia positivo.</p> <p>Sintaxis: Sumatoria del Total de personas identificadas con Documento de Identidad con diagnóstico de prevalente definitivo, registrados en el HIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(19100, 19101,19102) +Lab="A" con Dx=D+





FICHA N°13: Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica
Tipo	Indicador de Desempeño.
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Redes de salud, Establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada, que cuenten con UPS de Consulta Externa - Odontología General.
Definición	<p>Indicador que determina el porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años atendidos en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con hasta 50 camas del MINSA y Gobiernos Regionales a quienes se les otorga el alta básica odontológica, condición de salud que adquiere el niño o la niña cuando se le ha desfocalizado de todo foco séptico o fuente de infección que se encuentre presente en la cavidad bucal, mediante la realización de procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados; en los niños o niñas que se encuentren en la condición de salud de persona sana para salud bucal o libres de foco séptico durante la evaluación oral compete se le brindará los procedimientos preventivos requeridos para garantizar la continuidad de su condición de salud de persona sana.</p> <p>El alta básica odontológica genera condiciones saludables en el estado de salud bucal del niño y la niña, como: Una óptima capacidad masticatoria, la ingesta adecuada de alimentos para elevar el estado nutricional y finalmente esta condición de salud influye directamente en la salud individual a través de su contribución en la mejora la calidad de vida del niño o la niña.</p>
Justificación	<p>En el Perú; el grupo de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares ocupan el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general.</p> <p>La revisión sistemática sustenta la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del individuo, evidenciando los efectos negativos de estas enfermedades y su repercusión directa sobre los factores funcionales, psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo, efectos como: la dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar, el impacto negativo en el autoestima y la afeción en el bienestar emocional.</p> <p>Actualmente, el enfoque de las intervenciones en salud bucal se orienta con prioridad a la prevención de las enfermedades de la cavidad bucal, su desarrollo en edades tempranas durante la infancia y la reducción de su prevalencia una vez instaurada en las etapas de vida posteriores, los tres principales grupos de morbilidad en salud bucal que generar focos sépticos, los constituyen: la caries dental, las enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, la gingivitis y la enfermedades periodontales.</p> <p>El Alta Básica Odontológica determina la condición que adquiere la niña o el niño bajo dos consideraciones: La primera, a todo niño o niña que no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal sobre la que se instaura el tratamiento preventivo; y la segunda consideración cuando ya se ha instalado en la niña o niña la enfermedad, se instaura los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados con el fin de obtener como resultado una persona desfocalizado libre de foco séptico en la cavidad bucal.</p> <p>Por lo que el indicador medirá la condición de persona libre de foco séptico para la cavidad bucal, como resultado final después de culminar con los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos por el niño o la niña previa evaluación oral completa, el abordaje terapéutico establecido permitirá mejorar la ingesta adecuada de alimentos, elevar el estado nutricional, el desarrollo emocional y por ende la calidad de vida del niño o la niña.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica}}{\text{Niñas y niños de 3 a 11 años atendidos y con evaluación oral completa realizada en los servicios de Odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales}} \times 100$





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>(C500 - C509) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de hígado: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= 47000 +Lab="A"+Dx=D+ (C220 -C229) + Lab="blanco" + Edad >=18. • Cáncer de estómago: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(43234, 43600) +Lab="A" con Dx=D+ (C160 - C169) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de cuello uterino: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(57500, 58100) +Lab="A" con Dx=D+ (C530, C531, C539) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F" • Cáncer de colon y recto: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(44388, 44389) +Lab="A" con Dx=D+ (C180 - C189,C19X, C20X) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de piel: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= 11100 +Lab="A"+Dx=D+ (C430 - C449) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de próstata: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=55700 +Lab="A" con Dx=D+ C61X + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="M" • Linfoma: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= 38500 +Lab="A"+Dx=D+ (C810 -C859, C963) + Lab="blanco" + Toda edad • Leucemia: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (85095, 85102) +Lab="A"+Dx=D+(C901, C910 -C959) + Lab="blanco" + Toda edad • Cáncer de pulmón: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (32405,32400) +Lab="A"+Dx=D+ (C340 - C349) + Lab="blanco" + Edad >=18 <p>Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero a octubre)
Logro esperado	Incremento de 5 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA. Fuente del denominador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.
Notas	<p>- Se recogerá información sobre las atenciones de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico de quimioterapia en las IPRESS del sector público del II y III nivel de atención que cuenten con servicios oncológicos, tales como: tales como: Cajamarca, Callao, Cusco, Junin, Lambayeque, La Libertad, Loreto, San Martín, Piura, Arequipa, así como los siguientes hospitales nacionales: Hospital Nacional A. Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital María Auxiliadora, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Santa Rosa.</p> <p>- Entiéndase como cánceres prevalentes a: Cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon-recto, linfoma, leucemia, piel, pulmón e hígado.</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Construcción del indicador	<p>DENOMINADOR: Total de niñas y niños de 3 a 11 años identificados nominalmente con DNI, atendidos bajo la modalidad de atención presencial en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales y que presenten como primera atención en el año el procedimiento de evaluación oral completa; registrados en el HIS entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.</p> <p>Sintaxis: (DNI + Edad(>ó=3y<ó=11) + Servicio= N ó R + TD=D + Dx=(D01506D0120) + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) + Dx<>(99499.01al 99499.10*) (*)Se excluyen los códigos del 99499.01 al 99499.10</p> <p>NUMERADOR: Total de niñas y niños de 3 a 11 años identificados nominalmente con DNI y tomados a partir de la población establecida en el denominador; a quienes se les realizaron procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos para adquirir la condición de salud de alta básica odontológica; registrados en el HIS entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.</p> <p>Sintaxis: Niños del denominador que durante o después de su primera atención cumplan con las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> (DNI + Edad(>ó=3y<ó=11) + TD=D + (Dx D01506D0120) +U160+D1310+D1330+ (D12066D12046D1208)) ó (Dx= D01506D0120+D1310+D1330+(D12066D12046D1208)) + Dx=U510 + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) (DNI + Edad(>ó=3y<ó=11) + TD=D + (Dx=D0000:E9999) + Dx=U510 + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) <p>(*)Se considera la primera letra 'D' o 'E' del código ítem (Código CPMS)</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero a octubre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> Cuando el valor umbral es menor de 20%, incremento de 10 pp. Cuando el valor umbral es 20% a menos de 30%, incremento de 5pp Cuando el umbral es > o = a 30, superar el logro del año anterior.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador y denominador: HIS-MINSA
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DIGIESP), a través de la Dirección de Salud Bucal.
Área responsable de la información	La Oficina General de Tecnologías de la Información / Dirección de Salud Bucal.
Notas	<ol style="list-style-type: none"> Los Establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada que ingresan para la medición del indicador son las que cuenten con UPS de Consulta Externa - Odontología General y se determinarán de acuerdo al Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS). Para los fines de formulación del script se tomará los primeros 4 dígitos de la UPS: 3033 – del HIS – MINSA. Para los fines de formulación del script se excluyen las citas vinculadas a los códigos de telesalud del 99499.01 99499.02; 99499.03; 99499.04; 99499.05; 99499.06; 99499.07; 99499.08; 99499.09;





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



99499.10.

4. Para la obtención del valor del denominador (niña o niño atendido), se considera la primera atención que reciba el paciente en el año calendario, con registro de Nuevo (N) o reingresante (R) al servicio de Odontología más el registro de evaluación oral completa (D0150).
5. Para la obtención del Numerador; en la condición N° 2, en relación al (*) (Dx=D0000:E9999*), para los fines de formulación del script se considera la primera letra 'D' o 'E' del código ítem (Código CPMS).
6. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.
7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.
8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 14: Porcentaje de mujeres que acceden a métodos de planificación familiar post parto institucional

Nombre	Porcentaje de mujeres que acceden a métodos de planificación familiar post parto institucional
Tipo De Indicador	Indicador de desempeño
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud, EESS del I nivel de atención y EESS del II nivel de atención con población asignada.
Definición	Se define como mujer que accede a un método anticonceptivo post parto institucional a todas las usuarias con necesidad de planificar su familia o espaciar los nacimientos y accede al uso de métodos anticonceptivos luego de un parto institucional (Parto vaginal o Cesárea) hasta los 42 días post parto en una IPRESS del MINSA o Gobierno Regional, pudiendo optar por algún método moderno: temporal o definitivo de planificación familiar.
Justificación	<p>La Planificación Familiar es reconocida a nivel internacional como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, pues si la mujer o su pareja planifican su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación.</p> <p>Asimismo, es importante espaciar los nacimientos adecuadamente para lo cual se sugiere un periodo de 3 a 5 años para el mejor cuidado del niño y la salud de la madre, contribuyendo a reducir también las tasas de mortalidad infantil.</p> <p>Es así que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) objetivo 3 reconocen a la Planificación Familiar como una de las estrategias fundamentales para erradicar también la pobreza, proteger el planeta y asegurar el desarrollo, porque la evidencia muestra que esta intervención contribuye a la salud, bienestar y autonomía de las mujeres y hombres; a mejorar la calidad de vida de las personas y el bienestar de las comunidades</p> <p>El compromiso Institucional y sectorial de contribuir para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a nivel nacional se presenta en los diferentes Planes y estrategias de Intervención de los diferentes sectores. Es uno de los indicadores de Gestión por Resultado del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.</p>
Formula Del Indicador	<p>Número de mujeres que accedieron al uso de métodos anticonceptivos post parto Institucional hasta los 42 días del puerperio.</p> $\frac{\text{Número de mujeres que accedieron al uso de métodos anticonceptivos post parto Institucional hasta los 42 días del puerperio.}}{100} \times 100$ <p>Partos Institucionales de mujeres en las IPRES del MINSA o Gobierno Regional en el periodo de evaluación registrados con DNI en el CNV en línea.</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Construcción Del Indicador	<p>Numerador. Total de mujeres que accedieron al uso de métodos anticonceptivos en una IPRESS después de tener un parto institucional hasta los 42 días post parto (2 control puerperal) considerando los siguientes métodos anticonceptivos: DIU, implante, inyectable trimestral, preservativos masculinos, preservativos femeninos y ligadura de trompas.</p> <p>Sintaxis: Número de mujeres del denominador que reciben un método anticonceptivo luego de tener un parto institucional va desde el intraparto hasta los 42 días de puerperio, pudiendo ser según su codificación los siguientes métodos anticonceptivos:</p> <p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligadura de trompa(s) cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea tipo de diagnóstico "D" CPMS 58611 • Ligadura de trompa(s) cuando se realiza durante la misma hospitalización post parto vaginal CPMS 58605 tipo de diagnóstico "D" • Cesárea, incluyendo atención postparto tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 59515 + Inserción de Implante tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 11975 ó Inserción de dispositivo intrauterino (DIU) tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 58300 ó Administración y uso de método inyectable Trimestral tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.05 ó Provisión de preservativos masculinos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.02 ó Provisión de preservativos femeninos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.06. • Atención de parto vaginal (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 59410 + Inserción de Implante tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 11975 ó Inserción de dispositivo intrauterino (DIU) tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 58300 ó Administración y uso de método inyectable Trimestral tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.05 ó Provisión de preservativos masculinos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.02 ó Provisión de preservativos femeninos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.06. • Atención postparto Control de puerpera código CPMS 59430 tipo de diagnóstico "D" Lab "1" ó "2" + Inserción de Implante tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 11975 ó Inserción de dispositivo intrauterino (DIU) tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 58300 ó Administración y uso de método inyectable Trimestral tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 99208.05 ó Provisión de preservativos masculinos tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 99208.02 ó Provisión de preservativos femeninos tipo de diagnóstico "D" o "R" CPMS 99208.06. <p>Denominador: Total de partos institucionales de mujeres de cualquier edad gestacional, en una IPRESS del MINSA o Gobierno Regional, en el periodo de evaluación, registrados con DNI según la base de datos del CNV en línea del periodo que dieron su parto 42 días antes de la evaluación.</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido en el año 2022 (enero-octubre)
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Si el valor del umbral es menor al 30%, incremento de 20 puntos porcentuales • Si el valor del umbral esta entre 30 y 45%, incremento de 10 puntos porcentuales • Si el valor del umbral esta entre 46% y 65%, incremento de 05 puntos porcentuales • Si el valor de umbral es mayor a 65%, = o > al valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{valor del umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{valor del umbral})} \times 100$
Frecuencia De medición	Anual
Fuente De Datos	<p>Numerador: HIS MINSA Denominador: CNV en línea</p> <p>Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2022, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2024</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°15: Porcentaje de adolescentes que reciben preventivamente suplementación de hierro más ácido fólico.

Nombre	Porcentaje de adolescentes que reciben preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud, establecimientos del 1° nivel de atención y Hospitales con población asignada.
Definición	Determinar el % de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que recibieron suplemento de hierro más ácido fólico de acuerdo a esquema vigente, de las que acuden al EESS por cualquier motivo de consulta.
Justificación	<p>Se ha demostrado que las adolescentes mujeres tienen mayores necesidades de hierro y folatos debido a su alta velocidad de crecimiento y a los elevados requerimientos por pérdidas menstruales, así como al bajo consumo de hierro de origen animal en la alimentación.</p> <p>Según datos de ENDES 2020, la quinta parte de la población adolescente femenina a nivel nacional presenta anemia, en especial en las adolescentes embarazadas (más del 20%). Con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, reforzar las reservas de hierro y reducir el riesgo de anemia en la adolescencia, en mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, desde los servicios de salud, se viene implementando la entrega de 24 tabletas de Suplemento de Hierro más Ácido Fólico a Adolescentes mujeres de 12 a 17 años, de manera preventiva, administrando 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico, una vez a la semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año; la misma que se acompaña de consejería y visitas domiciliarias para promover el consumo y garantizar la adherencia. Uno de las estrategias para lograr la cobertura de la población objetivo con esta intervención, es realizar la entrega durante la atención de las adolescentes en el establecimiento de salud, independientemente del motivo de la consulta; es decir todas adolescentes de 12 a 17 años que tienen contacto con el establecimiento deben recibir hierro y Ácido Fólico, como parte del paquete de atención integral correspondiente.</p> <p>Esta intervención se encuentra alineada a la Política Multisectorial de Salud, el Desarrollo Infantil Temprano y la política general de gobierno 2021-2026.</p> <p>Las disposiciones técnico administrativas que regulan la entrega del servicio se encuentra en la Norma Técnica de Salud para atención integral de salud de los adolescentes y la Norma técnica de Salud N°134-MINSA/2017/DGIESP Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (aprobada con R.M N°250-2017/MINSA).</p>
Formula del indicador	$\frac{\text{Adolescentes del denominador, que han recibido preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico, según esquema vigente}}{\text{Adolescentes mujeres que, en el periodo de evaluación, fueron atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrados con documento de identidad en el HIS.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Adolescentes del denominador, que recibieron preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico, según esquema vigente.</p> <p>Sintaxis: Suma de documento de identidad del denominador que cumplen con el registro CPMS 99199.26 (LAB: TA)</p> <p>Denominador: Adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días que, en el periodo de evaluación, fueron atendidas por el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrados con documento de identidad en el HIS, incluyen las consultas se realizan de forma extramural y se encuentran registradas en el HIS.</p> <p>Se excluyen: adolescentes gestantes, adolescentes con diagnóstico de anemia, adolescentes que acuden solo por vacunas Covid, atendidas en Centros Comunitarios de Salud Mental.</p> <p>Sintaxis: Suma de documento de identidad de mujeres adolescentes en el mismo periodo de evaluación que fueron atendidas por el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrado con documento de identidad en el HIS.</p>
Valor umbral	40%
Logro esperado	Mayor o igual a 60%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro Alcanzado}_\text{valor umbral}}{\text{Logro Esperado}_\text{valor umbral}} \times 100$





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toda mujer que accede al uso de métodos anticonceptivos recibe previamente orientación/ consejería en planificación familiar y según corresponda firma un consentimiento informado cuando se trata de métodos definitivos, así como para el DIU e Implante. 2. La Dirección registrada en el DNI de la madre (en el CNV), determinará su lugar de procedencia 3. Se evaluará el indicador según Ubigeo de residencia registrada en el CNV 4. Se considerará a la mujer que accedió a un método anticonceptivo desde su parto institucional hasta los 42 días del puerperio. 5. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuente con DNI. Considera la codificación HIS-MINSA en la totalidad de los establecimientos de salud. 6. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. 7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°16: Porcentaje de gestante atendidas con 2 o más APN en el hospital, referidas por factores de riesgo.

Nombre	Porcentaje de gestante atendida con 2 o más APN en el hospital, referida por factores de riesgo.
Tipo	Indicadore de desempeño
Ambito de aplicación	Establecimiento de Salud del 2° y 3° nivel de atención (Hospitales e Institutos) que realizan atención a la gestante.
Definición	Indicador que determina el total de gestantes con 23 o más APN en el hospital y que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos. Estas complicaciones son aquellos problemas de salud que son identificadas durante la etapa de gestación que afectan a la madre y/o al bebé y que no pueden ser resueltas en el 1° nivel de atención.
Justificación	Las complicaciones y factores de riesgo identificadas en el 1° nivel de atención que se originan durante el embarazo pueden afectar la salud de la madre y del feto, y al no poder ser resueltas son referidas a un establecimiento hospitalario con mayor capacidad resolutive para un manejo especializado.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Total, de gestante atendida con 2 ó más APN en el hospital, que han sido referidas por complicaciones o factores de riesgo específicos.}}{\text{Total de gestantes atendidas con 2 ó más APN en el hospital}} \times 100$
Construction del indicador	<p>Numerador: Total, de gestante atendida con 2 ó más APN en el hospital, que han sido referidas por factores de riesgo específicos.</p> <p>Sintaxis: Suma de mujeres del denominador que son referidas a otro EESS por consulta externa con los siguientes factores de riesgo específico: códigos CIE 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior: O34.2 • Anemia Severa: O99.0 • Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo): O13X • ITU: O23, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5 • Placenta Previa: O44.0 • Gestantes adolescentes menores de 15 años: Z3591, Z3592, Z3593 <p>Denominador: Total, de gestantes atendidas con 2 ó más APN en el hospital</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido al año 2022 (enero a octubre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el valor umbral es menor de 05%, incremento de 20 pp. 2. Cuando el valor umbral es de 5% a menos de 10%, incremento de 15 pp. 3. Cuando el valor umbral es de 10% a menos de 20%, incremento de 10 pp. 4. Cuando el umbral es > o = a 20%, incremento de 05 pp.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de	Anual





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Frecuencia de medición para evaluación	ANUAL
Fuente de datos	Numerador y denominador: HIS MINSA; los datos corresponden a lo realizado entre el 01 de enero y 31 de diciembre del 2023, con data cerrada al 28 de febrero del 2024
Area responsable técnica	Dirección general de intervenciones estratégicas en salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral-Etapa de Vida Adolescente.
Area responsable de información	OGTI
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Si durante el periodo de evaluación la adolescente mujer fue atendida en diferentes establecimientos de salud, esta será contabilizada en el numerador y denominador del establecimiento de salud que le entregó el suplemento. En caso no haya sido suplementada en ninguno de los establecimientos de salud atendida, será contabilizada en el denominador del establecimiento de salud que realizo la primera atención en el periodo de evaluación.2. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.3. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.4. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.5. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.6. Se excluyen del denominador y numerador: adolescentes gestantes, adolescentes con diagnóstico de anemia, adolescentes que acuden solo por vacunas Covid y adolescentes atendidas en Centros Comunitarios de Salud Mental.



J. SILVA



DONOH - DGOH

G. SANCHEZ

VP

FICHA N° 17: PORCENTAJE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME)

Nombre	% Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)
Tipo	Indicador de Desempeño
Institución	DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud, Hospital II nivel, Hospitales (sin población asignada) e Instituto Especializado.
Definición	Este indicador mide la disponibilidad de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a 2 meses de existencia disponible (MED) del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del MINSA y los Gobiernos Regionales.
Justificación	En el Artículo 27 de la Ley N° 29459, establece que el Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como componente fundamental de la atención Integral en salud , particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente. La medición de la Disponibilidad de medicamentos esenciales en los EESS del MINSA es una medida adoptada que nos permite evaluar la eficiencia de la gestión del abastecimiento de los medicamentos esenciales por las instituciones evaluadas.
Fórmula del Indicador	El resultado del indicador de Disponibilidad de medicamentos esenciales (DME) de cada DIRIS/DIRESA/GERESA, Red de Salud, Hospital II nivel, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado, se determinará mediante el promedio de la DME alcanzada en cada mes (construcción del indicador: Paso del 1 al 5) del año evaluado (12 meses) y se calcula de la siguiente manera: $\%DME \text{ (Anual)} = \frac{\text{Suma de la DME (mensual)}}{12}$
Construcción del Indicador	<p>Alcances:</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos Esenciales considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales vigente para el Sector Salud – PNUME, y listas complementarias vigentes. - Medicamentos con fecha de expiración vigente. - EE.SS. registrados en RENIPRESS y en el Catálogo de prestadores del SISMED del MINSA y Gobiernos Regionales (gestionados por la DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS). - Medicamentos en condición de SIN ROTACIÓN, solo se considera a los medicamentos vitales establecida por norma sanitaria vigente. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos de suministro centralizado para la atención de Estrategias Sanitarias abastecido por el Operador Logístico MINSA. - Medicamentos que en los últimos 12 meses reportaron 1 a 2 movimientos y no cuenta con stock en el mes a evaluar; se considera "sin consumo". - Stocks de los Almacenes Especializados. (DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS) - Productos farmacéuticos que han sido adquiridos para atención de pacientes por única vez y productos no disponibles en el mercado nacional, previo informe que lo sustente. Este informe debe ser presentado a la DIGEMID hasta el último día hábil del mes posterior al mes a evaluar para su consideración. <p>Pasos para la construcción del Indicador:</p> <p>1.- Numerador del indicador. - Para la construcción del numerador se realiza los siguientes pasos previos:</p> <p>1ro. - Se fusionan los códigos de medicamentos de igual DCI, concentración, forma farmacéutica, vía de administración y con diferentes presentaciones: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc), cremas tópicas (Sulfadiazina de plata 1% x 50 g/ Sulfadiazina de plata 1% x 375 g etc.), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID.</p> <p>Listado de medicamentos esenciales fusionados el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Link: https://www.digemid.minsa.gob.pe/acceso-y-uso</p> <p>2do.- Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA)</p>





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

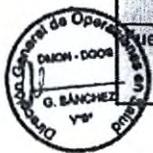
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

medición	
Fuente de datos	Numerador: REFCOM Denominador: HIS-MINSA Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2023, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2024
Área Responsable Técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
Área Responsable De Información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Considerar solo a gestantes nuevas para el servicio para el cálculo del denominador2. Si la gestante ha sido referida por complicaciones o factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha posterior a la referencia en el Hospital de destino.3. Si la gestante no ha sido referida por complicaciones o factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha de su segunda APN.4. Se excluye la evaluación de este indicador a los Hospitales que no realizan atención prenatal o no cuentan con el sistema REFCOM.5. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.6. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.7. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



	<p>$\dot{\iota}$ Suma de unidades consumidas en los últimos 12 $\frac{\text{meses} * \dot{\iota}}{N^{\circ} \text{ de meses que registran consumo en los } \dot{\iota}}$</p> <p>3ro. - Se calcula los meses de existencia disponible (MED) para cada medicamento:</p> <p>$\dot{\iota}$ Stock del medicamentos a la fecha de $\frac{\text{Stock}}{N^{\circ} \text{ Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) de}}$</p> <p>*Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED.</p> <p>Pudiendo dar los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MED: =0 → Desbastecido - MED: >0 y <2 → Substock* - MED: >=2 hasta =<6 → Normostock * - MED: >6 → Sobrestock - Stock >0 y CPMA=0 → Sin rotación - Stock =0 y CPMA en los últimos 4 meses =0 → Sin consumo <p>4to.- Cálculo de la disponibilidad de los medicamentos esenciales manejado por el EE.SS.</p> <p>% DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME) POR EESS :</p> <p>$\dot{\iota} \frac{N^{\circ} \text{ de medicamentos esenciales del EESS en condición de normostock, sobrestock y sin rotación}}{N^{\circ} \text{ total de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, desabastecido y sin rotación)}}$</p> <p>5to.- Cálculo de la disponibilidad mensual, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para DIRIS/GERESA/DIRESA y Redes de Salud será: El promedio de la DME alcanzado por sus Establecimientos de Salud de su jurisdicción. <p>$DME \{mensual\} = \frac{DME(EESS1) + DME(EESS2) + DME(EESS3) + \dots + DME(EESSn)}{\text{Numero total de EESS}}$</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospital II nivel, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado será la disponibilidad correspondiente a su propia institución. <p>II.- Denominador del indicador. - Serán los 12 meses del año evaluado.</p>
Valor umbral	El valor umbral es mayor al 80%
Logro esperado	90%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p style="text-align: center;">$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$</p> <p>Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.</p>
Frecuencia de medición	Mensual. El indicador final será el promedio simple de las mediciones mensuales del año a evaluar.
Fuente de Datos	Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED, dentro del plazo establecido en el cronograma oficial comunicado por DIGEMID. El ICI recoge información de consumos y stocks de los EESS, los mismos que se utilizan para efectuar el cálculo del Consumo





	Promedio Mensual Ajustado (CPMA) y los Meses de Existencia Disponible (MED), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.
Area responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Area responsable la Información	OGTI(MINSA)- DIGEMID

Ficha N° 18: Tasa de teleinterconsultas ¹

Nombre	Tasa de teleinterconsultas en los establecimientos de salud
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de aplicación.	Establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención
Definición	El indicador mide la tasa de teleinterconsulta por 1000 atendidos por consulta externa en el establecimiento de salud, con la finalidad de mejorar el acceso a la atención de salud por profesional de salud en los diferentes niveles de atención
Justificación	<p>La Telesalud permite disminuir la brecha de acceso a los servicios de salud, principalmente a la población que cuenta con limitaciones de acceso geográfico, económico, cultural entre otras. Asimismo, la Telemedicina es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población.</p> <p>La telemedicina mediante el servicio de tele interconsulta ha permitido lograr la continuidad del cuidado integral de la salud y la complementariedad de los servicios de salud con énfasis en la atención especializada, considerando que en los años 2020 y 2021 se presentó la pandemia por COVID 19 y muchas IPRESS dejaron de ofertar servicios a la población por el cierre de estos establecimientos. Esto evidencia la disminución de la brecha de acceso a servicios de salud, que se espera sostener en el marco de las Redes Integradas de Salud, fortaleciendo una puerta de acceso a los servicios de salud. Asimismo, en la actualidad factores como conectividad, equipamiento en los establecimientos de salud, cultura del uso de las TIC en la población y en el personal de salud permiten que la telemedicina se instale como un <u>proceso transversal a la oferta de servicios de salud</u> que busca optimizar el uso de los recursos en tiempo, distancia y recursos humanos.</p> <p>De lo antes expuesto se concluye que la telemedicina se alinea a las prioridades nacionales como la RIS y fortalece el Modelo del Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, a la Persona Familia y Comunidad. Por ello, es necesario la continuidad del servicio de tele interconsulta a nivel nacional.</p>
Fórmula del Indicador	<p>Para establecimientos de salud del primer nivel de atención sin profesional de la salud</p> $\frac{\text{Personas del denominador atendidas por teleinterconsulta como consultante}}{\text{Personas identificadas con código único de identificación atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta en consulta externa.}} \times 1000$ <p>Para establecimientos de salud del primer nivel con algún profesional de la salud</p> $\frac{\text{Personas del denominador atendidas por teleinterconsulta como consultante y consultor}}{\text{Personas identificadas con código único de identificación atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta en consulta externa.}} \times 1000$ <p>Para establecimientos de salud del segundo y tercer nivel</p> $\frac{\text{Personas del denominador atendidas por teleinterconsulta como consultante y consultor}}{\text{Personas identificadas con código único de identificación atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta en consulta externa.}} \times 1000$



¹ Teleinterconsulta: Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de salud a un profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud*.

Construcción del indicador	<p>Para establecimientos de salud</p> <p>Numerador: Personas del denominador que registran al menos una atención de teleinterconsulta de acuerdo al rol que le corresponda (consultante, consultante-consultor y consultor)</p> <p>Denominador: Personas atendidas en el establecimiento de salud con cartera de servicio de salud que incluye el servicio de telemedicina-teleinterconsulta registradas en el RENIPRESS al 31 de enero 2023; identificadas con documento único de identificación registradas en el HIS.</p>																											
Valor Umbral	Valor obtenido en el año 2022 (enero-octubre 2022)																											
Logro esperado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Atendidos por Consultas externa(1)</th> <th>Logro esperado con respecto a (1)</th> <th>Personas atendidas por teleinterconsulta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-1000</td> <td>9%</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>1001-2000</td> <td>8%</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>2001-4000</td> <td>7%</td> <td>210</td> </tr> <tr> <td>4001-8000</td> <td>5%</td> <td>300</td> </tr> <tr> <td>8001-16000</td> <td>3%</td> <td>360</td> </tr> <tr> <td>16001-32000</td> <td>1.5%</td> <td>360</td> </tr> <tr> <td>32001-64000</td> <td>1%</td> <td>480</td> </tr> <tr> <td>>64000</td> <td>1.00%</td> <td>640</td> </tr> </tbody> </table>	Atendidos por Consultas externa(1)	Logro esperado con respecto a (1)	Personas atendidas por teleinterconsulta	0-1000	9%	50	1001-2000	8%	120	2001-4000	7%	210	4001-8000	5%	300	8001-16000	3%	360	16001-32000	1.5%	360	32001-64000	1%	480	>64000	1.00%	640
Atendidos por Consultas externa(1)	Logro esperado con respecto a (1)	Personas atendidas por teleinterconsulta																										
0-1000	9%	50																										
1001-2000	8%	120																										
2001-4000	7%	210																										
4001-8000	5%	300																										
8001-16000	3%	360																										
16001-32000	1.5%	360																										
32001-64000	1%	480																										
>64000	1.00%	640																										
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$																											
Frecuencia de medición	Anual																											
Fuente de datos	Numerador - HIS-MINSA Denominador :RENIPRESS, HIS-MINSA																											
Área responsable técnica	La Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL), a través de la Dirección de Telemedicina (DITEL).																											
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información. Dirección de Telemedicina (DITEL) de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL)																											
Notas	<ol style="list-style-type: none"> Los códigos a incluirse en el cálculo del indicador son: 99499.11 Tele interconsulta Síncrona 99499.12 Teleinterconsulta Asíncrona LAB 1= Consultante LAB 2 = Consultor La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia. El 80% de los atendidos por teleinterconsulta deben corresponder a la especialidad de la Institución. La definición de especialidad se realizará en enero 2023 en coordinación con cada Institución. Los establecimientos de salud sujetos a evaluación deben contar con al menos 01 recurso humano capacitado en el Curso de Telesalud o Diplomado en Gestión de la Telemedicina certificado por Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP. La data nominal de los profesionales que se certifican en el Curso de Telesalud o Diplomado en Gestión de la Telemedicina de la Escuela Nacional de Salud Pública será brindado por la Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP. 																											





Ficha N° 19 . Promedio de permanencia cama

Nombre	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un período de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	<p>Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (sub-utilización o sobreutilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas.</p> <p>Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada en donde las patologías de alta complejidad involucran estancias prolongadas.</p>
Formula del indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un período}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo período}}$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de Hospitalización* hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización.</p> <p>Denominador. - El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización*. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas con pacientes en estancia prolongada, que comprenden a los pacientes abandonados, pacientes con problemas sociales y/o judiciales; pacientes en ventilación mecánica prolongada u otros pacientes crónicos complejos cuya morbilidad los obligue a permanecer de manera prolongada en la institución. Para tal efecto, los Hospitales e Institutos de Lima Metropolitana, Diresas, GERESAS remitirán en medio magnético al cierre del ejercicio fiscal a la OGTI, el listado de pacientes con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.</p> <p>*Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación, las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico y las camas ocupadas por pacientes con diagnóstico de COVID-19.</p>
Logro esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 9 días / egreso</p> <p>Para hospitales e institutos especializados, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad, campo clínico, y a la complejidad de las patologías según cartera de servicios, siendo el Logro esperado referencial el medido en el Convenio de Gestión 2022.</p>





Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80% Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60%</p> <p>Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé donde:</p> <p>Si el valor se encuentra dentro del rango: 100% Si el valor se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 80%. Si el valor se encuentra hasta 2 unidades por encima o debajo del rango: 60%.</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador). Egresos hospitalarios – OGTI - MINSA
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología. 2. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA 3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N° 20: Porcentaje de resolutivead

Nombre	Porcentaje de resolutivead
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	Hospitales de segundo y tercer nivel de atención e Institutos especializados.
Definición	Es la relación entre el número de referencias enviadas por el establecimiento de origen y el total de atenciones médicas en emergencia en el mismo periodo de tiempo.
Justificación	El indicador fomenta la integralidad en los diferentes niveles de atención de salud orientando a la organización de los servicios que permitan la resolución de las necesidades de la población demandante, garantizando los derechos a una mejora en el estado de salud de la población, Es así, que medir la capacidad de respuesta del establecimiento de salud según su nivel de complejidad ante el problema de salud de los usuarios. Asimismo, permite identificar las limitaciones e implementar acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Referencias para emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de atenciones de emergencia en el periodo}} \times 100$
Construcción del Indicador	Numerador. – Es el número de las referencias para emergencia registradas en el aplicativo REFCON Denominador. – Es el registro de atenciones en emergencia fuente SEEM.
Valor umbral	Valor del año previo
Logro esperado	1. Si el valor umbral es $\leq 5\%$, mantener el valor umbral 2. Si el valor umbral es $\leq 10\%$, debe disminuir 2 puntos porcentuales sobre el valor umbral 3. Si el valor umbral es $> 10\%$, debe disminuir 3 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: Aplicativo REFCON Denominador: Fuente SEEM.
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Área responsable de la Información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	1. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA 2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia





Ficha N° 21: Porcentaje de Cirugías suspendidas

Nombre	Porcentaje de Cirugías suspendidas
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	Hospitales de II y III nivel de atención e Institutos Especializados.
Definición	La suspensión de cirugías, se define como la correspondencia entre las cirugías programadas y las realizadas en un determinado periodo de tiempo en una institución. Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.
Justificación	Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas; así como, evaluar la calidad en la atención hospitalaria, para la obtención de mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución y mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente por su prolongada estancia hospitalaria. La programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestelistas, enfermeros, técnicos de enfermería, entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados. Este indicador puede ser influenciado por la clínica desfavorable del paciente.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías suspendidas}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías programadas}} \times 100$
Construcción del Indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador. - El número total de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas por diferentes motivos en un periodo de tiempo. No incluye intervenciones quirúrgicas de emergencia. Denominador. - El número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo. Una intervención quirúrgica se define como la intervención quirúrgica planificada con antelación y que no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia.
Logro esperado	Si el valor umbral es \leq a 5%, deberán de mantener el valor umbral. Si el valor umbral es \leq a 10%, disminuirán mínimo 2 puntos porcentuales sobre el valor umbral. Si el valor umbral es $>$ a 10%, disminuirán mínimo 3 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Valor umbral	Valor obtenido en el año 2022
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Aplica a Hospitales de II y III nivel de atención e Institutos Especializados. que cuenten con UPSS Centro Quirúrgico.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina Estadística e Informática del Sistema Electrónico de transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI – IPRESS (SUSALUD)
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



J. SILVA



Ficha N° 22: Porcentaje de ocupación cama

Nombre	Porcentaje de ocupación cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	Hospitales de II y III nivel de atención e Institutos Especializados.
Definición	Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado período. Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo.
Justificación	Este indicador permite evaluar la sub-utilización o sobre-utilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización; identificando problemas gerenciales asociados a la gestión de camas, determina la eficiencia en el uso de cama.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-día (de un periodo)}}{\text{N}^\circ \text{ días-cama disponibles (en el mismo periodo)}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Número total de pacientes-día del mes se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados diariamente durante el mes. Un paciente-día es el paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario. Esta denominación también corresponde a días de estancia o días cama ocupados.</p> <p>Denominador: Número de días-cama-disponible se obtiene de la sumatoria de todas las camas disponibles para hospitalización por cada día del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre y operativa, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día. No se contabilizan las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico. El cociente obtenido se multiplica por 100.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes Covid, abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/IGSS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda.</p>
Valor Umbral	No aplica
Logro esperado	>= 80%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Formato F500.2. Aplicativo camas
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología 2. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA 3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas y situaciones de emergencia. 4. A medida que el hospital tiene mayor complejidad, el porcentaje de ocupación deberá analizarse por especialidades, ya que el indicador global puede ocultar insuficiencia de camas o camas sobrantes en las distintas especialidades.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaCentro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 23: Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.

Nombre	Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	Hospital de II nivel, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado
Definición	<p>La densidad de incidencia y/o incidencia acumulada mide la velocidad con que se propaga las IAAS, a mayor tasa de incidencia, mayor riesgo.</p> <p>Para los hospitales de II nivel con menos de 50 camas, se seleccionará 1 tipo de IAAS, mientras que, los hospitales de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado se evaluará 2 tasas de densidad de incidencia y/o incidencia acumulada de IAAS.</p> <p>Las tasas de incidencia serán seleccionadas por el MINSa (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC) y el hospital o instituto (Oficina de epidemiología o la que haga sus veces) se priorizará las tasas más altas en los valores del año previo.</p> <p>Las tasas seleccionadas deberán tener los 12 meses de información, mayor o igual al 90% de notificación oportuna (la información consolidada e individual de los casos) según el plazo indicado en la norma vigente y haber sido registrado en el aplicativo web creado para este fin.</p> <p>Si el hospital o instituto presenta tasas cero en todos los tipos de IAAS en el indicador para los convenios; el CDC-MINSa determinará el valor umbral y logro esperado del indicador, previa evaluación de los procesos de la vigilancia según lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud.</p>
Justificación	<p>Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, disminuye la calidad de la atención de los servicios y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. Estas infecciones también afectan a los neonatos que son de alto riesgo y las puerperas, por lo que, las tasas de IAAS son consideradas como indicadores de calidad en la atención integral de salud.</p> <p>Los documentos normativos que regulan el proceso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSa. ✓ Norma Técnica N°020-MINSa/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSa. ✓ Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N°168-2015/MINSa.
Fórmula de indicador	<p>Densidad de incidencia: <u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x1000 <u>Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo.</u></p> <p>Incidencia acumulada: <u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x100 <u>Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.</u></p>





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Construcción del indicador	<p>Densidad de Incidencia: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2023. Denominador: Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año. Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.</p> <p>Incidencia acumulada: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2023. Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo año Se utiliza para la medición de infecciones de sitio quirúrgico y de endometritis puerperal.</p>
Valor Umbral	Valor del año previo
Logro esperado	<p>Para los hospitales e institutos que tengan tasas diferente de cero en su valor umbral, el cálculo del logro esperado se realizará considerando que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si sobrepasan el valor referencial para su categoría, las tasas seleccionadas deberán disminuir hasta en un 30% de su valor umbral para alcanzar el valor referencial para su categoría. - Si es menor o igual al valor referencial para su categoría, deberá mantenerse igual o por debajo del valor referencial para su categoría. <p>Para los hospitales e institutos que tengan tasas de cero en su valor umbral, el logro esperado será el valor referencial. Los valores referenciales se publican en el Boletín Epidemiológico del Perú del CDC -MINSA del 2023.</p>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	<p>$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$</p> <p>Para los hospitales o institutos en los que se selecciona 02 tasas de IAAS, se calculará el promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado.</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Aplicativo web de notificación de las IIH -JAAS. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2023, con cierre de base de datos al 28 de febrero del 2024.
Área responsable técnica	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
Área responsable de la información	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
Notas	Los institutos u hospitales especializados que vigilen otros tipos de IAAS que no son sujetas a notificación obligatoria en la Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, proporcionarán al CDC -MINSA su plan de vigilancia epidemiológica incluyendo el tipo de IAAS, la definición de caso y la metodología utilizada; asimismo, realizarán la notificación mensual correspondientes a los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas según los plazos establecidos.



Ficha N° 24: Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales Seleccionados.

Nombre	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales Seleccionados.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	DIRESA/GERESA, DIRIS Y RED DE SALUD
Definición	Determina el porcentaje de EESS del primer nivel de atención activos en el RENIPRESS, que deben tener al menos 80% de disponibilidad de equipos críticos operativos, y en estado de conservación nuevo, bueno o regular de acuerdo al SIGA-MP.
Justificación	<p>La implementación del presupuesto por Programas Presupuestales Institucional (PPI) y Programa Presupuestal Orientado a Resultados (PPOR), tienen como propósito el logro de resultados sobre la población y su entorno, orienta la formulación del presupuesto del sector público a resultados bien definidos.</p> <p>Los programas presupuestales "1001: Programa Presupuestal de Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano" y "002: Salud Materno Neonatal" priorizan intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor del niño menor de 5 años y la gestante.</p> <p>Por ello, el equipo de gestión de las DIRESAS/GERESAS, DIRIS y REDES deben asegurar que todos los equipos críticos de los programas señalados, estén disponibles para la atención en cada EESS mediante una apropiada gestión.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de EESS del denominador, que cuentan con } \geq \text{ a 80\% de disponibilidad de equipos críticos.}}{\text{N° de EESS activos, del primer nivel de atención, registrados en el RENIPRESS del ámbito de la jurisdicción de DIRESAS, GERESAS, DIRIS y REDES}}$
Construcción del Indicador	<p>Numerador: N° de EESS con \geq al 80% de disponibilidad de equipos críticos.</p> <p>Denominador: N° de EESS activos¹ en la DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES.</p>
Valor Umbral	80% de EESS, con \geq a 80% de disponibilidad de equipos críticos.
Logro Esperado	\geq a 90% de EESS de las DIRESAS, GERESAS, DIRIS y REDES que cuentan con \geq a 80% de disponibilidad de equipos críticos.
Cálculo del % de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIGA-MP, (cierre de la información al 31 de diciembre del año de la evaluación), RENIPRESS (EESS activos ¹)
Área responsable técnica	Dirección de Equipamiento y Mantenimiento – DIEM
Área responsable de información	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) -Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM)



¹ Se excluye a los Centros de Salud Mental, Centros Comunitarios, Centros de Rehabilitación, Centros Veterinarios y Laboratorios de Referencia

Notas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para evaluar el mínimo 80% de disponibilidad de equipos críticos, se considera aquellos bienes operativos que se encuentra en el SIGA MP en estado de conservación nuevo, bueno o regular. 2. El hemoglobínometro es un equipo crítico indispensable que el EESS debe poseer, al no contar con este equipo indica que EESS no cumple con el indicador. 3. Para el cálculo de este indicador (ID) es importante mantener actualizado el módulo SIGA MP al 31 de diciembre del año de la evaluación. 4. En el cálculo del indicador se excluyen del RENIPRESS a los Centros de Salud Mental, Centros Comunitarios, Centros de Rehabilitación, Centros Veterinarios y Laboratorios de Referencia. 5. Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición. 6. A partir de la base de datos del módulo Siga Patrimonial, se determina la disponibilidad de los equipos considerados críticos.
--------	---

INSTRUCTIVO PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO "ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE ASEGURAN LOS EQUIPOS CRÍTICOS PARA LOS PROGRAMAS PRESUPUESTALES SELECCIONADOS"

Objetivo: Determinar el porcentaje de los Establecimientos de Salud (EES) que cuentan con un mínimo de 80% de disponibilidad de equipos críticos para atención de la madre y el niño, (Control Pre natal enfocada, CRED, Inmunizaciones, Suplementación con multimicronutrientes).

Paso 1: Identificar en el módulo de patrimonio del SIGA los EESS que tienen registrados sus bienes patrimoniales que se encuentren en estado de conservación nuevo, bueno o regular. Para continuar con la verificación, es requisito que el 100% de EESS de la Red tenga registro patrimonial actualizado (Código margesi), completo y veraz en el módulo de patrimonio del SIGA.

Paso 2: Es recomendable verificar la disponibilidad por punto de atención de cada equipo crítico relacionado al PDIP y SMN, según el estándar definido (Anexo N° A). Es requisito indispensable que dentro del 80% de disponibilidad de equipos críticos se cuente con hemoglobínometro disponible. De lo contrario el criterio no se cumple. Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador:

REDES de salud según el CG suscrito	Código RENIPRESS de EESS	Nombre de EESS activos según RENIPRESS	Disponibilidad de equipos operativos	
			=>80%, Incluyendo Hemoglobínometro	<80% o sin hemoglobínometro
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS				

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 80% de equipos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos, cuyo indicador es "N° y % EESS con \geq a 80% de disponibilidad de equipos". Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador.

REDES de salud según el CG suscrito	N° Total de EESS activos según RENIPRESS	N° y % EESS con al menos de 80% disponibilidad de equipos	
		Número	%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS			

CALCULO DEL 90% DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE CUENTEN CON \geq A 80% DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS CRITICOS

PASO 1: Según lo establecido por Convenio, se cuenta con el "Listado de equipos críticos correspondientes a la ficha" (listado de equipos críticos por categoría de Establecimiento de Salud y grupo).

PASO 2: Descargar el SIGA Patrimonial correspondiente al mes de diciembre y año de la evaluación del convenio de gestión a realizar.

PASO 3: Descargar el catálogo de la lista de establecimientos de salud del Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS (seleccionar los EESS que se encuentran activos, excluyendo a los Centros de Salud Mental, Centros Comunitarios, Centros de Rehabilitación, Centros Veterinarios y Laboratorios de Referencia)

PASO 4: Seleccionar en el SIGA Patrimonial los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención (EES considerados en el paso 3)

PASO 5: Identificar según el "Listado de equipos críticos correspondientes de la ficha en el SIGA Patrimonial según el estado de conservación (nuevo, bueno o regular que están en uso).

PASO 6: Agrupar la información por Región, luego por Red o DIRIS, seguido de Establecimientos de Salud – EESS

Según los Programas Presupuestales preseleccionados:

Grupo de equipos críticos a Cadena de Frio: CF1, CF2, CF3, CF4

*Grupo de equipos críticos a CRED: C1, C2, C3, C4, C5, C6



*Grupo de equipos críticos a Atención Pre Natal Reenfocada: R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9

N_PLIEGO	RED	N UE	EESS	CATEG	CADENA DE FRIO				CRED			PRENATAL REENFOCADA								
					CF1	CF2	CF3	CF4	C1	C2	C3	C4	C5	C6	R1	R2	R3	R4	R5	R6

PASO 7: En ese sentido, si la cantidad de equipos críticos por grupo es mayor a cero, entonces se registra el número uno (1), caso contrario se registrará cero (0).

Nota:

En los casos que se presente el uso del mismo tipo de equipo en más de un Programa Presupuestal (Ej. equipos que pueden ser transversales a CRED y Atención Prenatal Reenfocada), se procederá de la siguiente:

Si la cantidad registrada en CRED es uno (1), entonces queda el registro en CRED

Si la cantidad registrada en CRED es más de uno (>1), entonces se registra 1 en CRED y uno (1) en Atención Prenatal Reenfocada.

PASO 8: El porcentaje de equipos críticos por Establecimiento de Salud se obtiene:

$$\% = \frac{\text{Suma resultante de los unos (1)} * 100}{\text{Suma total (unos (1) y ceros)}}$$

Nota:

Para las categorías I-1 y I-2, la suma total debe ser 16

Para las categorías I-3 y I-4, la suma total debe ser 19

Con fines operativos, para conocer la el número de Establecimientos de Salud con equipos críticos, cuyos resultados sean iguales o mayores a 80%, incluyendo Hemoglobinómetro, se le asigna el número 1. En caso que no cumplan con ambas condiciones se le asigna el número 0, lo cual permite realizar su cálculo rápido.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección General
de Personal de la Salud

"Decenio de la Igualdad para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha 25. Porcentaje de concordancia entre los registros de la Planilla de Haberes (PLH) del personal CAS y el Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano al Servicio de Sector Público (AIRHSP).

Nombre	Porcentaje de concordancia entre los registros de la Planilla de Haberes (PLH) del personal CAS y el Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano al Servicio de Sector Público (AIRHSP).
Tipo	Indicador de proceso
Institución	Unidades Ejecutoras: DIRESA, GERESA, DIRIS, REDES, Hospitales e Institutos (no se considera DIRESA, REDES, Hospitales, que no sean unidades ejecutoras).
Definición	Porcentaje de concordancia entre los registros de la planilla de haberes (PLH) del personal CAS y el Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano al servicio del Sector Público (AIRHSP)
Justificación	La información contenida en el aplicativo informático AIRHSP sirve de base para para las fases de programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del proceso presupuestario; para programar las obligaciones sociales y previsionales; y los gastos en personal de la salud; por lo que mantener actualizado el mismo es de vital importancia para la gestión de los recursos humanos; así como para la toma de decisiones en materia de recursos humanos.
Formula del indicador	$\frac{\text{Total de la PEA CAS registrada en el AIRHSP} \times 100}{\text{Total de la PEA CAS con honorarios ejecutados en la Planilla de Haberes (PLH)}}$
Valor Umbral	85%
Logro esperado	≥ 90%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	El cumplimiento debe ser igual o mayor al logro esperado. Si en caso no se llega a dicho porcentaje, se considera que el incumplimiento del indicador.
Frecuencia de medición	Anual (se calcula el promedio de los 12 meses)
Fuente de datos	PLH y AIRHSP
Área responsable técnica	Dirección General de Personal de la Salud – DIGEP Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI
Área responsable de información	Dirección General de Personal de la Salud – DIGEP
Notas	Limitaciones y supuestos: Ninguna





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 26.: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia

Nombre	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna. (Certificación y/o actualización¹ de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño).	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de Aplicación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Institutos ² , Hospitales ³ y establecimientos de salud I-4	
Definición	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la "Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" (Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7:C, aprobada con Resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA).</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud I-4, realizan acciones como: evaluaciones internas, plan de mejora, capacitaciones, evaluaciones externas, monitoreo y supervisión para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación en el marco de lo dispuesto en la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, según corresponda.</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS, REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud I-4, promueven y protegen la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad mortalidad materno-infantil en las y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano.</p>	
Justificación	<p>La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.</p> <p>En el Perú según la ENDES, la proporción de menores de seis (06) meses con lactancia materna a nivel nacional no mantiene un incremento, así tenemos que en el año 2016 se tuvo un porcentaje del 69.8% y en el 2021 un porcentaje de 64% (disminuyendo 5.8% en cinco años), siendo las zonas rurales las que mantienen mayores porcentajes (80.7% en el año 2021), en comparación con las zonas urbanas (58% en el año 2021).</p> <p>En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales como el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado con Decreto Supremo N° 009-2016-SA, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p>	
Logro esperado	<p>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si en el ámbito hay 7 o menos EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4, que atienden partos y recién nacidos, deben alcanzar el 100% de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2023. 2. Si en el ámbito hay entre 8 y 15 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 80 % de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2023. 3. Si en el ámbito hay entre 16 y 30 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 60% de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2023. 4. Si en el ámbito hay más de 30 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 40% de EESS certificados y/o actualizados 	100%



¹ Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, ítem 5.1- Definición operativa, la "certificación" tiene una duración de tres años, finalizado este período debe ser actualizado.

² Corresponde al Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del Niño -Inena

³ Hospitales que brindan atención materno infantil.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2023.</p> <p>Fuente Auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se detalle los hospitales y EESS I-4 existentes y aquellos que han logrado ser certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño al I 2023. Acto resolutivo de Certificación o actualización, por un periodo de tres (03 años) a partir de la fecha registrada en el Acta Final de la Evaluación Externa (RM N° 353-2016/MINSA, Anexo 7C), otorgado por la autoridad regional según corresponda⁴, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/, según corresponda. 	
	<p>PARA REDES DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> Si en el ámbito hay 5 o menos EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4, que atienden partos y recién nacidos, deben alcanzar el 100% de EESS con evaluación interna con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. Si en el ámbito hay entre 6 y 10 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 80% de EESS con evaluación interna, con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. Si en el ámbito hay más de 10 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 60% de EESS con evaluación interna, con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se incluye el Acta final de la evaluación interna aprobada (RM N°353-2016/MINSA, Anexo 7C), con firma y sello legible de los evaluadores y solicitud de evaluación externa dirigido al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS, según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo de recepción, de cada uno de los establecimientos. <p>La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, deben corresponder al año 2023. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario</p>	100%
	<p>PARA INSTITUTOS, HOSPITALES Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD CATEGORÍA I-4</p> <p>A. Para Institutos, Hospitales y Establecimientos de Salud I-4 NO Certificados o actualizados como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño con evaluación interna aprobada, con puntaje de 80% o más.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el Acta Final de la evaluación interna aprobada (RM N°353-2016/MINSA, Anexo 7C), con firma y sello legible de los evaluadores y solicitud de evaluación externa dirigida al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS (Los EESS que dependen de la Red deberán solicitar la evaluación externa mediante los mismos), según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo de recepción. <p>La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, debe corresponder al año 2023. El periodo que transcurra entre evaluación intena y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario.</p>	100%



⁴ Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y al Instituto Nacional de Salud del Niño-Sede Breña, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>B. Para Institutos, Hospitales y Establecimientos de Salud I-4 Certificados o Actualizados como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño", durante los tres (3) últimos años.</p> <p>Desarrollo de Acciones de Monitoreo⁵ y/o Supervisión, dos (02) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS⁶.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acto Resolutivo de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda⁷, vigente al 2023. 2. Informe Anual de cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el detalle de actividades de Monitoreo y/o Supervisión realizada, adjuntando el resumen de las Fichas de Monitoreo aplicadas a cada UPSS (RM N°609-2014/MINSA, Anexo 04), dirigido al director del Instituto, Hospital o Red según corresponda, con evidencia de trámite documentario. El Plazo de envío de informe, no debe exceder 30 días de ejecutado la actividad. 3. El Informe Anual también debe contener un análisis de los indicadores relacionados a: tipos de partos atendidos, contacto piel a piel durante la primera hora de nacimiento, lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y lactancia materna continuada hasta los dos años. 4. El Acto Resolutivo Directoral y/o Ministerial de Certificación o actualización, son publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Hospital o Instituto, según corresponda.
Frecuencia de medición	Evaluación: anual
Fuente de datos	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS/RED, Instituto, Hospital, según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Área responsable de Información	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Instituto, Hospital, según corresponda.
NOTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las fuentes auditables que se registran en el aplicativo para la evaluación y los que se publican en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Hospitales o Redes según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales o en su defecto copias legibles fedateadas. 2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



⁵ Según Anexo 04. Ficha de Monitoreo de Lactancia Materna, de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP-V-01-Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

⁶ UPSS de consulta externa, UPSS centro obstétrico, UPSS centro quirúrgico, UPSS unidad de cuidados intensivos, UPSS hospitalización, UPSS nutrición y dietética, UPSS farmacia, UPSS almacén, banco de leche humana, lactario institucional.

⁷ Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Niño-Sede Brava, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.1: Fortalecimiento de las RIS rehabilitación, mejorando las competencias del personal profesional de la salud, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD).

Nombre	Fortalecimiento de las RIS rehabilitación, mejorando las competencias del personal profesional de la salud, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), para mejorar el acceso a su derecho de atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Direcciones de Redes Integradas de Salud-DIRIS de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud -DIRESA o Gerencias Regionales de Salud-GERESA	
Definición	Se realiza capacitación a los profesionales de la salud, del primer nivel de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y/o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para identificar riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD) en la etapa infantil y adolescente a través de la evaluación clínica, para realizar una derivación o atención oportuna según capacidad resolutoria con el objetivo de prevenir la discapacidad o disminuir su severidad.	
Justificación	La Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, realizada el 2012, estableció que el 5.2% de la población peruana vive con alguna discapacidad. Posteriormente, el Censo Nacional 2017, el INEI reportó que el 10.3 % de la población tiene alguna discapacidad. El MINSA ha implementado desde el 2015, un sistema de registro de las personas con discapacidad en tiempo real y sectorial con participación de IPRESS públicas, mixtas y privadas que, a setiembre del 2022, tiene un registro acumulado de 351,655 personas con discapacidad. La data evidencia que el 62.8% de 58,922 niñas y niños son PCD severa, el 57.7% de 35,238 adolescentes son PCD severa. Estos grupos etarios tiene altas prevalencias de discapacidad severa en razón a que no se están detectando tempranamente y menos aún reciben prestaciones de habilitación/rehabilitación integral. Por ello, el transferir capacidades y competencias al personal de salud del primer nivel de atención y es una inversión útil, prioritaria y urgente. La mejora en la detección temprana y la referencia correspondiente cuando no exista capacidad resolutoria en la IPRESS, contribuirá a fortalecer las acciones de prevención y control de la progresión de la discapacidad y finalmente mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esta intervención se encuentra en el marco de lo dispuesto en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026 cuyo EJE 1 y línea de intervención 1.2.2 se refiere a "implementar prestaciones de salud en redes integradas de salud con capacidad resolutoria óptima en el marco de la atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención", los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ONU), al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (Resolución Ministerial N°030-2020-MINSA) y su manual de implementación (Resolución Ministerial N°220-2021-MINSA).	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración del plan de fortalecimiento de las RIS de los diferentes niveles de atención de las DIRESA/GERESA/DIRIS, en el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, contenidos de capacitación y cronograma en no menos de 06 DIRESA/GERESA y 04 DIRIS de Lima Metropolitana. Fuente auditable: Plan consensuado con la Dirección de Prevención y Control de la discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INR, mes de marzo del 2023, publicado en la página web del INR. 	40%
	Fuente auditable: <ol style="list-style-type: none"> Informe de la operatividad de la RIS fortalecidas realizado por el INR con los reportes estadísticos de los diagnósticos de las patologías presentadas en las capacitaciones, 2022 y 2023, registrados por los médicos en el HIS MINSA de las DIRESA/GERESA/DIRIS seleccionadas (no menos de 06 DIRESA/GERESA y 04 DIRIS de Lima metropolitana). Listado de profesionales de la salud que aprobaron uno de los cursos de capacitación 2023 y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo los siguientes Datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional e IPRESS donde labora; con el V°B° de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad DGIESP/MINSA, y publicado en la página web del INR, al mes de diciembre 2023. 	60%





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>B. Para Institutos, Hospitales y Establecimientos de Salud I-4 Certificados o Actualizados como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño", durante los tres (3) últimos años.</p> <p>Desarrollo de Acciones de Monitoreo⁵ y/o Supervisión, dos (02) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS⁶.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acto Resolutivo de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda⁷, vigente al 2023. 2. Informe Anual de cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el detalle de actividades de Monitoreo y/o Supervisión realizada, adjuntando el resumen de las Fichas de Monitoreo aplicadas a cada UPSS (RM N°609-2014/MINSA, Anexo 04), dirigido al director del Instituto, Hospital o Red según corresponda, con evidencia de trámite documentario. El Plazo de envío de informe, no debe exceder 30 días de ejecutado la actividad. 3. El Informe Anual también debe contener un análisis de los indicadores relacionados a: tipos de partos atendidos, contacto piel a piel durante la primera hora de nacimiento, lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y lactancia materna continuada hasta los dos años. 4. El Acto Resolutivo Directoral y/o Ministerial de Certificación o actualización, son publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Hospital o Instituto, según corresponda. 	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS/RED, Instituto, Hospital, según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.	
Área responsable de Información	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Instituto, Hospital, según corresponda.	
NOTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las fuentes auditables que se registran en el aplicativo para la evaluación y los que se publican en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Hospitales o Redes según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales o en su defecto copias legibles fedateadas. 2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia. 	



⁵ Según Anexo 04. Ficha de Monitoreo de Lactancia Materna, de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/OGSP-V-01-Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

⁶ UPSS de consulta externa, UPSS centro obstétrico, UPSS centro quirúrgico, UPSS unidad de cuidados intensivos, UPSS hospitalización, UPSS nutrición y dietética, UPSS farmacia, UPSS almacén, banco de leche humana, lactario institucional.

⁷ Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Niño-Serie Brn's, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Área responsable de información	Instituto Nacional de Rehabilitación Adriana Rebaza Flores-Amistad Perú Japón.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir del informe elaborado por el Instituto Nacional de Rehabilitación.
Notas	<p>La propuesta se sustenta en el marco de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Convención sobre los derechos de personas con discapacidad, aprobada por Resolución Legislativa N° 29127, ratificada por DS N° 073-2007-RE.- Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad.- Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.- Política General de Gobierno 2021-2026, DS N.° 164-2021-PCM.- Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", DS N.° 026-2020-SA.- Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo 2030, DS N.° 007-2021-MIMP.- Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad, RM N.° 030-2020/MINSA. <p>Ante posible escenario de emergencia sanitaria por desastres, pandemia y otros, los ámbitos de intervención podrían ser reajustados.</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.2: Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Institución	Instituto Nacional del Niño (INSN – Breña)	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud de hospitales y redes de salud, para mejorar el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.	
Justificación	<p>El desarrollo de competencias en el personal de la salud es una estrategia importante para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud.</p> <p>El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función "Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría" (ROF).</p>	
Logros esperados y Porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de vida Niño, del Plan de capacitación dirigido al personal de la salud profesional de los establecimientos de salud de las Redes de Salud y de los hospitales nivel II de Lima Metropolitana, en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.</p> <p>2. Módulos para la capacitación, la metodología debe incorporar capacitación en servicio, con el V°B° de la DVICI /Etapa de vida Niño del MINSA.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copia fedateada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación, dentro del 1° trimestre del 2023. publicada en la página web INSN. Documento, que acredite el envío de los Módulos de capacitación a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su revisión y aprobación. 	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p>30 %</p>
	<p>3. Ejecución del plan de capacitación: Capacitar en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia; como mínimo a 03 profesionales de los Hospitales II-1 y EESS I-4; y al menos 02 profesionales de los EESS I-3, priorizados por las DIRIS. (120 a 180 profesionales)</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe de capacitación que incluye listado de profesionales de la salud que aprobaron las capacitaciones (nombres y apellidos, DNI), grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud), al mes de diciembre del 2023, publicada en la página web del INSN. 	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p>70 %</p>
Area responsable técnica y de la información.	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP, a través de la Dirección de Intervenciones por curso de vida.	
Frecuencia de actualización	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el Instituto Nacional de Salud del Niño.	





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.3: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer para el diagnóstico y manejo integral de intervenciones priorizadas en pacientes pediátricos

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel para el diagnóstico y manejo integral de intervenciones priorizadas en reanimación cardiopulmonar neonatal.	
Tipo	Compromiso de Mejora	
Institución	Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas para mejorar las capacidades resolutivas de los profesionales de los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel; mejorando la capacidad resolutiva	
Justificación	<p>El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja – INSN SB es un centro hospitalario pediátrico quirúrgico y especializado de alta complejidad que atiende niños y adolescentes, referidos de otros Hospitales a nivel nacional, teniendo como función, "Realizar actividades de docencia en el ámbito de las especialidades del Instituto, que fortalezca las capacidades y competencias de los recursos humanos en el campo de la salud de su competencia, tanto en la propia organización como en otros establecimientos de salud a nivel nacional".</p> <p>La mortalidad neonatal por asfixia (15.88%, 383 defunciones) es una de las cinco primeras causas de mortalidad, posicionándose en el año 2021 como la tercera causa de muerte neonatal.</p> <p>En tal sentido, nace la necesidad de continuar promoviendo el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud responsable de la atención neonatal, en reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzado de acuerdo a los estándares internacionales establecidos por la American Academy of Pediatrics y la American Heart Association, en vista que esta práctica salva vidas a nivel nacional.</p> <p>Cabe destacar que, el Ministerio de Salud ha promovido esta actividad de forma continua, desde el año 2015 hasta la actualidad, a través de las asistencias técnicas en la metodología del RCP Neonatal para establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención a nivel nacional. En aras de propiciar el entrenamiento permanente de los profesionales de la salud en esta metodología que contribuye de manera sensible y directa a salvar vidas de los recién nacidos. Para el desarrollo del Curso Taller de RCP Neonatal y lograr las competencias propuestas se requiere que la metodología a desarrollar sea presencial.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Elaboración del Plan de Docencia para establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención en la modalidad presencial, priorizando las regiones que recibirán la asistencia técnica multidisciplinaria en la reanimación cardiopulmonar neonatal.</p> <p>Fuente auditable: Plan de Docencia con opinión favorable de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y aprobado con acto resolutorio por el INSN-SB, dentro del 1° trimestre del 2023, publicada en la página web INSN-SB.</p>	<p>Cumple con las acciones, en los plazos establecidos</p> <p>30%</p>
	<p>Ejecución del Plan de Docencia en la reanimación cardiopulmonar neonatal dirigido a 100 personas conformado por el personal de la salud vinculado en la atención neonatal: Médico, Enfermera y Técnico, del primer, segundo y tercer nivel de atención a nivel nacional de las regiones priorizadas.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Informe de cumplimiento del Plan de Docencia, que incluye listado de profesionales de la salud que aprobaron la capacitación (nombres y apellidos, DNI), grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud), encuesta de satisfacción y las Fichas de evaluación de competencias. al mes de diciembre del 2023, publicada en la página web del INSN-SB.</p>	<p>Cumple con las acciones, en los plazos establecidos</p> <p>70%</p>





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Área responsable de la información	Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora remitido a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.4: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de las DIRIS de Lima, formación de capacitadores de las DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y atención inmediata del recién nacido.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de las DIRIS de Lima, formación de capacitadores de las DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y atención inmediata del recién nacido.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional Materno Perinatal
Definición	<p>El compromiso de mejora de los servicios, implica la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales en la atención de gestantes y puerperas en personas de diferentes edades, en atención de la emergencia obstétrica, diagnóstico y referencia oportuna, así como la atención inmediata del recién nacido, detección de signos de alarma y manejo</p> <p>La capacitación se realizará a través del denominado "Curso taller de Aplicación de las claves roja, azul y amarilla en las emergencias Obstétricas, y atención inmediata del recién nacido con complicaciones, el mismo que contiene Unidades Temáticas con información teórica y de procedimientos en la atención de las emergencias obstétricas y del recién nacido en el marco de la atención integral de salud.</p>
Justificación	<p>El incremento de muertes maternas ocurridas en los servicios de salud está en relación con la deficiente capacidad resolutoria de los establecimientos que no permiten responder adecuadamente ante las emergencias que se presentan.</p> <p>Se ha observado un incremento del acceso de las mujeres a los servicios de salud materna, que está reflejado en el aumento de la cobertura nacional de la Atención Prenatal de 72% en 1996, 84% en el año 2000, 98% en el 2021 de ellos el 89% tiene más 6 controles prenatales. El parto institucional al año 2000 fue 58% y según datos de la ENDES continúa en el 2021 fue 93% de los nacimientos ocurridos, en los últimos 5 años tuvieron lugar en un establecimiento de salud en el ámbito nacional. Este incremento podría ser explicado por la implementación del Seguro Integral de Salud - SIS, casas de espera, adecuación cultural de los servicios y atención de parto vertical, entre otras estrategias implementadas, que han incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de salud.</p> <p>Las muertes neonatales están asociadas problemas maternos, pero también, a la falta de atención de calidad durante el parto o de atención por parte de personal calificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida.</p> <p>En el año 2022 (hasta la SE 44) se notificaron 2345 defunciones neonatales, 68% (1409) fueron prematuros y el 22.7% fueron muertes evitables, es decir, muertes de recién nacidos con peso mayor a 2500, edad gestacional mayor a 37 semanas de gestación y sin malformaciones letales, en comparación a los años anteriores, la mortalidad neonatal muestra un discreto descenso.</p> <p>El Instituto Nacional Materno Perinatal, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de la investigación científica, la enseñanza y la atención especializada y altamente especializada en el campo de la salud reproductiva de la mujer y del neonato; siendo su ámbito de influencia a nivel nacional principalmente en las funciones de investigación, enseñanza y asistencia técnica en temas de su competencia.</p> <p>En este contexto, el área de Capacitación en coordinación con Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, desarrolla durante el 2023 actividades para el Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de las DIRIS de Lima, formación de capacitadores de las DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y atención inmediata del recién nacido.</p>





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de un Plan para la capacitación de profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de las DIRIS, el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, contenidos y cronograma. 2. Plan de capacitación a tutores en aplicación de las Claves Obstétricas y atención inmediata del recién nacido de 12 regiones priorizadas con su presupuesto para el traslado a Lima 3. 12 cursos taller de 3 días de duración fase presencial con 24 participantes para los talleres materno y neonatal. <p>Fuente auditable: Plan de capacitación-2023, consensuado con Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva y Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INMP, en el primer trimestre del 2023.</p>	<p>25%</p>
	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación aprobado.</p> <p>III. OBJETIVO Y COMPETENCIAS</p> <p>Fortalecer las competencias de los profesionales médicos, obstetras y enfermeras, para mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de las emergencias obstétricas más frecuentes en la zona de influencia, con enfoque de género como parte de los derechos sexuales y reproductivos de las personas así como mejorar las competencias en la atención inmediata del recién nacido, detección de signos de alarma y realización de RCP</p> <p>Competencia:</p> <p>Al final de la capacitación, los participantes estarán en condiciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar nociones teóricas y prácticas sobre el manejo de las emergencias obstétricas según funciones obstétricas y capacidad resolutoria de la institución de salud. • Aplicar nociones teóricas y prácticas para la atención inmediata del recién nacido ,detección de signos de alarma y manejo, <p>CONTENIDOS</p> <p>Base teórica: Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNIDAD I: Mortalidad materna y hemorragias en el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad materna y enfoques de derechos, interculturalidad y género. - Emergencias obstétricas y claves en obstetricia. - Hemorragia en la primera mitad del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> Aborto Embarazo ectópico. - Hemorragia en la segunda mitad del embarazo: <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia intraparto y postparto. Shock hipovolémico obstétrico. • UNIDAD II: Trastornos hipertensivos en el embarazo. <ul style="list-style-type: none"> Fisiopatología de los trastornos hipertensivos del embarazo. Trastornos hipertensivos en el embarazo. • UNIDAD III: Sepsis en Obstetricia. <ul style="list-style-type: none"> Aborto séptico Rotura prematura de membranas (RPM) Corioamnionitis Endometritis puerperal • UNIDAD IV: Atención prenatal reenforcada y alteraciones del trabajo de parto. <ul style="list-style-type: none"> Atención pre natal reenforcada. 	<p>75%</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>Partograma OMS Alumbramiento dirigido. Alteraciones del trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNIDAD V: Atención inmediata del recién nacido <ul style="list-style-type: none"> Preparación para la atención inmediata Procedimientos a realizar en la atención inmediata Detección de signos de alerta Manejo de signos de alerta Seguimiento de casos. ▪ Acompañamiento a los Facilitadores Regionales en sus réplicas de capacitación presencial, a otros profesionales de la salud de los establecimientos del Primer Nivel de Atención de 02 Regiones priorizadas por el MINSA. <p>Fuente auditable: Informe del INMP según corresponda, con el V*B* del Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA director de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA, que incluya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de capacitación que incluya el listado de profesionales de la salud que aprobaron y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría 2. Informe de acompañamiento de capacitación realizada por los Facilitadores Regionales, incluye lista de personal capacitado y notas. 	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y reproductiva y Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral del MINSA	
Área responsable de la información	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituto Nacional Materno Perinatal, Dirección Ejecutiva de Ginecología y Obstetricia, Dirección Ejecutiva de Neonatología Oficina Ejecutiva de Investigación y Docencia Especializada 	
Frecuencia de medición	Anual.	
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora formulado por el INMPN.	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.5: Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención de las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) de Ancash, La Libertad y Junín, para la Valoración clínica, diagnóstica y terapéutica de las Lesiones Vertebral medulares Traumáticas.

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del segundo nivel de atención de las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) de Ancash, La libertad y Junín, para la Valoración clínica, diagnóstica y terapéutica de las Lesiones Vertebromedulares Traumáticas, para mejorar el acceso a su derecho de atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN)	
Definición	Se realizará la capacitación del personal de salud de hospitales II-2 que pertenecen a las Gerencias Regionales de Salud de Ancash, La Libertad y Junín (Médicos neurocirujanos, médicos neurólogos, médicos emergenciólogos, médicos internistas y enfermeras) en la Valoración clínica, diagnóstica y terapéutica de las Lesiones Vertebromedulares Traumáticas, para realizar una derivación o atención oportuna según capacidad resolutive con el objetivo de prevenir la lesión neurológica permanente o disminuir su severidad.	
Justificación	<p>Las lesiones vertebromedulares de origen traumático son consideradas como una de las más graves e incapacitantes lesiones de columna vertebral. Se calcula que su incidencia mundial anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes. El 90% de esos casos se deben a causas traumáticas, aunque la proporción de lesiones medulares de origen no traumático parece ir en aumento. La lesión medular traumática es un evento potencialmente catastrófico, que conlleva a un cambio repentino de la vida de la persona afectada pudiendo afectar todas las funciones de la médula espinal: motora, sensitiva y autonómica, determinando limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Impacta en la familia y en la sociedad con altos requerimientos asistenciales en agudo y a largo plazo (recursos humanos especializados, tiempos prolongados de tratamiento, etc.) y elevados costos directos e indirectos. Afecta fundamentalmente a personas en edad activa, aunque se asiste a un aumento de la edad de ocurrencia, vinculado al envejecimiento poblacional y a la etiología aumentando la frecuencia por caídas y precipitaciones</p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en el 2013, que cada año al menos 500.000 personas sufren de lesiones medulares. Generándose en estas personas una probabilidad de entre dos a cinco veces mayor riesgo de morir de forma prematura, siendo los países con ingresos bajos y medios los que presentan las peores tasas de supervivencia; siendo el sexo masculino el de mayor riesgo de sufrir lesiones medulares en edades entre los 20 y los 29 años, y a partir de los 70 años; mientras que las mujeres presentan mayor riesgo en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, y a partir de los 60 años.</p> <p>En estos últimos años se ha venido incrementando la incidencia del Lesiones vertebro medulares de origen traumático debido a los casos de violencia, constituyéndose en una de las primeras causas de morbilidad por traumatismos, originados por accidentes automovilísticos y laborales en el Perú —la incidencia por trauma de columna, también ha aumentado en varones en edad productiva— llevando a efectos devastadores en la calidad de vida de la persona que lo sufre incluyendo a su familia. Estas lesiones son irreversibles, comprometiendo las funciones corporales, lo que implica que las personas lleguen a ser dependientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. En el 2019 en el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) reportó a la revista Andina un importante aumento de casos de pacientes con lesiones medulares en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR): "Dra Adriana Rebaza Flores".</p> <p>La lesión vertebro medular traumática precisa una acción multidisciplinar, tanto para el tratamiento especializado de la fase aguda como para las complicaciones secundarias. La sospecha y/o el diagnóstico de una lesión medular es el primer paso para establecer un tratamiento correcto. Una lesión medular es un proceso dinámico y evolutivo desde el momento en que se genera el traumatismo; por ello el manejo del daño espinal debe estar orientado en lo posible a prevenir y reducir el déficit neurológico resultante. Cuando un traumatismo de columna vertebral no se reconoce y maneja adecuadamente en el terreno donde se produjo, este puede traer como consecuencia daños irreparables en la médula espinal provocando parálisis de por vida en el paciente. Algunos pacientes pueden presentar como consecuencia de un traumatismo, lesiones inmediatas en la médula espinal; al contrario de otros pacientes en los que la lesión puede aparecer más adelante debido a los movimientos, es decir, la médula no sufrió daños inicialmente.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración del Plan de capacitación para personal profesional de la salud del segundo nivel de atención de las Diresa/GERESA, para la Valoración clínica, diagnóstica y terapéutica de las Lesiones Vertebromedulares Traumáticas, el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, contenidos y cronograma.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con la Dirección General de Intervenciones estratégicas en Salud Pública</p>	40%





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	(DGIESP), del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INCN, en el primer trimestre del 2023.	
	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación aprobado. A diciembre del 2023 se capacita a no menos de 50 profesionales de cada región priorizada. (Ancash, La Libertad y Junín) Fuente auditable: Informe de actividad de capacitación remitido a la instancia correspondiente del INCN (Unidad de capacitación o la que haga sus veces), que incluya listado de profesionales de la salud que aprobaron los cursos de capacitación y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría del segundo nivel de atención, al 31 de diciembre del 2023, publicado en la página web del INCN.</p>	60%
Área responsable técnica y de la Información	Dirección General de Intervenciones estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVCI), basado en los informes presentados por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP a partir del informe elaborado por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	
Notas	<p>La propuesta se sustenta en el marco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. - Política General de Gobierno 2021-2026, DS N.º 164-2021-PCM. - Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", DS N.º 026-2020-SA. - Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo 2030, DS N.º 007-2021-MIMP. - Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad, RM N.º 030-2020/MINSA. <p>Ante posible escenario de emergencia sanitaria por desastres, pandemia y otros, los ámbitos de intervención podrían ser reajustados.</p>	





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.6: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud en tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud en tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna de pacientes con enfermedades oculares.	
Tipo	Compromiso de Mejora de los Servicios.	
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).	
Definición	<p>Capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales en los diferentes cursos de vida; en lo que respecta al tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna de personas con enfermedades oculares: Curso de Atención Esencial en Salud Ocular - CAESO.</p> <p>Los contenidos de la capacitación abarcarán información teórica sobre enfermedades oculares priorizadas, práctica de exámenes y procedimientos oftalmológicos básicos en el marco de la atención integral de las principales enfermedades oculares causantes de discapacidad visual y ceguera evitable establecidas en el Plan de Gestión de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2022–2026 (RM N° 734-2022/MINSA)</p>	
Justificación	<p>El fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco en el año 2019, se capacitaron a profesionales de la salud como Facilitadores Regionales de salud ocular, quienes participan en las diferentes capacitaciones que se realiza en su ámbito regional, en el abordaje de las principales enfermedades oculares.</p> <p>El proceso a desarrollar se encuentra previsto en el Plan de Gestión de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2022-2026 aprobado mediante Resolución Ministerial N° 734-2022/MINSA, en el Objetivo Específico 1 "Incrementar el acceso a la atención integral de salud ocular", Actividad 1.1 "Fortalecimiento de capacidades del personal de salud para mejora la calidad de atención de salud ocular", el cual está dirigido a contribuir a la sostenibilidad del desarrollo de las intervenciones priorizadas en el primer nivel de atención, teniendo en cuenta la alta rotación del recurso humano en salud.</p> <p>El INO e IRO, como establecimientos de salud altamente especializados, tienen como una de sus funciones esenciales la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC.</p>	
Logro esperado y porcentaje cumplimiento	<p>1. Elaboración de un plan para la capacitación de profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención; en tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna de personas con enfermedades oculares como parte de la atención integral en salud ocular.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC, aprobado por Resolución Directoral del INO e IRO según corresponda. Hasta el mes de marzo del 2023.</p>	30%
	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación de profesionales de la salud.</p> <p><u>Instituto Nacional de Oftalmología - INO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitará a no menos de 380 profesionales de la salud de las DIRESA, GERESA y DIRIS priorizadas del ámbito de la Macrorregión Sur, Centro, Oriente y Lima, con certificación de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP. 	70%





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompañamiento a los Facilitadores Regionales en el desarrollo de la fase presencial del CAESO en 07 Regiones priorizadas y 4 DIRJS en coordinación con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC. ▪ Monitoreo de la cobertura de tamizaje de agudeza visual para la detección de errores refractivos y catarata, en el establecimiento de salud de procedencia del profesional capacitado. El monitoreo se realizará a través del "Reporte mensual de las actividades del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera" - HIS. Reporte no menor del 50% de personal de salud capacitado. Ámbito: Macrorregión Centro, Sur, Oriente y Lima. <p><u>Instituto Regional de Oftalmología-IRO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitará a no menos de 140 profesionales de la salud de las DIRESA, GERESA priorizadas del ámbito de la Macrorregión Norte con certificación de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP. ▪ Acompañamiento a los Facilitadores Regionales en el desarrollo de la fase presencial del CAESO en 04 Regiones priorizadas en coordinación con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC. ▪ Monitoreo de la cobertura de tamizaje de agudeza visual para la detección de errores refractivos y catarata, en el establecimiento de salud de procedencia del profesional capacitado. El monitoreo se realizará a través del "Reporte mensual de las actividades del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera" - HIS. Reporte no menor del 50% de personal de salud capacitado, Ámbito: Macrorregión Norte. <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe de ejecución del Plan del INO e IRO, que incluye el listado de profesionales de la salud capacitados, con visto bueno del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC. - Reporte del personal capacitado en la plataforma de la Escuela Nacional de Salud Pública. - Informe de acompañamiento de la fase presencial del CAESO que incluye lista de personal capacitado y notas. - Informe de seguimiento de cobertura de tamizaje de errores refractivos y catarata, según formato aprobado por el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC. 	
<p>Área responsable técnica y de la información</p>	<p>Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" – Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular – DEDSOPPSO.</p> <p>Instituto Regional de Oftalmología "Javier Servat Univazo" – Dirección de Atención Especializada – Departamento de Prevención de Ceguera y Promoción de Salud Ocular.</p>	
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual.</p>	
<p>Fuente de datos</p>	<p>Informe de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios del INO e IRO.</p>	
<p>Notas</p>	<p>No aplica.</p>	





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 27.7: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel la atención en el manejo de las emergencias pediátricas y su referencia oportuna.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel y segundo nivel de la atención en el manejo de las emergencias pediátricas y su referencia y contrarreferencia oportuna	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Ámbito de Aplicación	Hospital de Emergencias Pediátricas	
Definición	<p>El compromiso de mejora de los servicios implica la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales con pacientes pediátricos, en promoción, prevención y recuperación de la salud y su referencia oportuna en caso de no poder manejar el caso de acuerdo con su nivel de atención.</p> <p>La capacitación se realizará a través del denominado "Curso de atención en emergencias pediátricas y su referencia oportuna a nuestro hospital", el mismo que contiene Unidades Temáticas con información teórica de las enfermedades priorizadas en el marco de la atención integral de salud.</p>	
Justificación	<p>El fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a los servicios; y contribuir a una adecuada atención integral de la población infantil, teniendo en cuenta el limitado número de profesionales de la salud capacitado y la alta rotación del recurso humano en los establecimientos de salud a nivel nacional.</p> <p>El Hospital de Emergencias Pediátricas como establecimientos de salud especializado, tiene como objetivo promover la articulación entre el primer, segundo nivel de atención y el tercer nivel de atención, mejorando el acceso a los servicios y haciendo un eficiente uso de los servicios.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de vida Niño del Plan de Capacitación de manejo de problemas de salud infantil priorizados y su adecuada referencia, elaborado por el Área de Telesalud en coordinación con la oficina de capacitación. 2. Módulos para la capacitación con el V°B° de la DVICI /Etapa de vida Niño del MINSA. <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan aprobado con Resolución Directoral hasta el mes de marzo del 2023, publicado en la página web HEP ▪ Documento, que acredite el envío de los Módulos de capacitación a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su revisión y aprobación. 	25%
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecución del Plan de capacitación aprobado en manejo de problemas de salud infantil priorizados y su adecuada referencia y contrarreferencia <p>Se capacitará en modalidad virtual a personal de la salud (Médicos generales, licenciadas de enfermería, técnicos de enfermería), teniendo un mínimo de 03 profesionales de los hospitales II-1 y EE. SS I-4 y al menos</p>	75%





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>menos 2 profesionales de los EESS I-3 y I-2 priorizados por las DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA/GERESA de regiones priorizadas.</p> <p>(150 profesionales aprobados)</p> <p>Fuente auditable: Informe de capacitación y el listado de profesionales de la salud que aprobaron la capacitación, incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría (por establecimiento de salud), al mes de diciembre del 2023, publicada en la página web del Hospital de Emergencias Pediátricas.</p> <p>El informe final se enviará a DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA</p>	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública	
Área responsable de la información	Hospital de Emergencias Pediátricas	
Frecuencia de medición	Anual.	
Fuente de datos	Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el Hospital de Emergencias Pediátricas	
	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	



J. SILVA



Notas

SÁNCHEZ

VP



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N°27.8: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel y segundo nivel de atención en la prevención, detección y diagnóstico de cáncer.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la prevención, detección y diagnóstico de cáncer	
Tipo	Compromiso de mejora	
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN. e Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas Centro, Norte y Sur (IREN)	
Definición	Este indicador mide los establecimientos de primer nivel y del segundo nivel de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud. Se realizará a través de contiene Unidades Temáticas con información teórica.	
Justificación	<p>El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial. Según proyecciones del Globocan, se estima que para el año 2030 tendremos 24.6 millones de casos nuevos de cáncer y aproximadamente 12.9 millones de muerte por esta causa. El envejecimiento y crecimiento poblacional, la tendencia creciente en la prevalencia de factores de riesgo en las poblaciones de los países en desarrollo (aproximadamente el 82% de la población mundial) dan lugar a una mayor incidencia y mortalidad por cáncer en estos países. Estas condiciones demandan más atención de los gobiernos para poner en marcha acciones que requieren fortalecer las competencias de profesionales de la salud a nivel nacional a través de capacitación en prevención de cáncer, en detección y diagnóstico de cáncer.</p> <p>En el marco de la Ley Nacional de Cáncer N° 31336 y su reglamento aprobado con DS N° 004-SA, de acuerdo al Capítulo N° 9 Red Oncológica Nacional, Artículo 29 Numeral 29.3 "El INEN gestiona la transferencia tecnológica a la IPRESS de la Red para el desarrollo de competencias de servicio de salud oncológico en material de control de cáncer". Ley N° 31041, ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente y su reglamento implementa la búsqueda de signos y síntomas de detección oportuna de cáncer por el personal de salud que atiende en los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención de acuerdo con lo normado por el MINSA, se aplica a todos los servicios donde se brinda atención a los niños y adolescentes en todo el territorio nacional.</p> <p>El INEN tiene dentro sus funciones la docencia la cual se desarrolla a través del fortalecimiento de capacidades a los profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por el INEN en coordinación y aprobación de la DGIESP –DPCAN. Por ello es que consideramos importante el fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud a nivel nacional.</p> <p>El abordaje de las temáticas relacionadas de la capacitación será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención secundaria de cáncer de cuello uterino mediante IVAA. - Procedimiento de Cono Leep o Cono Frio para el manejo de lesiones premalignas de cuello uterino. - Prevención de cáncer de colon – recto - Prevención de cáncer de piel - Diagnóstico de Cáncer de cuello uterino - Diagnóstico de Cáncer de mama - Diagnostico precoz de cáncer infantil 	
Logro esperado y porcentaje cumplimiento	<p>Elaboración de un Plan para la capacitación de profesionales de la salud de establecimientos de primer nivel de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, el que contendrá el ámbito de intervención, metodología, contenidos y cronograma.</p> <p>Fuente auditable: Plan de capacitación aprobado por DGIESP –DPCAN y con Resolución Jefatural del INEN o IREN según corresponda.</p>	30%
	Ejecución del Plan de capacitación aprobado.	





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>Ejecución del Plan de capacitación aprobado.</p> <p>Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas-INEN. Capacitará en modalidad presencial y virtual a no menos de 1000 profesionales de la salud (médicos especialistas, médicos generales, obstetras, enfermeras, técnicos de enfermería y otros profesionales de la salud) de acuerdo al ámbito de implementación con las instituciones con las cuales se implementaban el Programa Presupuestal de prevención y control del cáncer nivel nacional.</p> <p>Fuente auditable: Informe de capacitación del INEN o IREN según corresponda, con aprobación de DGIESP –DPCAN, el Plan de capacitación que incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listado de profesionales con vínculo laboral en el MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/hospitales que hayan aprobado en la capacitación incluyendo los siguientes datos: Nombres completos, Número de Documento de Identidad, Profesión, Región, Correo Electrónico, teléfono, Centro Laboral (Cód. RENIPRESS) y categoría de atención. • Listado de asistencia porcentaje del tiempo de permanencia si corresponde a curso virtual y el acta de notas. • Resultados y conclusiones del curso realizado (incluyendo el número de asistentes, número de profesionales aprobados) respecto a las habilidades y competencias adquiridas en prevención, detección precoz y diagnóstico en cáncer. 	70%
Área responsable técnica	DGIESP –DPCAN	
Área responsable de la información	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de Control de Cáncer. Departamento de Educación. Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas; Centro, Norte y Sur.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe de cumplimiento del compromiso de mejora remitido por Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y aprobado por DGIESP –DPCAN.	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	





Ficha N° 28: Fortalecimiento de las acciones de fomento de la investigación en salud en Hospitales e Institutos Especializados

Nombre	Fortalecimiento de las acciones de fomento de la investigación en salud en Hospitales e institutos especializados	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Hospitales de II y III nivel de atención e Institutos especializados	
Definición	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo de acciones orientadas a fomentar la investigación en salud en los Hospitales e Institutos, quienes deben realizar acciones para la aprobación de protocolos de investigación y publicación de investigaciones.</p> <p>Las investigaciones en salud involucran la aplicación de herramientas metodológicas de sistematización de información y de prueba de hipótesis que generan conocimiento que luego puede ser aplicado en beneficio de personas con condiciones de salud específicas o que en general beneficia a la sociedad en su conjunto.</p>	
Justificación	<p>La generación de evidencia científica trae mejor salud y bienestar a las poblaciones, sin embargo, mucha de la evidencia científica con que se toma decisiones en nuestro país, o en las regiones, proviene de investigaciones realizadas en contextos que son muy diferentes en términos raciales, culturales, económicos y socioculturales a los nuestros. Esta situación puede llevar a que no se obtengan localmente los resultados esperados cuando se implementan tecnologías sanitarias que han probado en esos otros contextos (mayormente de países de altos ingresos) ser de beneficio para la población.</p> <p>Así, es menester que el Estado peruano haga todos los esfuerzos para generar evidencia científica a nivel local que ayude a los procesos de toma de decisiones de las autoridades y profesionales de salud con datos localmente contextualizados para poder tener mayor probabilidad de éxito en la población o personas bajo su responsabilidad directa. El fomento de la investigación en salud debe ser un trabajo serio y sostenido a nivel de los hospitales e Institutos del país.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>HOSPITALES:</p> <p>1. Elaboración de un Plan de Investigación, el mismo que establece entre otros aspectos, las líneas de investigación priorizadas.</p> <p>Fuente auditable: Plan de Investigación aprobado con Resolución Directoral del Hospital, hasta el mes de marzo del 2023, publicado en la página web institucional.</p>	10%
	<p>2. Protocolos de investigación aprobados a través de las oficinas de capacitación, docencia, investigación o comités de ética.</p> <p>De 1 a 5 puntaje de 1, 6 a 10 puntaje de 2, 11 a 15 puntaje de 3; 15 a 20 puntaje 4; >20 puntaje 5. (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Fuente auditable: Documento de aprobación del protocolo de investigación otorgado por el hospital, publicado en la web institucional y documento adjuntando informe remitido a la Oficina Ejecutiva de Investigación (OEI) del INS, sobre las investigaciones realizadas en el año 2023.</p>	30%





	<p>3. Publicaciones de investigaciones originales (estudios primarios o revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis) en que alguno de los autores tenga como institución de afiliación principal el instituto especializado en cuestión. Las publicaciones deben ser hechas en revistas científicas de revisión por pares indizadas en Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p> <p>De 1 puntaje de 1; 2 puntaje de 2; >2 puntaje de 3 (los puntajes se multiplican por la ponderación.</p> <p>Fuente Auditable: Informe remitido al INS, con los links de los abstract de los artículos publicados. Plazo: hasta el 17 de enero 2024.</p>	60%
	<p>INSTITUTOS ESPECIALIZADOS:</p> <p>1. Protocolos de investigación aprobados a través de las oficinas de capacitación, docencia, investigación o comités de ética.</p> <p>De 1 a 10 puntaje de 1; 11 a 20 puntaje de 2; 21 a 30 puntaje 3, 31 a 40 puntaje de 4, >40 puntaje de 5 (los puntajes se multiplican por la ponderación.</p>	30%
	<p>2. Publicaciones de investigaciones originales (estudios primarios o revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis) en que alguno de los autores tenga como institución de afiliación principal el instituto especializado en cuestión. Las publicaciones deben ser hechas en revistas científicas de revisión por pares indizadas en Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p> <p>De 1 a 2 puntaje de 1; 3 a 4 puntaje de 2; >5 puntaje de 3 (los puntajes se multiplican por la ponderación.</p> <p>Fuente Auditable: Informe remitido al INS, con los links de los abstract de los artículos publicados. Plazo: hasta el 17 de enero 2024.</p>	70%
Área responsable técnica	Oficina Ejecutiva de Investigación (OEI) del Instituto Nacional de Salud	
Área responsable de Información	Oficinas de Capacitación y/o Investigación de cada Hospital e Instituto Especializado	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora remitido por el Hospital e Instituto al INS, que detalle el número de protocolos de investigación en salud para ser realizados en el Hospital e Instituto, al 2023. Se debe indicar el área del instituto que es responsable de la realización de la investigación, nombre del investigador principal, nombre de cada sub-investigador, tema de la investigación. Además, se debe incluir cada publicación científica de artículos originales realizadas en revistas científicas indizadas, adjuntando en un anexo los resúmenes de cada publicación.	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSa, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	



J. SILVA



Q. LANCHEZ



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 29: Establecimiento Con Acompañamiento Clínico Psicosocial

Nombre	Establecimiento con Acompañamiento Clínico Psicosocial
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de Aplicación	Red de Salud
Definición	<p>El acompañamiento clínico psicosocial se define como una estrategia de asistencia técnica fundamentada en un proceso sistemático y periódico que comprende un conjunto de acciones de supervisión comprensivas, integrales y resolutorias que realiza el equipo del CSMC con el equipo de las IPRESS del primer nivel de atención; tiene el propósito de mejorar la disponibilidad de la cartera de servicios en salud mental, mejorando la oportunidad de la detección y la atención de las persona con problemas psicosociales y trastornos de salud mental y del comportamiento en la demanda, así como tamizaje, detección y diagnóstico, tratamiento, recuperación, cuidado integral y continuo con rehabilitación psicosocial sostenida en estándares de calidad de atención en salud mental basada en la comunidad, la cual se brinda a la población existente en el territorio asignado. En cuanto a la red de salud se encarga de hacer la gestión para que las IPRESS presten servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población.</p> <p>Estos equipos son interdisciplinarios, es decir, el equipo del CSMC está conformados por profesionales: médicos/as especialistas, psicología, enfermería, trabajo social; el equipo del establecimiento de salud no especializado en salud mental está conformado por profesionales de medicina, psicología, enfermería, trabajo social, obstetricia, personal técnico de enfermería y la red de salud está conformada por un conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, articulados funcional y administrativamente.</p> <p>El acompañamiento clínico psicosocial es la primera de las tres funciones esenciales de los centros de salud mental comunitaria que se concreta a través del trabajo colaborativo entre el CSMC y que se sustenta en el diálogo de saberes y en las interacciones horizontales entre ambos equipos que les permita construir conocimientos en común y marcos referenciales locales (adecuados a su realidad) para establecer conjuntamente los mecanismos, roles, compromisos y responsabilidades en la solución de los problemas de salud mental de su población asignada acompañante. Los CSMC realizan asistencia técnica, supervisión, y capacitación para la mejora de las intervenciones clínicas, psicosociales y de gestión en salud mental a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y servicios médicos de apoyo de su territorio. Por su lado los establecimientos del primer nivel los cuales realizan la identificación, atención y seguimiento de los casos leves o menos complejos y/o referencia de los casos graves y/o complejos a los CSMC.</p>
Justificación	<p>La Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 007-2020-SA, garantiza el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Asimismo, considera el modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental.</p> <p>Igualmente, la finalidad de la Ley en mención comprende el "Fortalecimiento de las capacidades de los profesionales que gestionan y prestan servicios de salud mental, de salud integral y otros servicios de inclusión social a nivel sectorial y multisectorial" estableciendo las siguientes prioridades la implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria, como componentes primordiales y esenciales de las redes integradas de salud y la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental.</p>





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Salud PúblicaDirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>Por su lado la Ley 31627 Ley que modifica la Ley 30947, Ley de salud mental, a fin de fortalecer la prevención y promoción de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes y otras poblaciones vulnerables declara de "necesidad pública e interés nacional el desarrollo de la atención primaria comunitaria de salud mental a nivel nacional".</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2023 aprobado con resolución directoral, para los EESS del primer nivel de atención del ámbito de la red.</p> <p>Fuente auditable: Resolución Directoral con la aprobación del Plan hasta el mes de febrero 2023</p>	<p>Cumple con el ítem 10 %</p>
	<p>2. Desarrollo de mínimamente 06 visitas de acompañamiento psicosocial a cada establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2023 (04 establecimientos por cada CSMC)</p> <p>Fuente auditable: Sistema de salud asistencial Reporteador (HIS MINSA)</p>	<p>Cumple con el ítem 20%</p>
	<p>3. Incremento del 10% en el número de personas atendidas por trastornos depresivos en establecimientos del primer nivel de atención al año anterior. (04 establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial)</p> <p>Fuente auditable: Sistema de salud asistencial Reporteador (HIS MINSA)</p>	<p>Cumple con el ítem 20%</p>
	<p>4. Incremento del 10% en el número de personas atendidas por problemas psicosociales y trastornos de salud mental y del comportamiento en relación al año anterior. (04 establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial)</p> <p>Fuente auditable: Sistema de salud asistencial Reporteador (HIS MINSA)</p>	<p>Cumple con el ítem 20%</p>
	<p>5. Capacitaciones de la Guía de Intervención mhGAP en depresión. (04 establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial)</p> <p>Fuente auditable: 60% del total de profesionales de establecimientos del primer nivel de atención capacitadas para la detección e intervención para personas con depresión según la Guía mhGAP</p>	<p>Cumple con el ítem 20%</p>
	<p>6. Informe de las acciones desarrolladas y logros obtenidos del acompañamiento clínico psicosocial.</p> <p>Fuente auditable: Informe remitido a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud</p>	<p>Cumple con el ítem 10%</p>
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME).	
Área responsable de información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME).	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por la DSME de la DGIESP, a partir del informe remitido por la Red.	
Notas	Cada centro de salud mental comunitaria prioriza 04 establecimientos de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción.	



J. SILVA



MICH. DOS

D. SANCHEZ

VIR



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Dirección General
de Intervenciones
Estratégicas en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

El acompañamiento clínico psicosocial consta mínimamente de 06 visitas presenciales por cada establecimiento de salud priorizado.

El establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial debe estar registrados en el RENIPRESS.

EL informe final debe contener data extraída del Sistema de salud asistencial Reporteador (HIS MINSA).

Se incluye el listado de profesionales de los establecimientos del primer nivel de atención

Se incluye los informes de capacitación de la unidad de capacitación de la red

Se incluye los informes de las visitas de acompañamiento, según formato estándar



J. SILVA



DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA

A. BANCHEZ



Ficha N° 30: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud

Nombre	Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud.	
Ámbito de aplicación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Hospitales e Institutos. Observación: Las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, seleccionan un porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel, que realizarán Autoevaluación en el 2023.	
Definición	La Autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud-PAES, que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud. Se medirá a los EESS seleccionados, que realizan autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en la normativa vigente.	
Justificación	<p>La Ley N°26842 Ley General de la Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad. En ese sentido la implementación del proceso de Acreditación de EESS en su primera fase la Autoevaluación en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares de acreditación correspondiente a su categoría permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora en el EESS.</p> <p>La evaluación periódica del cumplimiento de estándares de Acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, así como el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios del EESS, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el EESS cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad.</p> <p>En cuanto al desarrollo de la Autoevaluación en EESS del MINSA y GOREs en el 2019 esta fue implementada en el 29% de EESS a nivel nacional, por este bajo avance se priorizó su inclusión como compromiso de mejora en los Convenios de Gestión desde 2020, debido a la pandemia COVID-2019 este porcentaje llegó tan solo al 17%, mientras que en el 2021 la Autoevaluación se desarrolló en el 36% de EESS, que evidencia lo favorable que ha sido para su implementación el ser parte de los convenios de gestión, sin embargo se requiere seguir impulsando su implementación en mayor número de EESS como herramienta que promueve la mejora continua.</p> <p>Base Legal: RM N° 456-2007/MINSA. NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y SMA (incluye como anexo 3: Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría I-1 a III-1). RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EESS y SMA. RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares de Acreditación para EESS con categoría III-2.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>HOSPITALES E INSTITUTOS</p> <p>1.- Los establecimientos de salud, cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente, con Acto Resolutivo o documento Oficial vigente y son publicados en la Web institucional.</p> <p>Plazo: Hasta 30 de Junio 2023</p> <p>2.- Los establecimientos de salud, cuentan con Plan de Autoevaluación 2023, según pautas y esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial, publicado en la Web institucional.</p> <p>Plazo: Hasta 30 de Setiembre 2023</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS (publicado en web MINSA).</p>	<p>Cumple con las acciones 1 y 2 = 40%</p>
	<p>3.- Los establecimientos de salud, formalmente comunican el Inicio de Autoevaluación 2023, a su instancia superior correspondiente DIRESA/GERESA/DIRIS, quien a su vez lo reportará a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente la comunicación a la UFGCS-DVMPAS del MINSA.</p> <p>Plazo: Hasta 30 de Noviembre 2023</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS de haber recibido la</p>	





	<p>comunicación oficial de inicio de Autoevaluación (fecha de inicio) de los hospitales e Institutos (publicado en web MINSA).</p> <p>4.- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2023, según pautas y esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, que incluye reporte de resultados semaforizado emitido por el Aplicativo para la Acreditación, remitido a instancia superior correspondiente RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS y a través de ellas a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>El resultado de Autoevaluación 2023 debe ser: -EESS de II nivel con menos de 50 camas: Mayor del 50% del cumplimiento de estándares -EESS de II y III nivel, con más de 50 camas: Mayor del 60% del cumplimiento de estándares y haber incrementado como mínimo el 5% más del resultado obtenido el año anterior. Plazo: Hasta 31 de Enero 2024 Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS de haber recibido Informes técnicos de Autoevaluación 2023 de los hospitales e Institutos (publicado en web MINSA).</p>	<p>Cumple con acciones 3 y 4 = 60%</p>														
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>RED DE SALUD</p> <p>Las Redes de Salud, conducen el proceso de Acreditación de EESS en su jurisdicción y remiten formalmente a la DIRESA/GERESA en plazo previsto, el Informe consolidado de EESS de primer nivel seleccionados, que realizaron autoevaluación 2023 en su ámbito, incluyendo como anexos la Matriz de consolidado preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra los EESS que cumplen con las acciones 1, 2, 3 y 4 y los reportes de resultados de Autoevaluación (semaforizados) emitidos por el Aplicativo para la Acreditación, de cada uno de los EESS registrados en la Matriz.</p> <p>Plazo: Hasta 15 de Enero 2024.</p> <p>Fuente auditable: Informe consolidado de los EESS de primer nivel, seleccionados que realizaron autoevaluación durante el año 2023 elaborado por DIRESA/GERESA remitido a la UFGCS-DVMPAS del MINSA en enero 2024.</p> <p>Observación.- El número de EESS del primer nivel de la Red de Salud, seleccionados para realizar Autoevaluación del PAES 2023, se establecerá en relación al avance del año anterior de acuerdo al rango siguiente:</p> <table border="1" data-bbox="533 1444 1158 1645"> <caption>Tabla N°01</caption> <thead> <tr> <th rowspan="2">N° total de EESS de la Red de Salud</th> <th colspan="2">Autoevaluación 2023</th> </tr> <tr> <th>% mínimo</th> <th>Incremento mínimo respecto al año anterior*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menos de 50 EESS</td> <td>40%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>51 a 100 EESS</td> <td>30%</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Más de 100 EESS</td> <td>20%</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Aplica para las Redes de Salud que en el año anterior superaron el porcentaje mínimo de EESS Autoevaluados establecidos en tabla N°01</p> <p>El número de EESS seleccionados se registra en Acta de Reunión de Negociación.</p>	N° total de EESS de la Red de Salud	Autoevaluación 2023		% mínimo	Incremento mínimo respecto al año anterior*	Menos de 50 EESS	40%	20%	51 a 100 EESS	30%	15%	Más de 100 EESS	20%	10%	<p>Cumple con acciones descritas = 100%</p>
N° total de EESS de la Red de Salud	Autoevaluación 2023															
	% mínimo	Incremento mínimo respecto al año anterior*														
Menos de 50 EESS	40%	20%														
51 a 100 EESS	30%	15%														
Más de 100 EESS	20%	10%														
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS remite a la UFGCS-DVMPAS del MINSA, el Informe consolidado de los EESS de primer nivel, seleccionados que realizaron autoevaluación durante el año 2023, en su ámbito jurisdiccional, incluyendo como anexos la Matriz de consolidado preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra los EESS que cumplen con las acciones 1, 2, 3 y 4 y los reportes de resultados de Autoevaluación (semaforizados) emitidos por el Aplicativo para la Acreditación, de cada EESS registrado en la Matriz</p>	<p>Cumple con acciones</p>														





PERU

Ministerio de Salud

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ficha N° 31: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.

Nombre	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de aplicación	Hospitales de nivel II, nivel III e Institutos	
Definición	La Ronda de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.	
Justificación	<p>La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, y actualmente se la reconoce como un desafío amplio y creciente para la salud pública mundial, los esfuerzos por reducir los daños a los pacientes durante la atención no han evidenciado cambios sustanciales en los últimos 15 años, a pesar de los nuevos modelos de tratamiento, tecnologías y atención que pueden ofrecer amplias posibilidades terapéuticas, pueden ser también amenazas para la seguridad de la atención.</p> <p>Cada año, un número inadmisiblemente de pacientes sufren lesiones, traumatismos o mueren debido a prácticas de atención inseguras o deficientes. La carga derivada de la atención poco segura hace evidente la magnitud del problema. Es probable que los daños ocasionados a pacientes por eventos adversos sean una de las 10 principales causas de defunción y discapacidad en todo el mundo. Estimándose que el costo que tienen que asumir el sistema de salud por los daños asociados es cuantiosa sobre todo en países de ingresos bajos y medianos. La mayor parte de eventos adversos son prevenibles, estableciendo políticas claras, estrategias que permitan hacer seguimiento y mejorar la seguridad del paciente, con personal capacitado y participación efectiva de los pacientes y familiares</p> <p>La Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" aprobada por RM N°163-2020-MINSA, establece que la aplicación de Rondas de seguridad del paciente, permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, identificar oportunamente los actos inseguros, prevenir y reducir los riesgos en la atención de salud, a través de la evaluación del cumplimiento de los verificadores que aseguren prácticas seguras; lo que permitirá contar con sistemas seguros, implementando estrategias de mejora continua en seguridad del paciente con participación efectiva del equipo multidisciplinario.</p>	
 <p>J. SILVA</p>  <p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>HOSPITALES (MENOR A 50 CAMAS)</p> <p>Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>1.1 La IPRESS dispone de un Equipo de Rondas de Seguridad conformado según precisa la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN reconocido con acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS (aprobado hasta febrero 2023) y remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>1.2 La IPRESS dispone de un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente-periodo 2023, aprobado con acto resolutivo o documento oficial, que incluya mínimo una ronda por mes. Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firma el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería). (aprobado hasta febrero 2023) y remite a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo de entrega criterio 1.1 y 1.2: marzo 2023</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad elaborado por la UFGCS (publicado en web MINSAs).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1</p> <p>40%</p>



	<p>Plazo: Hasta 31 Enero 2024.</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS en base a los Informes consolidados del PAES 2023 remitidos por DIRESA/GERESA/DIRIS (publicado en web MINSa).</p> <p>Observación: -Para DIRESA/GERESA, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2023, corresponderá a la sumatoria de los EESS seleccionados por las Redes de Salud de su ámbito jurisdiccional. -Para DIRIS, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2023 se establecerá según los rangos descritos en la Observación registrada para Redes de Salud (Tabla N°1).</p> <p>El número de EESS seleccionados se registra en Acta de Reunión de Negociación.</p>	<p>descritas = 100%</p>
<p>Área responsable técnica y de la información.</p>	<p>Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS.</p>	
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>	
<p>Fuente de datos</p>	<p>Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por los hospitales e Institutos Nacionales/Regionales, DIRESA/GERESA y DIRIS.</p>	
<p>Notas</p>	<p>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSa, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</p>	





PERU

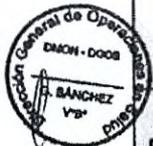
Ministerio de Salud

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	<p>Criterio 2 2.1: Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente. La IPRESS elabora el Informe Semestral (I y II) que contiene información de la ejecución de 6 Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; mínimo una por mes y según el cronograma aprobado. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3 Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo, Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por los jefes de los servicios visitados, Anexo 7 matriz de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 50% de las acciones correctivas del Plan y remite a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo de entrega: I Semestre julio 2023 II Semestre enero 2024</p> <p>Fuente auditable: Informes semestrales de conformidad elaborada por la UFGCS (publicado en web MINSA).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2</p> <p>60%</p>
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>HOSPITALES (MAYOR A 50 CAMAS) E INSTITUTOS</p> <p>Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente. 1.1 La IPRESS dispone de un Equipo de Rondas de Seguridad conformado según precisa la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN reconocido con acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS (aprobado hasta febrero 2023) y remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS. 1.2 La IPRESS dispone de un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente-periodo 2023, aprobado con acto resolutivo o documento oficial, que incluya mínimo una ronda por mes. Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firma por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería). (aprobado hasta febrero 2023) y remite a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo de entrega criterio 1.1 y 1.2: marzo 2023</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad elaborada por la UFGCS (publicado en web MINSA).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1</p> <p>30%</p>
	<p>Criterio 2 2.1: Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente. La IPRESS elabora el Informe Semestral (I y II) que contiene información de la ejecución de 6 Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; mínimo una por mes y según el cronograma aprobado. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3 hoja debidamente firmada por todos los miembros del equipo, con resultados de buenas prácticas evaluadas mayor o igual al 70%; en al menos 6 de las rondas ejecutadas en el año, Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por los jefes de los servicios visitados, Anexo 7 matriz de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 50% de las acciones correctivas del Plan y remite a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo de entrega: Informe I Semestre julio 2023 Informe II Semestre enero 2024</p> <p>Fuente auditable: Informes semestrales de conformidad elaborada por la UFGCS (publicados en web MINSA).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2</p> <p>70%</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA/DIRIS e Institutos Nacionales</p>	





PERÚ

Ministerio de Salud

DESPACHO VICEMINISTERIAL DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Área técnica responsable de la Información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del DVMPAS
Frecuencia de medición	Anual
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se pueda dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N°32: Fortalecimiento de la organización sanitaria en Redes Integradas de Salud – RIS

Nombre	Fortalecimiento de la organización sanitaria en Redes Integradas de Salud – RIS	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de aplicación	DIRESA/GERESA y DIRIS.	
Definición	El fortalecimiento de la organización sanitaria en RIS, como parte del inicio de su desarrollo, considera la asignación de la población de cada Sector Sanitario de la RIS a los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) de los establecimientos de salud (E.S.) con rol puerta de entrada.	
Justificación	<p>La organización sanitaria en Redes Integradas de Salud – RIS es una estrategia para acercar los servicios de salud a la ciudadanía, con enfoque territorial¹</p> <p>El EMS, que depende de un establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud con rol Puerta de Entrada en la RIS, es el integrador y coordinador del cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS que conforman la RIS.</p> <p>Al EMS se le asigna la población de un sector sanitario de la RIS-para lo cual se requiere que los Recursos Humanos en Salud - RHUS de los E.S. con rol Puerta de Entrada estén debidamente contabilizados y caracterizados.</p> <p>Referencia Normativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Decreto Supremo N° 016-2021-SA, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud "Perú, País Saludable" 2. Decreto Supremo N°019-2020-SA aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. 3. Resolución Ministerial N° 969-2021/MINSA que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud. 4. Resolución Ministerial N°327-2022/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N°329-MINSA/DGAIN-2022, Directiva Administrativa de Conformación de Redes Integradas de Salud – RIS. 	
Logro esperado	<p>DIRESA/GERESA/DIRIS asigna de la población de cada Sector Sanitario de la RIS a los EMS de los establecimientos de salud con rol puerta de entrada de una RIS conformada de la primera cohorte de implementación de RIS.</p> <p>Fuente auditable: Informe elaborado por la DIRESA/GERESA/DIRIS aprobado por la DGAIN/MINSA, el mismo que contiene los formatos A, B, C y D con los vistos y firmas correspondientes. Los formatos a emplearse son proporcionados por la DGAIN/DIPOS.</p> <p>Formato A: Tabla con datos de RHUS contabilizados y caracterizados por E.S. con rol puerta de entrada de la RIS y sus E.S vinculados, según anexo, suscrito por quien lo elaboró, con visto bueno del presidente y del secretario técnico del Equipo Impulsor de RIS de</p>	<p>Cumplen los 4 formatos del Informe: 100% de la calificación</p>



¹ Por Unidades Territoriales Sanitarias – UTS: Sector Sanitario, Zona Sanitaria, Área Sanitaria (ámbito territorial total de la RIS), Región Sanitaria y Macro Región Sanitaria, promoviendo la continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, basada en la estrategia de Atención Primaria de Salud-APS; así como, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las IPRESS de la RIS.



	<p>DIRESA/GERESA/DIRIS y opinión previa favorable de la DGAIN/MINSA.</p> <p><u>Formato B:</u> Tabla con número y conformación nominalizada de EMS disponibles por E.S. con rol puerta de entrada de la RIS, según anexo, suscrito por quien lo elaboró, con visto bueno del presidente y del secretario técnico del Equipo Impulsor de RIS de DIRESA/GERESA/DIRIS y opinión previa favorable de la DGAIN/MINSA.</p> <p><u>Formato C:</u> Tabla con Brecha estimada de EMS en la RIS, según anexo, suscrito por quien lo elaboró, con visto bueno del presidente y del secretario técnico del Equipo Impulsor de RIS de DIRESA/GERESA/DIRIS y opinión previa favorable de la DGAIN/MINSA.</p> <p><u>Formato D:</u> Tabla con Población de sectores sanitarios asignados a EMS de la RIS, según anexo, suscrito por quien lo elaboró, con visto bueno del presidente y del secretario técnico del Equipo Impulsor de RIS de DIRESA/GERESA/DIRIS y opinión previa favorable de la DGAIN/MINSA.</p> <p>Plazo: Hasta el último día del tercer trimestre 2023.</p>	
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN	
Área responsable de Información	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe anual preparado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional - DGAIN, a partir de los informes remitidos por las DIRESA/GERESA y DIRIS.	
Nota	Ninguna	

