



Ficha N°01: Niñas/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 evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud; EESS del I nivel de atención y Hospitales 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 luego de 6 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 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	Niñas/niños del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de anemia CIE X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo Dx: D entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico) con CPMS: 99199.17 + Tipo Dx: D + Lab:SF1....SF3 ó PO1...PO3 ó P01...P03), 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 X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo DX: R +Lab: PR) y dosaje de hemoglobina CPMS: 85018 ó 85018.01 + Tipo Dx: D entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico. $\frac{\text{Niñas/niños de 350 a 573 días de edad (18 meses 29 días) en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal, que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación registrados en el HIS.}}{\text{Niñas/niños del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de anemia CIE X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo Dx: D entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico) con CPMS: 99199.17 + Tipo Dx: D + Lab:SF1....SF3 ó PO1...PO3 ó P01...P03), con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de hierro y registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo de anemia CIE X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo DX: R +Lab: PR) y dosaje de hemoglobina CPMS: 85018 ó 85018.01 + Tipo Dx: D entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Suma de DNIs que forman parte del denominador que, 1. A partir del último diagnóstico definitivo de anemia CIE X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo Dx: D 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 X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo Dx: D + CPMS: 99199.17 + Tipo Dx: D + Lab: SF1...SF3 ó PO1 ...PO3 ó P01 ... P03), con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de hierro. Se considerarán como mínimo 3 entregas. Y 2. Registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo anemia CIE X: D500 ó D508 ó D509 ó D649 ó D539 + Tipo Dx: R + Lab: PR y dosaje de hemoglobina CPMS: 85018 ó 85018.01 + Tipo Dx: D, entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico. Denominador: Suma de DNI únicos de niños que cumplen entre 350 a 573 días de edad en el período 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. Y Niños que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación.
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero - diciembre).



Logro esperado	Incremento de 18 puntos porcentuales sobre el valor umbral, cuyo rango sea menor a 15%. Incremento de 12, puntos porcentuales sobre el valor umbral, cuyo rango este entre 15 a 35%. Incremento de 5 puntos porcentuales sobre el valor umbral, cuyo rango sea mayor al 35%.
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: HIS Información HIS-MINSA 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">1. Para efectos de búsqueda del dato se considera como valor inferior 170 días, la misma 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 periodo 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 cantidad de entregas de sulfato ferroso ó hierro polimaltosado dependerá de la dosificación que corresponde al niño según peso; así como de la presentación de los productos que pueden ser de 15 ml, 20 ml, 30 ml ó 60 ml y de la concentración de hierro elemental. Por lo tanto, en 6 meses de tratamiento, podría presentarse casos de entrega variable, siendo un mínimo de 3 entregas.9. Se tiene que evaluar los tiempos de entrega del hierro, puede haber casos que alcance para 30, 40, 45 días, etc, por lo tanto; se recomienda para efectos de entrega de un nuevo frasco considerar programar las citas según la duración de los frascos entregados, sin dejar de lado los tiempos establecidos de los controles del dosaje de hemoglobina que son a los 30, 90, 180 días de iniciado el tratamiento de anemia.



Ficha N°02: 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 evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de salud; EESS del I nivel de atención y Hospitales 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, 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	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descartar anemia}}{\text{Niñas/niños menores de 364 días en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV.}} \times 100$						
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="486 1859 1273 2016"> <thead> <tr> <th>Dosis</th> <th>Periodo de aplicación de las vacunas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1era dosis 2 meses</td> <td>A partir de 55 días hasta 119 días</td> </tr> <tr> <td>2da dosis 4 meses</td> <td>A partir de primera dosis + 28 días hasta 70 días</td> </tr> </tbody> </table>	Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas	1era dosis 2 meses	A partir de 55 días hasta 119 días	2da dosis 4 meses	A partir de primera dosis + 28 días hasta 70 días
Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas						
1era dosis 2 meses	A partir de 55 días hasta 119 días						
2da dosis 4 meses	A partir de primera dosis + 28 días hasta 70 días						

3era dosis
6 meses

A partir de segunda dosis + 28 días hasta 70 días

3 dosis de vacuna Pentavalente (CPMS: 90722)

Dosis	Periodo de aplicación de las vacunas
1era dosis 2 meses	A partir de 55 días hasta 119 días
2da dosis 4 meses	A partir de primera dosis + 28 días hasta 70 días
3era dosis 6 meses	A partir de segunda dosis + 28 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 partir de 55 días hasta 180 días
2da dosis 4 meses	A partir de la primera dosis +28 días hasta 240 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 + 28 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):

Edad del niño	Esquema de controles CRED
1	1° Control
2	1°+ 2° Control
3	1°+2°+3° Control
4	1°+2°+3°+4° Control
5	1°+2°+3°+4°+5° Control
6	1°+2°+3°+4°+5°+6° Control
7	1°+2°+3°+4°+5°+6°+7° Control
8	1°+2°+3°+4°+5°+6°+7°+8° Control
9	1°+2°+3°+4°+5°+6°+7°+8°+9° Control
10	1°+2°+3°+4°+5°+6°+7°+8°+9°+10° Control
11	1°+2°+3°+4°+5°+6°+7°+8°+9°+10°+11° Control

Y

3. Haber realizado **dosaje de hemoglobina en sangre** entre los 170-209 días identificado con código: 85018 o 85018.01 "D".

Periodos de identificación del dosaje será entre 170 y 209 días de edad.

Y



	<p>4. Haber recibido gotas o jarabe de hierro o multimicronutrientes, según edad: Registros válidos para tratamiento de anemia con hierro: D500, D508, D509, D649 o D539 + CPMS 99199.17 y Lab: (SF1-SF6) o (P01-P06).</p> <p>Registros válidos para suplementación con código 99199.17 (Suplementación de sulfato ferroso): sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06) o 99199.19 (Suplementación de multimicronutriente), 1-6.</p> <p>Los multimicronutrientes se entregan a partir del esquema de 6 meses.</p> <p>a. En el esquema de 4 a 5 meses de edad: -Sólo se mide a niños a término y con adecuado peso al nacer, es decir, no registra los códigos: P073 o P071, P0711, P0712 en el HIS. -En el caso de hierro polimaltosado de 20 ml o 30 ml para la suplementación preventiva, la entrega será válida para dos meses.</p> <p>b. En el esquema de 6 a 11 meses, tener en cuenta:</p> <p>Tratamiento con hierro: - La entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para dos meses.</p> <p>Suplementación preventiva con hierro: - La entrega de sulfato ferroso de 30 ml será válida hasta para dos meses, la entrega de hierro polimaltosado de 20 ml será válida hasta para dos meses, y la entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para tres meses.</p> <p>Micronutriente: Aplica para la entrega en niños de 170 a 364 días.</p> <p>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.</p> <p>Nota: - Se excluye a niños y niñas con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV.</p> <p>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).</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero a diciembre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si el valor umbral es < 26%, incremento de 10 puntos porcentuales sobre valor umbral. 2. Si el valor umbral esta entre 26% a 35%, incremento de 8 puntos porcentuales sobre valor umbral. 3. Si el valor umbral es > 35%, incremento de 5 o más 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: Padrón nominal y HIS Información HIS-MINSa 2024
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección ejecutiva de intervenciones por curso de vida y cuidado integral-Etapa de Vida Niño, Dirección Ejecutiva de Inmunizaciones y la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable.



Área responsable de Información	La Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Se evaluará el indicador según UBIGEO de residencia registrado en el padrón nominal.2. La edad de inicio para la vacuna no debe ser menor a 55 días y el intervalo entre dosis y dosis no puede ser menor a 28 días, no se tomará en cuenta intervalo máximo, esto con el objetivo de recuperar y completar esquemas de vacunación hasta los 14 meses 29 días, a excepción de la vacuna contra el Rotavirus que la aplicación es hasta los 7 meses 29 días.3. Todas las actividades de vacunación mencionadas en el numerador deben darse hasta la edad de corte establecida por el denominador.4. El período de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado del 1 de enero al 31 de diciembre 2024.5. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.6. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.7. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.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, así como CIE X: D500, D508, D509, D649 o D539. 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 2024.16. Para el caso de los controles CRED de 29 días a 364 días, se tendrá en cuenta un intervalo mínimo de 30 días entre control y control, según la normatividad vigente.17. La determinación del corte de edad para cada periodo de medición, será el último día de cada mes.



Ficha N°03: Recién nacidos con controles de crecimiento y desarrollo-CRED completo para la edad.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con control de crecimiento y desarrollo-CRED completo para la edad
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de neonatos que han recibido 04 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante el primer mes de vida. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.
Justificación	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños recién nacidos del denominador, con 04 CRED registrados en HIS}}{\text{Niñas/niños recién nacidos de 29 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro, registrados en el padrón nominal con DNI o CNV según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Se excluye niñas/niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y/o prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Total de niñas/niños recién nacidos del denominador, con cuatro (04) controles de CRED hasta los 29 días registrados en HIS).</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV que forman parte del denominador que registraron en HIS 04 controles CRED (CPMS: 99381.01) hasta los 29 días.</p> <p>Denominador: Total de niñas/niños recién nacidos de 29 días de vida en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro, 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 las niñas/niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y/o prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV</p> <p>Sintaxis: Suma de recién nacidos que cumplen 29 días, registrados en padrón nominal con DNI o CNV. Excluyendo las niñas/niños con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y/o prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero - diciembre).
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si el valor umbral es < 50%, incremento de 20 puntos porcentuales sobre valor umbral. 2. Si el valor umbral esta entre 60% a 80%, incremento de 10 puntos porcentuales sobre valor umbral. 3. Si el valor umbral es > 80%, mantener o superar el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual



Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS Información HIS-MINSA 2024.
Área 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).
Área Responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) – MINSA
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. El intervalo mínimo entre el primer y el segundo control es de 03 días.2. Se contabilizará los 04 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.



Ficha N°04: Niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.

Nombre	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	EESS del I nivel de atención y Hospitales 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 60 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 crecimiento inadecuado 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.</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>Crecimiento Inadecuado es aquella condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (+/- 2 DE.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños del denominador, que durante un periodo de seguimiento de hasta 100 días posteriores a la detección de la condición de riesgo recobran la condición de normalidad}}{\text{Niñas y niños menores de 730 días que en el período de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional.}} \times 100$
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"> Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" (LAB: TP ó PT ó PE) + (LAB: PR) con tipo de diagnóstico "R" Registran en HIS un estado nutricional en condición de normalidad "Z006" (LAB: PT/PE) <p>Denominador: Niñas y niños menores de 730 días que en el período 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 crecimiento inadecuado.</p>



	Sintaxis: Suma de DNIs únicos de niñas y niños que, en el período 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: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" (LAB: PT ó TP ó PE) con tipo de diagnóstico definitivo "D"
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero- diciembre).
Logro esperado	Incremento de 20 puntos porcentuales, cuando el valor umbral es menor a 10%. Incremento de 15, puntos porcentuales, cuando el valor umbral se encuentra entre 10% a 20%. Incremento de 10 puntos porcentuales, cuando el valor umbral es mayor al 20%.
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 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">1. El período de evaluación se comprende desde el primer al último día del periodo evaluado.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 emergencia5. 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.



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

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 1 año vacunados con dos dosis de vacuna sarampión, parotiditis y rubeola (SPR)
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.
Definición	El indicador mide el porcentaje de niños y niñas que antes de cumplir los 02 años de edad 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 la 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	$\frac{\text{Niñas/niños menores de 2 años y mayor de 1 año, que recibieron 2 dosis de la vacuna SPR registrados en HIS con código CPMS 90707 y lab 2}}{\text{Niñas/niños de 1 año del padron nominal}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador Sintaxis: niñas y niños menor de 2 años y mayor de 1 año que registre en HIS lab 2 vacuna SPR Código CPMS 90707. Denominador Sintaxis: niñas y niños de 1 año, del padron nominal</p>
Valor Umbral	85%
Logro esperado	≥ 90%
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.



Ficha N° 06: Niñas y niños menores de 12 meses que reciben 04 consejerías por personal de salud a través de visita domiciliaria.

Nombre	Porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses que reciben 04 consejerías por personal de salud a través de visita domiciliaria.												
Tipo	Indicador de desempeño.												
Ambito de evaluación	Establecimiento de salud del 1° nivel de atención.												
Definición	El indicador determina el porcentaje de familias con niñas y niños menores de 12 meses que, de acuerdo a su edad ha recibido 4 consejerías a través de visita domiciliaria (1 dentro de los primeros 28 días, 1 entre los 2 y 5 meses, 1 entre los 6 y 8 meses, y 1 entre 6 a 11 meses).												
Justificación	<p>El desarrollo de la consejería en visita domiciliaria genera un esfuerzo del personal de salud para ubicar a las niñas y los niños de su jurisdicción, esta acción incluye las coordinaciones con los actores de la comunidad y autoridad municipal, desplazamiento a la vivienda y la organización del personal de salud del establecimiento para generar las acciones de visita, lo cual fortalece la lógica de la atención primaria de la salud y la operatividad del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida. El ubicar a las y los menores, genera una ventana de oportunidad para las familias, quien tendrá la posibilidad de acceder no solamente al servicio de consejería en visita domiciliaria, sino de acuerdo a las necesidades que cuente, pueda beneficiarse de otras visitas de los servicios con los que cuenta el establecimiento de salud. El resultado esperado del indicador es lograr que 04 de 10 niñas y niños menores de doce meses hayan recibido cuatro consejerías conforme los criterios definidos en el producto familia del PPOr DIT.</p> <p>La consejería como una intervención costo efectiva¹, da la oportunidad a los padres, madres y/o cuidadores de las niñas y los niños de recibir en sus hogares, la educación en salud, la cual permite fortalecer capacidades dirigidas a afianzar las prácticas de cuidado favorables y cambiar aquellas que no son favorables; para la adopción de prácticas y mejora del entorno para el cuidado infantil. El resultado esperado es contar con Padres, madres y/o cuidadores brindar los cuidados integrales y oportunos a las niñas y los niños en los primeros doce meses de vida para así contribuir en el crecimiento adecuado y el desarrollo de sus capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales en la mejora del Desarrollo Infantil Temprano, priorizando la disminución de la anemia infantil.</p>												
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños del denominador que han recibido 4 consejerías a través de visita domiciliaria por personal de salud, registrados en el HIS}}{\text{Niñas y niños menores de 12 meses de edad en el período de evaluación registrados en el padrón nominal}} \times 100$												
Construcción del indicador	<p>Numerador: Suma de niñas y niños del denominador que cumplen con el siguiente registro en HIS: identificados con DNI y haber recibido consejería integral a través de visita domiciliaria de acuerdo a su edad y según su esquema (1 Dentro de los primeros 28 días, 1 entre los 2 y 5 meses, 1 entre los 6 y 8, y 1 entre los 9 y 11 meses), registrados con códigos CPMS 99401.03, 99401.04, 99401.10 ó 99401.08 (Consejería RN); 99401 (Consejería integral); C0011 (Visita familiar integral)</p> <p>Denominador: Suma de DNIs únicos del padrón nominal de niños menores de 12 meses</p>												
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero – diciembre)												
Logro esperado	<table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>Si en el padrón nominal del distrito se registra de 1 a 10 niños/as</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Si en el padrón nominal del distrito se registra de 11 a 499 niños/as</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Si en el padrón nominal del distrito se registra de 500 a 9,999 niños/as</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Si en el padrón nominal del distrito se registra más de 10,000 niños/as</td> <td>10%</td> </tr> </table>	1.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 1 a 10 niños/as	90%	2.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 11 a 499 niños/as	50%	3.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 500 a 9,999 niños/as	40%	4.	Si en el padrón nominal del distrito se registra más de 10,000 niños/as	10%
1.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 1 a 10 niños/as	90%											
2.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 11 a 499 niños/as	50%											
3.	Si en el padrón nominal del distrito se registra de 500 a 9,999 niños/as	40%											
4.	Si en el padrón nominal del distrito se registra más de 10,000 niños/as	10%											

¹ Evidencia A1 y A2 de la Tabla N° 08.b. del anexo 2 del Programa Presupuestal 001 – 2023, Programa Articulado Nutricional.



Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón Nominal y HIS Minsa
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Promoción de la Salud.
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. El valor que se obtiene como distrito aplica todos los establecimientos del distrito.2. Si en el distrito no se registra ningún niño menor de 12 meses les corresponde la totalidad del peso ponderado establecido para el ámbito.3. Si el establecimiento de salud que tiene jurisdicción en más de un distrito, le aplica el valor de un solo distrito, dato que debe ser precisado al momento de la negociación o precisado el convenio.4. Se evaluará el indicador según UBIGEO de residencia registrado en el Padrón nominal y con tipo de documento DNI.5. Este indicador se mide de manera prospectiva, considerando los nacimientos ocurridos a partir del primer mes de verificación en adelante. Ejm. Mes 1: RN, Mes 2: RN+ 01 mes de edad, Mes 3: RN+01 mes + 02 meses...y así sucesivamente, hasta el corte de cada periodo de verificación.6. El período de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes de evaluación.



Ficha N°7: Recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B, dentro de las 24 horas después del nacimiento.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada que atienden partos) e Instituto (incluye el Instituto Materno Perinatal)
Definición	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 dentro de las 24 horas después del nacimiento (antes del alta).
Justificación	<p>El logro del mayor porcentaje de recién nacidos vacunados con BCG y HVB, dentro de las 24 horas de nacido en un hospital, requiere que los directivos, equipos de gestión y operativos organicen y articulen el trabajo de una serie de unidades orgánicas y funcionales; entre otros, de los responsables del registro de información en el Sistema de Certificado del Nacido Vivo (CNV), de los responsables del procesamiento y elaboración de los reportes estadísticos y responsable del servicios de inmunizaciones, cadena de frío, alojamiento conjunto y neonatología; así como de los servicios de soporte administrativo; por lo tanto el indicador permite evaluar el desempeño del personal en su conjunto y por ende de la institución, en el logro de los resultados a favor de la población, en el marco del PPOr 1001: Productos Específicos para Desarrollo Infantil Temprano.</p> <p>La vacuna BCG se administra con el objetivo de proteger al niño contra las formas clínicas graves de la tuberculosis infantil, meningitis tuberculosa y diseminada; la vacuna contra hepatitis B, para reducir la transmisión perinatal de la Hepatitis B; y es más efectiva si se aplica dentro de las 24 horas. La vacunación está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador, que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG y HVB registrados en HIS con código CPMS: 90585 y CPMS: 90744 respectivamente, dentro de las 24 horas después del nacimiento.}}{\text{Niñas/niños nacidos en Hospital o Instituto en el periodo de evaluación, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 1500 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B}} \times 100$
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 1,500 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. 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	1. El período de evaluación comprende desde el primer al último día del periodo evaluado (1 de enero al 31 diciembre 2024)



	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="443 179 1556 302">2. 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.<li data-bbox="443 302 1556 369">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°08: Tasa de éxito de tratamiento para TB Sensible

Nombre	Tasa de éxito de tratamiento para TB Sensible
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	Establecimiento de salud del I nivel de atención y Hospitales con población asignada.
Definición	Determina el porcentaje de personas afectadas de tuberculosis sensible que fueron tratados con éxito, es decir que tuvieron como resultado de tratamiento: curado y término de tratamiento en relación al total de casos de TB sensible diagnosticados. Se considerará los casos diagnosticados del 01 de enero 2024 al 30 junio del año 2024. Para el cálculo del indicador no se considerará los casos de Tuberculosis Sensible con esquemas para TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular.
Justificación	Lograr el éxito de tratamiento contribuye a cortar cadena de transmisión, evitando así la generación de nuevos casos de tuberculosis, por otro lado, contribuye a la disminución de la mortalidad por TB. Según la Organización Mundial de la Salud la meta recomendada para el éxito de tratamiento debe ser $\geq 90\%$. La baja tasa de éxito de tratamiento puede ser el resultado de la pérdida en el seguimiento, el tratamiento fallido y el fallecimiento de las PAT, debido a una falta de organización del establecimiento de salud, la débil capacidad para lograr la adherencia al tratamiento, entre otros. Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento del logro de los resultados del producto "Persona accede al establecimiento de salud y recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis y sus complicaciones" Por lo antes mencionado; es necesario fortalecer el seguimiento de los casos diagnosticados, lograr que inicien y culminen el tratamiento en el periodo establecido. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de personas con éxito en el tratamiento reportado en el periodo evaluado.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Total, de personas afectadas por TB sensible incluidos en el denominador con resultado de tratamiento: curado + tratamiento completo registrados en el SIG TB.}}{\text{Número total de personas afectadas de casos de TB sensible registrados en el SIG TB.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Total de personas afectadas por TB sensible incluidos en el denominador con resultado de tratamiento: curado + tratamiento completo registrados en el SIG TB.</p> <p>Sintaxis: Considerar la variable "Resultado de tratamiento" filtrar todos los registros con respuesta "Curado" y "Tratamiento completo"</p> <p>Denominador: Número total de personas afectadas de casos de TB sensible registrados en el SIG TB con documento de identidad válido que hayan sido diagnosticados entre 01 de enero y 30 de junio del año 2024.</p> <p>Sintaxis: Considerar todos los registros con documento de identidad válido (TB).</p>
Valor umbral	80%
Logro esperado	90%
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	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos.
Área responsable	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.



técnica	
Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información
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.



Ficha N° 09: Contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para TB

Nombre	Porcentaje de contactos menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para TB (TPTB)
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	Establecimiento de salud del I nivel de atención y Hospitales con población asignada.
Definición	Determina el porcentaje de contactos de personas afectadas por Tuberculosis pulmonar, menores de 5 años de edad que culminan Terapia Preventiva para TB. Se considerará los contactos menores de 5 años de TB pulmonar censados de los casos diagnosticados del 01 de enero 2024 al 30 septiembre del año 2024.
Justificación	Se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la TB. Es decir, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB, especialmente aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado. El objetivo de la TPTB es mejorar la salud individual, protegiendo de la enfermedad y reducir la transmisión actual de la tuberculosis. Es preciso mencionar que es uno de los indicadores priorizados en la Estrategia fin de la TB de la OMS. Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento de las acciones preventivas en un grupo de alto riesgo de desarrollar TB activa, incluye la detección de tuberculosis activa. Al año 2022, este indicador se encuentra en 44.5% a nivel nacional, siendo una de las causas de baja cobertura, el esquema de terapia preventiva con isoniacida de manera diaria por 06 meses. La actual NTS incorpora esquemas de terapia preventiva más cortas (12 dosis) lo cual contribuiría al logro de este indicador. Por lo antes mencionado es necesario fortalecer esta intervención. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de contactos de TB pulmonar menores de 5 años que culminan terapia preventiva en el periodo evaluado.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Total, de contactos < 5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador que culminan TPTB del periodo a evaluar}}{\text{Total, de contactos < 5 años de TB pulmonar censados, registrados en el SIG TB en el período a evaluar}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Total de contactos <5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador, que culminan TPTB del periodo a evaluar Denominador: Total de contactos < 5 años de TB pulmonar censados de los casos diagnosticados entre 01 de enero 2024 al 30 setiembre del año 2024, registrados en el SIG TB en el período a evaluar.
Valor umbral	50%
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	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB).
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.



Área responsable de información	Oficina General de Tecnología de la Información
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.



Ficha N°10: Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas viviendo con VIH que inician Tratamiento Antirretroviral (TAR)

Nombre	Cobertura de la Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas viviendo con VIH que inician Tratamiento Antirretroviral
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, de acuerdo a listado adjunto.
Definición	Determina el porcentaje de personas con diagnóstico de VIH que inician TAR y que completan la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB) correspondiente a un año de evaluación. Será inicialmente evaluado en establecimientos de salud a nivel hospitalario.
Justificación	<p>Las personas viviendo con VIH (PVV) tienen un alto riesgo de desarrollar tuberculosis activa. Por ello, la terapia preventiva contra la tuberculosis (TPTB) está indicada en todas las personas viviendo con VIH que no presentan tuberculosis para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad oportunista.</p> <p>El indicador propuesto permite evaluar el seguimiento de la TPTB en las personas con diagnóstico de VIH que inician TAR, que, habiendo iniciado la TPTB la completan durante el período de evaluación (la meta es 50% de las personas que iniciaron TPTB del año de evaluación, según normativa vigente).</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Personas con VIH que inician TAR y completan la TPTB del año de evaluación}}{\text{Personas con VIH que inician TAR durante el año de evaluación}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Suma de todas las personas del denominador que completaron la Terapia preventiva para Tuberculosis.</p> <p>Sintaxis: Suma de registros que cumplen (DX= Z21X1, B24X ^ DX= 99199.11 ^ LAB=IA) ^ (Dx 99199.12 ^ LAB = TA)</p> <p>Denominador: Suma de todas las de PVV que ingresaron al Tratamiento Antirretroviral durante el año de evaluación., identificados con cualquier tipo de documento de identidad.</p> <p>Sintaxis: Suma de registros que cumplen (DX= Z21X1, B24X ^ DX= 99199.11 ^ LAB=IA)</p>
Valor umbral	30%
Logro esperado	50%
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: HIS-MINSA
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH-Sida, ITS y Hepatitis
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (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.



PERÚ

Ministerio
de Salud

LISTADO DE EESS QUE BRINDAN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL A NIVEL NACIONAL

Fecha de
actualización 08.11.2023

N	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	CATEGORIA	Código Único	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
1	AMAZONAS	CHACHAPOYAS	CHACHAPOYAS	II-2	00004838	Hospital Regional Virgen de Fátima
2	AMAZONAS	BAGUA	BAGUA	II-1	00005044	Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján
3	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	II-1	00005145	Hospital Santa María de Nieva
4	ANCASH	HUARAZ	HUARAZ	II-2	00001543	Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz
5	ANCASH	SANTA	CHIMBOTE	II-2	00001652	Hospital La Caleta
6	APURIMAC I	ABANCAY	ABANCAY	II-2	00007719	Hospital Guillermo Díaz de la Vega
7	APURIMAC II	ANDAHUAYLAS	ANDAHUAYLAS	II-2	00004131	Hospital Subregional de Andahuaylas
8	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	III-1	00001231	Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
9	AREQUIPA	AREQUIPA	AREQUIPA	III-1	00001232	Hospital Goyeneche
10	AREQUIPA	CAMANA	CAMANA	II-1	00001344	Hospital de Camaná
11	AYACUCHO	PARINACOCHAS	CORACORA	II-1	00003523	Hospital de Apoyo de Coracora
12	AYACUCHO	HUAMANGA	AYACUCHO	II-2	00003543	Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"
13	AYACUCHO	HUANTA	HUANTA	II-1	00003655	Hospital Apoyo de Huanta "Daniel Alcides Carrión"
14	AYACUCHO	LA MAR	AYNA	II-1	00003754	Hospital de Apoyo San Francisco
15	AYACUCHO	LA MAR	SAN MIGUEL	II-E	00003792	Hospital de Apoyo San Miguel
16	CAJAMARCA	JAEN	JAEN	II-1	00004210	Hospital General Jaén
17	CAJAMARCA	CHOTA	CHOTA	II-1	00004782	Hospital "Tito Villar Cabezas" - Bambamarca
18	CAJAMARCA	CHOTA	CHOTA	II-1	00004659	Hospital de Apoyo Chota "José Soto Cadenillas"
19	CAJAMARCA	CUTERVO	CUTERVO	II-1	00004981	Hospital Santa María de Cutervo
20	CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA	II-2	00007686	Hospital Regional Docente de Cajamarca
21	CALLAO	CALLAO	BELLAVISTA	III-1	00006218	Hospital Daniel Alcides Carrión
22	CALLAO	CALLAO	CARMEN DE LA LEGUA-REYNOSO	II-2	00006219	Hospital San José
23	CALLAO	CALLAO	VENTANILLA	II-1	00007126	Hospital de Ventanilla
24	CUSCO	CUSCO	CUSCO	III-1	00002289	Hospital de Apoyo Departamental del Cusco
25	CUSCO	CUSCO	SANTIAGO	III-1	00002305	Hospital Apoyo Antonio Lorena
26	CUSCO	CHUMBIVILCAS	SANTO TOMAS	II-1	00002398	Hospital Santo Tomás
27	CUSCO	LA CONVENCION	SANTA ANA	II-1	00002421	Hospital de Quillabamba
28	CUSCO	LA CONVENCION	KIMBIRI	II-E	00002469	Hospital San Juan de Kimbiri
29	HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	II-2	00003853	Hospital Departamental de Huancavelica
30	HUANCAVELICA	TAYACAJA	PAMPAS	II-1	00004074	Hospital de Pampas
31	HUANUCO	HUANUCO	HUANUCO	II-2	00000754	Hospital Regional Hermilio Valdizán
32	HUANUCO	LEONCIO PRADO	LUYANDO	II-1	00000932	Hospital de Tingo María
33	ICA	ICA	ICA	II-2	00003358	Hospital Regional de Ica
34	ICA	ICA	ICA	II-1	00003359	Hospital Santa María Socorro
35	ICA	CHINCHA	CHINCHA ALTA	II-1	00003414	Hospital San José de Chincha



36	ICA	NAZCA	NAZCA	II-1	00003443	Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca
37	ICA	PALPA	PALPA	I-4	00003458	Hospital de apoyo Palpa
38	JUNIN	CHANCHAMAYO	CHANCHAMAYO	II-2	00000308	Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro
39	JUNIN	CHANCHAMAYO	PICHANAQUI	II-1	00000340	Hospital de Apoyo Pichanaki
40	JUNIN	SATIPO	SATIPO	II-1	00000432	Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki
41	JUNIN	SATIPO	PANGO	II-1	00000442	Hospital San Martín de Pango II
42	JUNIN	TARMA	TARMA	II-2	00000520	Hospital de apoyo Félix Mayorca Soto
43	JUNIN	HUANCAYO	HUANCAYO	III-E	00000753	Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión
44	JUNIN	HUANCAYO	HUANCAYO	III-E	00006615	Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen
45	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	III-1	00005195	Hospital Belén de Trujillo
46	LA LIBERTAD	TRUJILLO	TRUJILLO	III-1	00005196	Hospital Regional Docente de Trujillo
47	LA LIBERTAD	TRUJILLO	LAREDO	II-1	00005231	Hospital Distrital Laredo
48	LA LIBERTAD	VIRU	VIRU	II-1	00005251	Hospital Provincial de Virú
49	LA LIBERTAD	ASCOPE	ASCOPE	II-1	00005263	Hospital Provincial de Ascope "Rosa Santillán de Sánchez"
50	LA LIBERTAD	PACASMAYO	GUADALUPE	II-1	00005292	Hospital de Apoyo Tomás Lafora
51	LA LIBERTAD	CHEPEN	CHEPEN	II-1	00005299	Hospital de Apoyo Chepén
52	LA LIBERTAD	OTUZCO	OTUZCO	II-1	00005314	Hospital de Apoyo Otuzco Elpidio Berovidez Pérez
53	LA LIBERTAD	SANCHEZ CARRION	HUAMACHUCO	II-1	00005349	Hospital de Apoyo Leoncio Prado
54	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	II-2	00004317	Hospital Regional Docente Las Mercedes
55	LAMBAYEQUE	FERREÑAFE	FERREÑAFE	II-1	00004440	Hospital Referencial Ferreñafe
56	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	CHICLAYO	III-1	00011470	Hospital Regional Lambayeque
57	LIMA CENTRO	LIMA	SAN JUAN DE LURIGANCHO	II-2	00005617	Hospital San Juan de Lurigancho
58	LIMA CENTRO	LIMA	LIMA	III-1	00006206	Hospital Nacional Dos de Mayo
59	LIMA CENTRO	LIMA	LIMA	III-1	00006207	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
60	LIMA CENTRO	LIMA	PUEBLO LIBRE	III-1	00006211	Hospital de Apoyo Santa Rosa
61	LIMA CENTRO	LIMA	LIMA	III-E	00006215	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
62	LIMA ESTE	LIMA	ATE	II-1	00005883	Hospital de Huaycán
63	LIMA ESTE	LIMA	EL AGUSTINO	III-1	00005946	Hospital Nacional Hipólito Unanue
64	LIMA ESTE	LIMA	LURIGANCHO	II-2	00005947	Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello
65	LIMA ESTE	LIMA	ATE	II-E	00028025	Hospital Emergencia Ate Vitarte
66	LIMA NORTE	LIMA	PUENTE PIEDRA	II-2	00007632	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
67	LIMA NORTE	LIMA	SAN MARTIN DE PORRES	III-1	00007633	Hospital Nacional Cayetano Heredia
68	LIMA NORTE	LIMA	COMAS	III-1	00007634	Hospital Nacional Sergio E. Bernales
69	LIMA REGION	CAÑETE	SAN VICENTE DE CAÑETE	II-2	00005986	Hospital Rezola
70	LIMA REGION	BARRANCA	BARRANCA	II-2	00007635	Hospital de Barranca
71	LIMA REGION	HUARAL	HUARAL	II-2	00007637	Hospital San Juan Bautista Huaral
72	LIMA REGION	HUARAL	CHANCAY	II-2	00007638	Hospital Chancay
73	LIMA REGION	HUAURA	HUACHO	II-2	00007639	Hospital General de Huacho



74	LIMA SUR	LIMA	SAN JUAN DE MIRAFLORES	III-1	00005987	Hospital Maria Auxiliadora
75	LIMA SUR	LIMA	VILLA EL SALVADOR	II-2	00023159	Hospital de Emergencias Villa El Salvador
76	LORETO	MAYNAS	IQUITOS	II-2	00000001	Hospital Iquitos "César Garayar Garcia"
77	LORETO	MAYNAS	PUNCHANA	III-1	00000003	Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"
78	LORETO	MAYNAS	NAPO	II-1	00000066	Hospital Santa Clotilde
79	LORETO	UCAYALI	CONTAMANA	II-1	00000162	Hospital Contamana
80	LORETO	ALTO AMAZONAS	YURIMAGUAS	II-2	00000210	Hospital Santa Gema de Yurimaguas
81	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	TAMBOPATA	II-1	00002698	Hospital Santa Rosa
82	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	MOQUEGUA	II-1	00002818	Hospital de Ilo
83	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	MOQUEGUA	II-2	00007732	Hospital Regional de Moquegua
84	PASCO	PASCO	YANACANCHA	II-1	00000979	Hospital Dr. Daniel Alcides Carrión
85	PASCO	OXAPAMPA	OXAPAMPA	II-1	00000980	Hospital "Ernesto Germán Guzmán Gonzales"
86	PASCO	OXAPAMPA	VILLA RICA	II-1	00000981	Hospital "Román Egoavil Pando" Villa Rica
87	PIURA	SULLANA	SULLANA	II-2	00001910	Hospital de Apoyo II-2 Sullana
88	PIURA	PAITA	PAITA	II-1	00002021	Hospital de Apoyo Nuestra Señora de las Mercedes - Paita
89	PIURA	PIURA	VEINTISEIS DE OCTUBRE	II-2	00002084	Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2
90	PIURA	MORROPON	CHULUCANAS	II-1	00002161	Hospital Chulucanas
91	PUNO	CARABAYA	MACUSANI	II-1	00002974	Hospital San Martín de Porres
92	PUNO	CHUCUITO	JULI	II-1	00002990	Hospital de apoyo Chucuito (Juli)
93	PUNO	HUANCANE	HUANCANE	II-1	00003068	Hospital Lucio Aldazábal Pauca
94	PUNO	PUNO	PUNO	II-2	00003251	Hospital Regional Manuel Nuñez Butron
95	PUNO	SAN ROMAN	JULIACA	II-2	00003299	Hospital Carlos Monje Medrano
96	PUNO	YUNGUYO	YUNGUYO	II-1	00003349	Hospital de Yunguyo
97	SAN MARTIN	RIOJA	NUEVA CAJAMARCA	I-4	00006283	Hospital Rural Nueva Cajamarca
98	SAN MARTIN	EL DORADO	SAN JOSE DE SISA	I-4	00006485	Hospital Rural San José de Sisa
99	SAN MARTIN	TOCACHE	TOCACHE	II-1	00006580	Hospital "José Peña Portuguez" - Tocache
100	SAN MARTIN	RIOJA	RIOJA	II-1	00006732	Hospital de Rioja
101	SAN MARTIN	MOYOBAMBA	MOYOBAMBA	II-1	00006733	Hospital Moyobamba
102	SAN MARTIN	SAN MARTIN	TARAPOTO	II-2	00006918	Hospital Tarapoto
103	SAN MARTIN	MARISCAL CACERES	JUANJUI	II-E	00006919	Hospital II-E. Juanjui, MC Luis Izquierdo Vásquez
104	TACNA	TACNA	TACNA	II-2	00002864	Hospital Hipólito Unanue de Tacna
105	TUMBES	TUMBES	TUMBES	II-2	00017077	Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría, JAMO II-2
106	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	CALLERIA	II-2	00005576	Hospital Regional de Pucallpa
107	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	YARINACOCHA	II-2	00005577	Hospital Amazónico, Yarinacocha



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
Ámbito de evaluación	Red de salud y Establecimientos de Salud del I nivel de atención (categoría I-3, I-4) y Hospitales con población asignada.
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	<p>Personas del denominador a quienes que 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> $\frac{\text{Personas del denominador a quienes que se les ha entregado el resultado del test de sangre oculta en heces y registradas en el HIS con diagnóstico definitivo, lab A (resultado positivo) o N (resultado negativo) y código CPT 82270}}{\text{Total, de personas de 50 a 70 años identificados con Documento de Identidad atendidos por todas las causas y registrados en el HIS. Se excluyen los atendidos por cáncer.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Personas del denominador a quienes que 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. Se excluyen los atendidos por cáncer.</p> <p>Sintaxis: Contar ID de persona, Td = D, Edad >=50 y <=70 años identificados con Documento de Identidad atendidos en el establecimiento, menos los que han sido atendidos por cáncer (todos los CIE 10 que inician con C) procedimientos y registrados en el HIS Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero diciembre)
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	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	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.



Ficha N°12: 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 Evaluación	Establecimientos de Salud del I nivel de atención.
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 2023 (enero a diciembre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si el valor umbral es menor de 8%, incremento de 12 PP o más. 2. Si el valor umbral está entre 8% a 11%, incremento de 10 PP. 3. Si el valor umbral es igual o mayor a 12%, incremento de 8 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). 2024.</p> <p>Se considerará la información registrada desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2024.</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 Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.



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.
--------------	---



Ficha N° 13: Personas de 50 a 70 años de edad con resultado positivo de prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto referidas a los EESS que cuentan con servicio de gastroenterología y con entrega de resultado de la colonoscopia en un plazo menor igual de 30 días.

Nombre	Porcentaje de Personas de 50 a 70 años de edad con resultado positivo de prueba de tamizaje de cáncer de colon-recto referidas a los EESS que cuentan con servicio de gastroenterología y con entrega de resultado de la colonoscopia en un plazo menor igual de 30 días.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos que cuenten con servicio de gastroenterología con equipo de colonoscopia operativo. Según listado Anexo 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 y teniendo un resultado positivo, reciben la entrega de resultado de colonoscopia por parte del médico especialista de gastroenterología en un tiempo menor o igual a 30 días.
Justificación	<p>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.</p> <p>Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso a un diagnóstico oportuno del cáncer de colon-recto.</p> <p>Se espera que el 100% de pacientes con resultado positivo de tamizaje de cáncer de colon –recto reciba la entrega de resultado de colonoscopia por parte del especialista en gastroenterología.</p>
Fórmula del indicador	<p>EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01):</p> $\frac{\text{Personas del denominador a quien se les realiza la consulta por el servicio de gastroenterología para la entrega de resultado de colonoscopia en menos o igual a 30 días}}{\text{Personas que fueron referidos (REFCON) a EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01) por resultado positivo del test de sangre oculta en heces}} \times 100$ <p>Consideración: Considerar solo los pacientes con tiempo de espera menor y/o igual a 30 días entre la fecha de atención del Tamizaje de test de sangre oculta en heces positivo y la fecha de entrega de resultado de la indicación de colonoscopia.</p>
Construcción del indicador	<p>EESS que cuentan con servicio de gastroenterología (ANEXO 01):</p> <p>Sintaxis: Numerador: Id_persona; Td = "D" + Dx = (44388,44389,45359,45358) + Lab = "A" con Td = "D" + Dx = (C180 - C189,C19x, C20X) + Lab = "blanco"</p> <p>Id_persona; Td = "D" + Dx = (44388,44389,45359,45358) + Lab = "N"</p> <p>Denominador: Id_Persona; con las condicionales { IPRESS_Destino: IPRESS del ANEXO 01 Id_ciex (Procedimiento): 82270 Tipo de Traslado: REFERENCIA Estado de la Referencia: Aceptado (Que cuenten con fecha de aceptación) }</p> <p>Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA y REFCON</p> <p>Consideración: Contar ID de persona, Fecha del Tamizaje de test de sangre oculta en heces positivo - la fecha de entrega de resultado de colonoscopia por el servicio de gastroenterología <=30 días.</p>



Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero - diciembre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none">1. Si el valor umbral es menor de 10%, incremento de 40 PP o más.2. Si el valor umbral está entre 10% a 29%, incremento de 30 PP.3. Si el valor umbral está entre 30% a 49%, incremento de 20 PP.4. Si el valor umbral está entre 50% a 79%, incremento de 10 PP.5. Si el valor umbral es igual a 80% o más mantenerse o superar.
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.
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	<ul style="list-style-type: none">- Si hubiese dos o más exámenes registrados para un mismo Documento de Identidad, se tomará en cuenta el primer resultado.- Se medirá el tiempo en que un paciente, obtiene el resultado positivo de tamizaje de test de sangre oculta en heces y la entrega de resultado de colonoscopia por el servicio de gastroenterología.



Listado de IPRESS que cuentan Servicios Gastroenterología

GASTROENTEROLOGÍA					
N°	REGIÓN	HOSPITALES	N° COLONOSC OPIO	OPERATIVOS	N° GASTROENTEROLOGOS
1	CAJAMARCA	Hospital Simon Bolivar	0	0	2
		Hospital de Bambamarca - Tito Villar Cabezas	1	1	3
		Hospital de Apoyo Chota - Jose Soto Cadenillas	1	1	1
		Hospital General de Jaen	1	1	2
		Santa Maria de Cutervo	1	1	1
		Hospital Regional Docente Cajamarca	1	1	10
2	HUANCAVELICA	Hospital Regional de Huancavelica	1	1	3
3	AYACUCHO	Hospital Regional de Ayacucho	4	02 operativo 02 inoperativo	4
4	TACNA	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE	2	1	4
5	LIMA REGIONES	HOSPITAL DE SUPE	1	1	0
		HOSPITAL DE HUACHO	1	1	2
		HOSPITAL DE HUARAL	1	1	
		Hospital de Chancay	1	0	1
		Hospital de Rezola Cañete	0	0	1
		Hospital de Matucana	0	0	1
6	PASCO	Hospital Román Egoavil Pando	0	0	2
		Hospital Daniel Alcides Carrión	0	0	1
7	LAMBAYEQUE	Hospital Belen	0	0	
		Hospital Las Mercedes	1	0	3
8	AMAZONAS	Hospital Virgen de Fatima II-2 - Chachapoyas	1	1	2
9	APURIMAC	Hospital Guillermo Díaz de la Vega	1	1	
10	AREQUIPA	Hospital Honorio Delgado	1	0	
		Hospital Goyeneche	1	0	0



		Iren Sur	1	si	?
11	MOQUEGUA	Hospital regional de Moquegua	1	1	2
12	SAN MARTIN	Hospital II-2 Tarapoto	1	1	3
		Hospital II-1 Tocache			
		Hospital II-2 Moyobamba	1	1	1
13	PUNO	Hospital Carlos Monge Medrano	1	1	3
		Hospital Regional Manuel Núñez Butrón	1	1	2
14	LIMA METROPOLITANA	LAN FRANCO LA HOZ	1	SI	3
		Hospital Cayetano Heredia	4	1	3
		Hospital Vitarte	1	1	3
		Hospital Nacional Sergio Bernales	1	1	3
		Hospital Arzobispo Loayza			
		MARIA AUXILIADORA	3	01 operativo	8
15	CALLAO	DANIEL ALCIDES CARRION	6	3	10
		Hospital Ventanilla	0	0	1
		SAN JOSE	1	0	4
16	PIURA	Hospital de Paita	1	1	1
		Hospital Sullana	1	1	2
		Hospital Santa Rosa	1	1	4
		Hospital Chulucanas	1	1	1
17	TUMBES	Hospital Regional JAMO	2	02 inoperativo	2
18	UCAYALI	Hospital Regional de Pucallpa	1	0	1
		Hospital Amazonico	1	1	1
19	CUSCO	Hospital Antonio Lorena	1	1	4
		Hospital Regional Cusco	1	0	4
20	ICA	HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	1	1	2
		HOSPITAL REGIONAL DE ICA	2	1	6



		SANTA María DEL SOCORRO	1	1	1
21	LA LIBERTAD	Hospital Regional Docente de Trujillo	2	1	04
		Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas IREN Norte	1	1	2
		Hospital Belén de Trujillo	2	2	4
		Hospital Distrital de Apoyo Chepén Red Chepén	0	0	1
		Hospital Distrital César Vallejo Red Santiago De Chuco	0	0	1
		Hospital Distrital Viru Red Virú	0	0	1
22	HUANUCO	Hospital Regional de Huánuco	1	1	3-4
23	LORETO	Hospital Regional de Loreto	1	1	3
24	APURIMAC	Hospital Regional de Abancay	1	SI	2
		Hospital de Andahuaylas	1	SI	2
25	MADRE DE DIOS	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado	1	1	2
26	JUNIN	IREN CENTRO	1	1	4
		Hospital Regional D.A.C	1	0	2
		Hospital Satipo	0	0	1
		Hospital Regional de Medicina Tropical de chanchamayo	1	1	2
		Hospital de Tarma	0	0	1



Ficha N°14: Personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia, radioterapia en un tiempo menor y/o igual a 30 días.

Nombre	Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia, radioterapia, en un tiempo menor y/o igual a 30 días.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención e Institutos que cuenten con servicios oncológicos, que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico (de acuerdo al listado adjunto)
Definición	El indicador mide el porcentaje de personas diagnosticadas con cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico en quimioterapia y radioterapia.
Justificación	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 80% de pacientes diagnosticados con cánceres prevalentes inician tratamiento oncológico con quimioterapia.
Fórmula del indicador	<p>Fuente HIS MINSa: Personas del denominador que inician tratamiento oncológico y registradas en el HIS con CPMS: 96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285 con LAB 1 con tiempo menor o igual a 30 días</p> $\frac{\text{Total de personas identificadas con documento de identidad con diagnóstico de cáncer prevalente definitivo, registrados en el HIS con CIE-10: C500-C509; C220 -C229; C160 - C169; C530, C531, C539; C180 - C189, C19X, C20X; C340 - C349; C61X; C810 -C859, C963; C901, C910 - C959; C430 - C449; con entrega de resultado positiva de los siguientes procedimientos: biopsia positiva y/o citometría de flujo y/o mielograma, y/o sangre periférica en establecimientos de salud que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico.}}{\text{Total de personas identificadas con documento de identidad con diagnóstico de cáncer prevalente definitivo, registrados en el HIS con CIE-10: C500-C509; C220 -C229; C160 - C169; C530, C531, C539; C180 - C189, C19X, C20X; C340 - C349; C61X; C810 -C859, C963; C901, C910 - C959; C430 - C449; con entrega de resultado positiva de los siguientes procedimientos: biopsia positiva y/o citometría de flujo y/o mielograma, y/o sangre periférica en establecimientos de salud que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Fuente HIS MINSa:</p> <p>Numerador: Número de personas del denominador que inician tratamiento oncológico y registradas en el HIS con CPMS: 96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285 con LAB 1</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 cuello uterino: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1" con Dx=R+ (C530, C531, C539) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F" • Cáncer de mama: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) + Lab="1" con Dx=R+ (C500 - C509) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F". • Cáncer de próstata: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1" con Dx=R+ C61X + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="M" • Cáncer de colon y recto: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1" con Dx=R+ (C180 - C189,C19X, C20X) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de piel: Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1"+Dx=R+ (C430 - C449) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de hígado: Contar ID de personas, Td= "D" + Dx = (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549,



90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) + Lab = "1" + Dx = R+ (C220 - C229) + Lab="blanco" + Edad >=18.

- **Cáncer de estómago:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1" con Dx=R+ (C160 - C169) + Lab="blanco" + Edad >=18

- **Cáncer de pulmón:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1"+Dx=R+ (C340 - C349) + Lab="blanco" + Edad >=18

- **Linfoma:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1"+Dx=R+ (C810 -C859, C963) + Lab="blanco" + Toda edad

- **Leucemia:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (96402, 96407, 96409 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784, 77305, 77500, 77501, 77781, 77295, 77301, 77315, 77401, 77784, 77290, 76499, 77263, 77418, 77285) +Lab="1"+Dx=R+(C901, C910 -C959) + Lab="blanco" + Toda edad

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 positiva de los siguientes procedimientos: biopsia positiva y/o citometría de flujo y/o mielograma, y/o sangre periférica en establecimientos de salud que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico.

Sintaxis:

Sumatoria del Total de personas identificadas con Documento de Identidad con diagnóstico de prevalente definitivo, registrados en el HIS:

- **Cáncer de cuello uterino:**

Contar ID de personas, Td = "D"+ Dx=(57291, 57500, 57510, 57520; 58100) +Lab="A" con Dx=D+ (C530, C531, C539) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F"

- **Cáncer de mama:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(57500, 77057, 19100, 19101, 19102, 38500, 38505) + Lab="A" con Dx=D+ (C500 - C509) + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="F".

- **Cáncer de próstata:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=55700 +Lab="A" con Dx=D+ C61X + Lab="blanco" + Edad >=18 + Sexo="M"

- **Cáncer de colon y recto:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx=(45359, 45358; 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 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 pulmón:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (32405,32400) +Lab="A"+Dx=D+ (C340 - C349) + Lab="blanco" + Edad >=18

- **Linfoma:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (38500, 88206) +Lab="A"+Dx=D+ (C810 -C859, C963) + Lab="blanco" + Toda edad

- **Leucemia:**

Contar ID de personas, Td="D"+ Dx= (85095, 85102, 38220, 88185.02, 88185.03, 88205.04, 85060) +Lab="A"+Dx=D+(C901, C910 -C959) + Lab="blanco" + Toda edad



	Consideración: <ul style="list-style-type: none">- Considerar el primer tratamiento oncológico realizado (Quimioterapia o Radioterapia o Braquiterapia) realizado al paciente.- Considerar solo los pacientes con tiempo de espera menores y/o igual a 30 días entre la fecha de atención del diagnóstico definitivo con cánceres prevalentes (cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon-recto, linfoma, leucemia, piel, pulmón e hígado) y fecha de atención del Inicio tratamiento oncológico.
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2023 (enero a diciembre)
Logro esperado	1. V.U. es menor de 40%, incremento de 50 PP o más. 2. V.U. está entre 40% a 80%, incremento de 20 PP. 3. V.U. es mayor a 80%, incremento de 10 PP. 4. V.U. es igual a 100%, deberán mantenerse en 100%.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA y SIASIS. Fuente del denominador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA y SIASIS.
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	- Se recogerá información sobre las atenciones de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico en Institutos, IPRESS del sector público del II y III nivel de atención que cuenten con servicios oncológicos e insitutos, en las siguientes regiones,tales como: Cajamarca, Callao, Cusco, Junin, Lambayeque, La Libertad, Loreto, San Martin, Piura, Arequipa, Lima Provincia, así como los siguientes hospitales nacionales: Hospital Nacional A. Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Maria Auxiliadora, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Santa Rosa e Instituto Nacional. - Entiéndase como cánceres prevalentes a: Cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon-recto, linfoma, leucemia, piel, pulmón e hígado.



Listado de IPRESS que cuentan Servicios Oncologicos

N°	NIVEL	RENAES	DEPARTAMENTO	UNIDAD EJECUTORA
1	II-2	1232	AREQUIPA	HOSPITAL GOYENECHÉ
2	II-2	7397	AREQUIPA	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
3	II-2	7686	CAJAMARCA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
4	III-1	6218	CALLAO	HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION
5	III-1	2289	CUSCO	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO
6	III-1	2305	CUSCO	HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO
7	III-1	3358	ICA	HOSPITAL REGIONAL DE ICA
8	II-2	3359	ICA	HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
9	II-E	27857	JUNIN	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO
10	III-E	753	JUNIN	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION
11	II-1	7277	LA LIBERTAD	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - NORTE - DR. LUIS PINILLOS GANOZA
12	II-1	11470	LAMBAYEQUE	HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
13	III-1	6206	LIMA	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
14	III-1	16918	LIMA	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NIÑO SAN BORJA
15	III-1	6210	LIMA	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
16	III-1	6207	LIMA	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
17	III-1	6211	LIMA	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA
18	III-1	5946	LIMA	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
19	III-1	7634	LIMA	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
20	III-1	7633	LIMA	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
21	III-1	5987	LIMA	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
22	II-2	3	LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"
23	III-2	2084	PIURA	HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha N°15: 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 evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, REDES, Establecimientos de salud del I nivel de atención y Hospitales con población asignada, que brinden atenciones de Odontología.
Definición	<p>Indicador que determina la proporción de niñas y niños de 3 a 11 años que, habiendo tenido una evaluación oral completa en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada del MINSA y Gobiernos Regionales, llegan a obtener el alta básica odontológica durante el año calendario.</p> <p>Para efectos del indicador, el Alta Básica Odontológica se determina diferenciando 02 grupos de población:</p> <p>1° Niño o niña que no presentan antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal y se encuentre libre de fuente de infección o no presente focos sépticos durante la evaluación oral completa, quienes reciben un conjunto de prestaciones preventivas para garantizar la continuidad de la buena condición de salud bucal que presenta.</p> <p>2° Niñas y niños, que presentan enfermedades de la cavidad bucal, identificadas durante la evaluación oral completa, quienes reciben un conjunto de prestaciones preventivos y/o recuperativos y/o especializados según la condición individual que presente el niño, hasta obtener como resultado una persona que no presente fuente de infección o foco séptico en la cavidad bucal.</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. 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 afección en el bienestar emocional.</p> <p>El alta básica odontológica se define como la condición de salud que adquiere la persona cuando se encuentra libre de foco séptico, condición que se llega a obtener cuando se ha desfocalizado de toda fuente de infección o foco séptico presente en la cavidad bucal, a través de la realización de procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados; para el caso de 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 completa se le brindará los procedimientos preventivos requeridos para garantizar la continuidad de su condición de salud de persona sana durante el año calendario.</p> <p>El niño y la niña que obtiene y mantiene la condición de alta básica odontológica presenta condiciones saludables en el estado de su salud bucal, como: Una óptima capacidad masticatoria, una ingesta adecuada de alimentos que favorece estado nutricional para una adecuado crecimiento y desarrollo, finalmente esta condición de salud contribuye de forma positiva en la salud individual y por ende en la mejora de la calidad de vida del niño o la niña.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica}}{\text{Población de niñas y niños de 3 a 11 años, establecida a partir del cumplimiento de la condición previa}} \times 100$

Construcción
del indicador

DENOMINADOR: Representa la cantidad numérica de la población obtenida en el cálculo de la **CONDICIÓN PREVIA** y atendida bajo la modalidad de atención presencial en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales y, a quienes **se les realiza el procedimiento de evaluación oral completa con código D0150 y; registrados en el HIS**, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.

CONDICION PREVIA: lo constituye el valor numérico, que equivale el 20 % de la población de niñas y niños de 3 a 11 años asignada al establecimiento de salud,

Sintaxis:

(DNI+Edad(>ó=3y<ó=11))+TD=D+Dx=(D0150)+Cualquier_Lab<>G(que_no_tenga_Lab=G)+Dx<>(99499.01:99499.10*)

(*) Se excluyen los códigos del 99499.01 al 99499.10

NUMERADOR: Total de niñas y niños de 3 a 11 años identificados nominalmente con DNI, que forman parte de la población establecida en el denominador; a quienes se les realizaron procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos para adquirir y preservar 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, diferenciados según el siguiente detalle:

1° Niño o niña que no presentan antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal y se encuentre libre de fuente de infección o no presenten focos sépticos durante la evaluación oral completa, registrados en el HIS con códigos: D0150, U160 y quienes reciben los procedimientos con códigos: D1310, D1330 y (D1206 ó D1208) y el alta básica odontológica con código: U510.

2° Niñas y niños, que presentan enfermedades de la cavidad bucal, identificadas durante la evaluación oral completa, registrados en el HIS con códigos: K02, K04, k05, k08, k10, k122 y k140; quienes reciben: los procedimientos que se encuentren en el intervalo de códigos D0000 al E9999, con frecuencia según la morbilidad que presente el paciente hasta obtener durante el año calendario el alta básica odontológica con registro de código: U510.

Sintaxis: Niños del denominador que durante o después de su primera atención cumplan con las siguientes condiciones:

La primera consideración:

DNI+Edad(>ó=3y<ó=11)+(TD=D+(Dx<>(K02,K04,k05,k08))+Dx=D0150+U160+D1310+D1330+(D1206óD1208))
ó(Dx<>(K02,K04,k05,k08))+Dx=D0150+D1310+D1330+(D1206óD1208))
+Dx=U510+Cualquier_Lab<>G(que_no_tenga_Lab=G)

La segunda consideración ():**

(**) población que se excluye de la primera consideración.

DNI+Edad(>ó=3y<ó=11))+TD=D+(Dx=D0000:E9999**)+Dx=U510+Cualquier_Lab<>G(que_no_tenga_Lab=G)

(**) Se considera la primera letra 'D' o 'E' del código ítem (Código CPMS).

Para todos los id_cita: Dx <> D0150



Condición Previa	20 % de la población de niñas y niños de 3 a 11 años asignada al establecimiento de salud con evaluación oral completa, registrados en el HIS.
Valor umbral	25%
Logro esperado	35%
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: HIS-MINSA Condición previa: REUNIS MINSA/INEI. Se adjunta meta por EESS.
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">1. Si la DIRESA, GERESA, DIRIS, REDES, Establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada, no cumple con el valor de la condición previa del denominador, la evaluación de cumplimiento del indicador de desempeño es 0.0.2. La identificación de los establecimientos de salud a los que se aplica la medición del indicador se determina considerando:<ul style="list-style-type: none">- Los Establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada, que cuenten con UPSS de odontología General registrados en RENIPRESS.- Los Establecimientos de salud que cuenten con servicio de odontología y que durante el último semestre registran atenciones odontológicas.- Se excluyen aquellos establecimientos de salud que no cuenten con servicio de odontología y que, registrando atenciones odontológicas, estas son producto de atenciones itinerantes o u otros similares3. Para efectos de la elaboración del script, la población del numerador en la <i>segunda consideración</i> no forma parte de la <i>primera consideración</i> (se excluye según número de documento, RENAES y fecha de atención).4. Para los fines de formulación del script se tomará los primeros 4 dígitos de la UPS: 3033 – del HIS –MINSA.5. 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; 99499.10.6. Para el Numerador, Primera Condición: Se considera que no tenga en el Dx los Códigos: (K02, K04, k05) y en ninguna fila del diagnóstico del ítem (Código CIE 107. 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).8. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.9. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.10. 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°16: 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 evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud, establecimientos del I nivel de atención y Hospitales con población asignada.
Definición	El indicador determina el porcentaje de mujeres con necesidad de planificar su familia o espaciar los nacimientos, que acceden 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. 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	$\frac{\text{Número de mujeres que accedieron al uso de métodos anticonceptivos post parto Institucional hasta los 42 días del puerperio.}}{\text{Partos Institucionales de mujeres en las IPRES del MINSA o Gobierno Regional en el periodo de evaluación registrados con DNI en el CNV en línea.}} \times 100$
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.



	<p>• 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.</p> <p>*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> <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 2023 (enero-diciembre)
Logro esperado	<p>Si el valor del umbral es menor a 50%, incremento de 25 puntos porcentuales</p> <p>Si el valor del umbral es de 50% a menos de 60%, incremento de 15 puntos porcentuales</p> <p>Si el valor del umbral es de 60% a menos de 70%, incremento de 10 puntos porcentuales</p> <p>Si el valor de umbral es > ó = a 70% incremento de 5 puntos porcentuales.</p>
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</p> <p>Denominador: CNV en línea</p> <p>Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 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"> 1. La Dirección registrada en el DNI de la madre (en el CNV), determinará su lugar de procedencia 2. Se evaluará el indicador según Ubigeo de residencia registrada en el CNV 3. Se considerará a la mujer que accedió a un método anticonceptivo desde su parto institucional hasta los 42 días del puerperio. 4. 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. 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.



Ficha N°17: Gestantes atendidas con 2 o más APN en el hospital, referidas por factores de riesgo.

Nombre	Porcentaje de gestantes atendidas con 2 o más APN en el hospital, referida por factores de riesgo.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Instituto, que realizan atención a la gestante.
Definición	Indicador que determina el total de gestantes con 2 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 resolutoria para un manejo especializado.
Formula del indicador	$\frac{\text{Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital.}}{\text{Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital que han sido referidas por factores de riesgo específicos.</p> <p>Sintaxis: Se consideran como atenciones prenatales la citas que cuenten con los siguientes códigos: Z3591; Z3592; Z3593; Z359</p> <p>Denominador: Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos.</p> <p>Sintaxis: Total de gestantes atendidas en el 1° Nivel de atención y han sido referidas a consulta externa a EE SS de 2° y 3° nivel de atención 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 • VIH: O987 • Diabetes: O244-O241 • Aumento excesivo de peso en el embarazo: O260 • Embarazo Múltiple: O300 • Gestantes adolescentes menores de 15 años: Z3591, Z3592, Z3593
Valor umbral	Valor del indicador obtenido al año 2023 (enero - diciembre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el valor umbral es menor de 10% incremento de 15 pp 2. Cuando el valor umbral es de 10% a menos de 20% incremento de 10 pp 3. Cuando el umbral es > ó = 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 medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA Denominador: REFCON Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 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 referidas por el REFCON 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. Se excluye la evaluación de este indicador a los Hospitales que no realizan atención prenatal o no cuentan con el sistema REFCON.4. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.5. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.6. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede estar sujeta a modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



Ficha N° 18: Gestantes con paquete preventivo completo.

Nombre	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud y EESS 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 <u>presenciales</u> 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 las madres 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, imágenes y actividades que involucren a la familia, Comunidad en el cuidado de las gestantes
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; y (3) 05 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo (4) y haber recibido su 3^{era} entrevista de plan de parto durante el embarazo</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <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 (4) y haber recibido su 3^{era} entrevista de Plan de Parto durante el embarazo</p> <p>Sintaxis: Número de mujeres del denominador que reciben: Numerador: Suma de mujeres del denominador que cumplen con los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber realizado en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Exámenes auxiliares con tipo de diagnóstico "D": <ol style="list-style-type: none"> 1) Dosaje de Hemoglobina: 85018 o 85018.01 y 2) Tamizaje de sífilis (Prueba rápida y/o RPR): 86780 o 86592 o 86593 o 86318.01 Y 3) Tamizaje de VIH con prueba rápida: 86703 o 86703.02 o 87389 o 86318.01 Y 4) Tamizaje de bacteriuria asintomática: 81007 o 81002 o 81000.02 O 1.2 Perfil obstétrico CPMS: 80055.01 con tipo de diagnóstico "D" 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 y 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 y 4.- Gestante con 3^{era} entrevista de plan de parto durante el embarazo. <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.</p> <p>5.- Considerar las atenciones de entrevistas de plan de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de atención de parto: U1692; 59401.06, Lab 1,2,3 • Gestantes: Z3591, Z3491, y 59401.06, lab 1 (primera entrevista) • Codificación de visita familiar integral: C0011, Plan de parto U1692; 59401.06 con lab 3 (tercera entrevista) <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 según la base de datos del CNV en línea.</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido al año 2023 (enero - diciembre)
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el valor umbral es menor del 10% incremento de 20 pp 2. Cuando el valor umbral es de 10% a menos de 20% incremento de 15 pp 3. Cuando el umbral es > ó = 20%, incremento de 10pp.
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>Numerador: HIS-MINSA Denominador: Certificado de Nacido Vivo – CNV en línea</p> <p>Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2024.</p>
Área responsable técnica	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSa. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se evaluará el Indicador según UBIGEO de residencia (procedencia) de la madre registrado en el CNV en línea. 2. No se excluye a las gestantes con anemia. 3. El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del periodo evaluado. 4. Se considera primer trimestre de gestación, menor de 14 semanas de gestación. Se evaluarán las atenciones realizadas a todas las gestantes con edad gestacional menor de 14 semanas 5. Se considerará una entrega de sulfato ferroso + ácido fólico como válida independientemente del valor en el ítem LAB. 6. Se considera las 06 atenciones prenatales durante el embarazo: de acuerdo al siguiente detalle: 1° trimestre: 01 APN, 2° trimestre: 02 APN y 3° trimestre: 03 APN. 7. Considerar a las gestantes atendidas que reciben su tercera entrevista para el plan de parto en el transcurso de su embarazo 8. Considerar la codificación de la segunda y tercera entrevista con la visita familiar integral. 9. Se contabilizará como máximo una misma prestación por día. 10. La interpretación técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSa, en coordinación con los sectores involucrados. 11. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSa, en coordinación con los sectores involucrado 12. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSa, en coordinación con los sectores involucrados. 13. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuenten con DNI.



PERÚ

Ministerio
de Salud

	14. Considerar la codificación HIS 2023 y la incorporación de los nuevos códigos del CPMs en la totalidad de establecimientos de salud.
Regulado por Normatividad vigente	1. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N°105-MINSA-DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna



Ficha N°19 Adolescentes que reciben preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico.

Nombre	Porcentaje de adolescentes que reciben preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Evaluación	GERESA, DIRESA, DIRIS y Red de Salud, establecimientos de salud del I nivel de atención y hospitales con población asignada.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que recibieron suplemento de hierro más ácido fólico como preventivo.
Justificación	El indicador permitirá evaluar el desempeño de los trabajadores de los establecimientos de salud del I nivel de atención y hospitales con población asignada. La intervención consiste en entregar por única vez, a la adolescente mujer de 12 a 17 años, 24 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de ácido fólico cada una.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Adolescentes del denominador que reciben preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico.}}{\text{Población de adolescentes mujeres de 12 a 17 años asignada por EE. SS, en el periodo de evaluación.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Adolescentes del denominador suplementadas con hierro y ácido fólico.</p> <p>Sintaxis: Suma de Atenciones únicas de mujeres entre 12-17 años que cumplen con el registro CPMS 99199.26 (LAB: TA)</p> <p>Denominador: Total de la población de adolescentes mujeres de 12 a 17 años asignada por EE. SS, en el periodo de evaluación.</p> <p>Sintaxis: Suma la población de adolescentes mujeres de 12 a 17 años asignada por EE. SS, en el periodo de evaluación.</p>
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido de enero a diciembre del año 2023
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Si el valor del umbral es menor al 48.5%, incremento de 25 puntos porcentuales. • Si el valor del umbral es de 48.6% a 56%, incremento de 20 puntos porcentuales. • Si el valor del umbral es de 57% a 66%, incremento de 15 puntos porcentuales. • Si el valor del umbral es de 67% a más, incremento de 10 puntos porcentuales.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro Alcanzado - valor umbral}}{\text{Logro Esperado - valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Reporte HIS/ MINSA
Área 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.
Área responsable de Información	OGTI
NOTAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La adolescente suplementada será contabilizada en el numerador y denominador de establecimiento de salud que la suplemento. ✓ Se considera como población femenina al 50% del total de adolescentes asignadas al establecimiento de salud. ✓ La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. ✓ La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. ✓ La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA. ✓ La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba



PERÚ

Ministerio
de Salud

	corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.
--	--



Ficha N°20: Niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.

Nombre	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos, con UPSS de Medicina Física y Rehabilitación (listado en el Anexo N°01)
Definición	Indicador que determina el total de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que cuenten con dos o más atenciones en la UPSS de Medicina Física y Rehabilitación
Justificación	<p>Mediante la medición de este indicador se busca incrementar la oferta médica, incrementando el número de citas y horarios en los establecimientos de salud, para la atención de los niños menores de 5 años en las UPSS de Medicina de Rehabilitación, que a su vez permitirá a la gestión institucional identificar oportunidades de mejora relacionadas a la implementación de las UPSS con equipamiento, mobiliario, infraestructura y recurso humano, que permita brindar a los usuarios en salud una atención de calidad. De esta manera, se busca mejorar la gestión interna del establecimiento para el cumplimiento de sus objetivos y mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos.</p> <p>Es importante determinar el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que son atendidos en el servicio de rehabilitación, a fin de promover la intervención temprana y oportuna en rehabilitación, que incluya actividades orientadas a la prevención, diagnóstico y la mejora de la condición de discapacidad y autonomía del paciente, y que contribuya a evitar condiciones de salud que generen discapacidad, reducir la limitación funcional, minimizar el impacto en las consecuencias del daño a la salud y mejorar el nivel de independencia funcional.</p> <p>Se entiende por deficiencias a los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud-CIF). Y por factor de riesgo a la característica, circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. El efecto marginal de los factores de riesgo produce un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento o desarrollo durante la infancia.</p> <p>Para la identificación de las niñas y niños menores de cinco (5) años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, se ha considerado lo siguientes: Apgar menor de 7 a los 5 minutos, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, meningitis, convulsiones, retardo en desarrollo, hipotiroidismo, kernicterus, sepsis neonatal, septicemia, retinopatía de la prematuridad, que pueden generar discapacidad.</p> <p>Tanto la identificación de la deficiencia o los factores de riesgo identificados en el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV) y aquellos determinados por el Ministerio de Salud.</p>
Formula del Indicador	$\frac{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad con dos o más atenciones en la UPSS Medicina Física y Rehabilitación (Anexo N° 02)}}{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en EESS con UPSS de Medicina Física y Rehabilitación (Anexo N° 01)}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>NUMERADOR: Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con dos o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación (Anexo N° 02)</p> <p>Fuente. HIS</p> <p>Sintaxis:</p>

	<p>Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, del denominador (ANEXO N° 01), atendidos en la UPSS Medicina de Rehabilitación (ANEXO N° 02) por consulta externa, que cuenten con 2 o más atenciones en dichas UPSS-MR.</p> <p>DENOMINADOR: Total, de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención con UPSS Medicina de Rehabilitación (Anexo N° 01), detectados en la consulta externa e interconsultas, que cuenten con los siguientes factores de riesgo específicos registrados en CNV y con códigos CIE10, según el siguiente detalle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apgar menor de 7 a los 5 minutos, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas: CNV. • Prematuridad: P07.2, P07.3 • Muy Bajo peso al nacer y bajo peso al nacer: P07.0, P07.1 • Malformaciones congénitas: Q00.0- Q99.2. (Todos los Q) • Meningitis: A39.0, A87.0, A87.1 • Encefalitis: A85.0, A85.1, A85.8, A86 • Kernicterus: P57.9 • Convulsiones: P90.X • Retinopatía de la prematuridad: H35.1 • Hipotiroidismo: E03.0, E03.1, E03.3. • Retardo en desarrollo: R62.0, R62.8, R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.4, F80.8, F80.9, F82, F83, F84.0, FR4.1, F84.2, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9. • Sepsis neonatal: P36.0, P36.1, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9 • Septicemia: A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9 • Parálisis cerebral: G80.0, G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9 <p>Fuente: HIS MINSA y CNV</p>
Valor umbral	25%
Logro esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Si el denominador es menos de 1,000, el logro esperado es 70% • Si el denominador es de 1,000 a 5,000, el logro esperado es 50% • Si el denominador es > a 5,000, el logro esperado es 30%
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: HIS-MINSA. Denominador: HIS-MINSA y CNV
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	Considerar las variables de riesgo de CNV.



ANEXO N° 01

Listado de códigos de las IPRESS de los hospitales

N°	Código Único	Nombre del establecimiento	Departamento	Provincia	UBIGEO	Unidad Ejecutora	Categoría
1	00004838	HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA	AMAZONAS	CHACHAPOYAS	010101	REGION AMAZONAS-HOSPITAL DE APOYO CHACHAPOYAS	II-2
2	00005125	HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA	AMAZONAS	UTCUBAMBA	010701	GOB.REG.AMAZONAS-SALUD UTCUBAMBA	II-1
3	00001765	HOSPITAL DE APOYO DE POMABAMBA "ANTONIO CALDAS DOMINGUEZ"	ANCASH	POMABAMBA	021601	REGION ANCASH-SALUD POMABAMBA	II-1
4	00001652	HOSPITAL LA CALETA	ANCASH	SANTA	021801	REGION ANCASH-SALUD LA CALETA	II-2
5	00001543	HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ	ANCASH	HUARAZ	020101	REGION ANCASH-SALUD HUARAZ	II-2
6	00007719	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	APURIMAC	ABANCAY	030101	HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA - ABANCAY	II-2
7	00004131	HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	APURIMAC	ANDAHUAYLAS	030201	HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS	II-2
8	00001232	HOSPITAL GOYENECHÉ	AREQUIPA	AREQUIPA	040101	HOSPITAL GOYENECHÉ	III-1
9	00001231	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	AREQUIPA	AREQUIPA	040101	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO	III-1
10	00016721	HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	AREQUIPA	CAYLLOMA	040520	REG. AREQUIPA - HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	II-1
11	00003543	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA"	AYACUCHO	HUAMANGA	050101	HOSPITAL HUAMANGA	II-2
12	00007686	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	CAJAMARCA	CAJAMARCA	060101	REGION CAJAMARCA-HOSPITAL CAJAMARCA	II-2
13	00004655	SIMON BOLIVAR DE APOYO	CAJAMARCA	CAJAMARCA	060101	GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA - CAJAMARCA	II-E
14	00004466	CELENDIN	CAJAMARCA	CELENDIN	060301	REGION CAJAMARCA-SALUD CAJAMARCA	II-1



15	00004659	HOSPITAL DE APOYO CHOTA - JOSE SOTO CADENILLAS	CAJAMARCA	CHOTA	060401	HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS - CHOTA	II-1
16	00004210	GRAL. JAEN	CAJAMARCA	JAEN	060801	REGION CAJAMARCA-HOSPITAL GENERAL DE JAEN	II-1
17	00006218	NAC. DANIEL A. CARRION	CALLAO	CALLAO	070102	HOSPITAL DANIEL A. CARRION	III-1
18	00006219	HOSPITAL SAN JOSE	CALLAO	CALLAO	070103	HOSPITAL DE APOYO SAN JOSE	II-2
19	00017883	HOSPITAL DE REHABILITACION DEL CALLAO	CALLAO	CALLAO	070102	DIRECCION DE SALUD I CALLAO	II-E
20	00002289	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	CUSCO	CUSCO	080101	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	III-1
21	00003853	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA	HUANCVELICA	HUANCVELICA	090101	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA	II-2
22	00003917	HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA	HUANCVELICA	ACOBAMBA	090201	RED DE SALUD ACOBAMBA	II-1
23	00000754	HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN	HUANUCO	HUANUCO	100101	REGION HUANUCO-HOSPITAL DE HUANUCO HERMILIO VALDIZAN	II-2
24	00000932	HOSPITAL DE TINGO MARIA (HOSPITAL DE CONTINGENCIA)	HUANUCO	LEONCIO PRADO	100605	REGION HUANUCO-SALUD TINGO MARIA	II-1
25	00003358	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	ICA	ICA	110101	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	II-2
26	00003359	SANTA MARIA DEL SOCORRO	ICA	ICA	110101	HOSPITAL DE APOYO SANTA MARIA DEL SOCORRO	II-1
27	00003414	HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	ICA	CHINCHA	110201	HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	II-1
28	00003472	SAN JUAN DE DIOS	ICA	PISCO	110501	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO	II-1
29	00003443	RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA	ICA	NAZCA	110301	SALUD PALPA - NASCA	II-1
30	00006615	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN	JUNIN	HUANCAYO	120101	SALUD EL CARMEN	III-E
31	00000365	HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA	JUNIN	JAUJA	120401	SALUD JAUJA	II-1
32	00000520	DE APOYO FELIX MAYORCA SOTO	JUNIN	TARMA	120701	SALUD TARMA	II-2
33	00000432	DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	JUNIN	SATIPO	120601	SALUD SATIPO	II-1



34	00000753	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION	JUNIN	HUANCAYO	120101	SALUD DANIEL ALCIDES CARRION	III-E
35	00000442	SAN MARTIN DE PANGOA	JUNIN	SATIPO	120606	GOB. REG. DE JUNIN - RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA	II-1
36	00000308	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO	JUNIN	CHANCHAMAYO	120301	GOB. REG. DE JUNIN - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DOCTOR JULIO CESAR DEMARINI CARO	II-2
37	00005314	HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PEREZ	LA LIBERTAD	OTUZCO	130601	SALUD OTUZCO	II-1
38	00005296	HOSPITAL DISTRITAL DE PACASMAYO	LA LIBERTAD	PACASMAYO	130704	SALUD PACASMAYO	II-1
39	00005204	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA	LA LIBERTAD	TRUJILLO	130101	SALUD TRUJILLO ESTE	II-1
40	00005231	HOSPITAL DISTRITAL LAREDO	LA LIBERTAD	TRUJILLO	130106	SALUD TRUJILLO ESTE	II-1
41	00005263	HOSPITAL PROVINCIAL ASCOPE "ROSA SANCHEZ DE SANTILLAN"	LA LIBERTAD	ASCOPE	130201	SALUD ASCOPE	II-1
42	00005217	HOSPITAL DISTRITAL EL ESFUERZO DE FLORENCIA DE MORA	LA LIBERTAD	TRUJILLO	130103	SALUD TRUJILLO ESTE	II-1
43	00005196	REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	LA LIBERTAD	TRUJILLO	130101	SALUD NORTE ASCOPE	III-1
44	00005195	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	LA LIBERTAD	TRUJILLO	130101	SALUD TRUJILLO SUR OESTE	III-1
45	00004440	HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE	LAMBAYEQUE	FERREÑAFE	140201	SALUD LAMBAYEQUE	II-1
46	00004317	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	140101	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO	II-2
47	00004370	HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE	LAMBAYEQUE	LAMBAYEQUE	140301	HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE	II-1
48	00011470	HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	140101	HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE	III-1
49	00006216	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	LIMA	LIMA	150105	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	III-2



50	00007734	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION DRA. ADRIANA REBAZA FLORES - AMISTAD PERU-JAPON	LIMA	LIMA	150108	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	III-E
51	00006209	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	LIMA	LIMA	150101	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS	III-2
52	00006217	INO DR. FRANCISCO CONTRERAS C.	LIMA	LIMA	150101	INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA	III-2
53	00006215	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	LIMA	LIMA	150101	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	III-E
54	00006208	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	LIMA	LIMA	150101	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	III-2
55	00005946	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	LIMA	LIMA	150111	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	III-1
56	00007633	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	LIMA	LIMA	150135	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA	III-1
57	00006207	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	LIMA	LIMA	150101	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	III-1
58	00006206	NACIONAL DOS DE MAYO	LIMA	LIMA	150101	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	III-1
59	00007634	HOSPITAL SERGIO E. BERNALES	LIMA	LIMA	150110	HOSPITAL SERGIO BERNALES	III-1
60	00005987	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	LIMA	LIMA	150133	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL MARIA AUXILIADORA	III-1
61	00007639	HOSPITAL GENERAL DE HUACHO	LIMA	HUAURA	150801	HOSPITAL HUACHO - HUAURA - OYON Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	II-2
62	00007635	HOSPITAL DE BARRANCA	LIMA	BARRANCA	150201	HOSPITAL BARRANCA-CAJATAMBO Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	II-2
63	00005986	HOSPITAL REZOLA	LIMA	CAÑETE	150501	HOSPITAL DE APOYO REZOLA	II-2
64	00006211	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	LIMA	LIMA	150121	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	III-1
65	00007637	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	LIMA	HUARAL	150601	HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	II-2



66	00007632	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	LIMA	LIMA	150125	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	II-2
67	00007638	HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS Dr. HIDALGO ATOCHE LOPEZ	LIMA	HUARAL	150605	HOSPITAL CHANCAY Y SERVICIOS BASICOS DE SALUD	II-2
68	00005617	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA	LIMA	150132	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	II-2
69	00005945	HOSPITAL VITARTE	LIMA	LIMA	150103	HOSPITAL VITARTE	II-1
70	00006210	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	LIMA	LIMA	150141	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	III-2
71	00005883	HOSPITAL DE HUAYCAN	LIMA	LIMA	150103	HOSPITAL DE HUAYCAN	II-1
72	00016918	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NIÑO SAN BORJA	LIMA	LIMA	150130	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA	III-2
73	00023159	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	LIMA	LIMA	150142	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	II-2
74	00028025	HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	LIMA	LIMA	150103	HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	II-E
75	00033381	HOSPITAL DE LIMA ESTE -VITARTE	LIMA	LIMA	150103	HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE	III-E
76	00000003	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"	LORETO	MAYNAS	160108	HOSPITAL REGIONAL LORETO	III-1
77	00000001	HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"	LORETO	MAYNAS	160101	HOSPITAL DE APOYO IQUITOS	II-2
78	00000210	HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	LORETO	ALTO AMAZONAS	160201	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2
79	00002698	HOSPITAL SANTA ROSA	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	170101	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO	II-1
80	00002818	HOSPITAL ILO	MOQUEGUA	ILO	180301	SALUD ILO	II-1
81	00007732	HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	180101	HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA	II-2
82	00000981	HOSP. "ROMAN EGOAVIL PANDO" VILLA RICA	PASCO	OXAPAMPA	190307	SALUD UTES OXAPAMPA	II-1
83	00000980	ERNESTO GERMAN GUZMÁN GONZALES	PASCO	OXAPAMPA	190301	SALUD UTES OXAPAMPA	II-1
84	00000979	HOSPITAL REGIONAL DR. DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA	PASCO	PASCO	190113	SALUD HOSPITAL DANIEL A. CARRION	II-1



85	00002084	HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2	PIURA	PIURA	200115	HOSPITAL DE APOYO I SANTA ROSA	II-2
86	00002021	HOSPITAL DE APOYO II - 1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES – PAITA	PIURA	PAITA	200501	HOSPITAL DE APOYO I NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA	II-1
87	00001910	HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA	PIURA	SULLANA	200601	HOSPITAL DE APOYO III SULLANA	II-2
88	00002161	E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS	PIURA	MORROPON	200401	HOSPITAL DE APOYO I CHULUCANAS	II-1
89	00003251	HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	PUNO	PUNO	210101	HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	II-2
90	00003156	SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)	PUNO	MELGAR	210801	SALUD MELGAR	II-1
91	00003299	CARLOS MONJE MEDRANO	PUNO	SAN ROMAN	211101	SALUD SAN ROMAN	II-2
92	00003128	ANTONIO BARRIONUEVO (LAMPA)	PUNO	LAMPA	210701	SALUD LAMPA	II-1
93	00002941	CARLOS CORNEJO ROSELLO	PUNO	AZANGARO	210201	SALUD AZANGARO	II-1
94	00031179	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	PUNO	CARABAYA	210301	SALUD MACUSANI	II-2
95	00006918	HOSPITAL TARAPOTO	SAN MARTIN	SAN MARTIN	220901	HOSPITAL II-2 TARAPOTO	II-2
96	00006502	HOSPITAL BELLAVISTA	SAN MARTIN	BELLAVISTA	220201	SALUD HUALLAGA CENTRAL	II-E
97	00006733	HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA - DR. SEGUNDO RODOLFO PÉREZ NIETO	SAN MARTIN	MOYOBAMBA	220101	SALUD ALTO MAYO	II-1
98	00006732	HOSPITAL DE RIOJA	SAN MARTIN	RIOJA	220801	SALUD ALTO MAYO	II-1
99	00002864	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	TACNA	TACNA	230101	REGION TACNA- HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	II-2
100	00017077	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	TUMBES	TUMBES	240101	HOSP.REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA-JAMO II TUMBES	II-2
101	00005576	HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	250101	HOSPITAL DE APOYO DE PUCALLPA	II-2

**ANEXO N° 02.**

Listado de UPS de Rehabilitación, según Listado de Unidad productora de servicios aprobado con RM N° 704-2006/MINSA.

R_id ups destino	ups_destino RENIPRESS
130000	MEDICINA DE REHABILITACIÓN / MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
130100	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-FONIATRÍA -
130200	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-LOGOTERAPIA-
130300	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA
130301	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA- REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA
130302	REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN POST RESECCIÓN QUIRÚRGICA / AMPUTACIÓN
130303	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA- REHABILITACIÓN OFTALMOLÓGICA
130304	REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN REUMATOLÓGICA Y TRAUMATOLÓGICA
223400	CONSULTA EXTERNA-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN-

Listado de NTS N° 021.MINSA/DGSP.V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del sector salud". Aprobado con RM. N° 546-2011-MINSA.

	UPS a considerar, según HIS.
302201	MEDICINA REHABILITACION
302202	REHABILITACION CARDIORRESPIRATORIA
302203	REHABILITACION DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR
302204	REHABILITACION DE TRASTORNOS SENSORIALES
302205	REHABILITACION EN AMPUTADOS / QUEMADOS Y TRASTORNOS POSTURALES
302206	REHABILITACION EN APRENDIZAJE
302207	REHABILITACION EN COMUNICACIÓN
302208	REHABILITACION EN DESARROLLO PSICOMOTOR
302209	REHABILITACION EN LESIONES CENTRALES
302210	REHABILITACION EN LESIONES MEDULARES
302211	REHABILITACION EN RETARDO MENTAL Y ADAPTACION SOCIAL
303309	REHABILITACION ORAL



Ficha N°21: Rendimiento cama en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones en hospitales.

Nombre	Rendimiento cama en Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA) en hospitales.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) que cuentan con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (de acuerdo al listado adjunto)
Definición	Rendimiento cama: Es la relación entre el número de egresos de una cama de la UHSMA y el número de camas hospitalarias disponibles, el indicador permite conocer el promedio de uso de una cama de hospitalización de salud mental. El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.
Justificación	Permite evaluar la producción de los recursos de la UHSMA, mediante el número de egresos hospitalarios por cama hospitalaria disponible en un periodo de tiempo, a fin de incorporar estrategias para mejorar la atención oportuna y efectiva de las personas usuarias en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización de su problema de salud mental y el funcionamiento de la UHSMA. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva.
Formula del indicador	$\frac{\text{N° de egresos hospitalarios en la UHSMA durante el año 2024}}{\text{N° de camas disponibles para la atención de salud mental en la UHSMA durante el año 2024}}$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Egresos hospitalarios en la UHSMA durante el año 2024</p> <p>Sintaxis:</p> <p>Número de egresos hospitalarios que contengan en las primeras y segundas afecciones los diagnósticos CIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F00 al F99 - T740 - X60 al X84 - Y04 al Y08 <p>Denominador: Camas disponibles para la atención de salud mental en la UHSMA durante el año 2024</p> <p>Sintaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total, de Camas hospitalarias del DIRECTORIO DE HOSPITALES GENERALES CON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (ANEXO 01)
Valor umbral	18 egresos por cama al año
Logro esperado	Igual o mayor a 20 egresos por cama al año
Frecuencia	Anual
Fuente de datos	<p>Fuente auditable:</p> <p>Numerador: Información de enero a diciembre del 2024</p> <p>Denominador: Matriz de Unidades de Hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales generales consolidada con la Dirección de Salud Mental – DGIESP</p>



PERÚ

Ministerio
de Salud

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)

**ANEXO 01: DIRECTORIO DE HOSPITALES GENERALES CON UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

N°	REGIÓN	PROVINCIA	HOSPITAL	COD. IPRESS	CATEGORIA	N° CAMAS
1	AMAZONAS	CHACHAPOYAS	HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA	4838	II-2	10
2	ANCASH	SANTA	HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	1703	II-2	10
3		HUARAZ	HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA	1543	II-2	4
4		SANTA	HOSPITAL LA CALETA	1652	II-2	10
5	APURIMAC	ANDAHUAYLAS	HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	4131	II-2	15
6		ABANCAY	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	7719	II-2	12
7		CHINCHEROS	HOSPITAL CHINCHEROS	4140	II-1	10
8	AREQUIPA	CAMANA	HOSPITAL DE CAMANA	1344	II-1	10
9		AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	1231	III-1	32
10		AREQUIPA	HOSPITAL GOYENECHÉ	1232	III-1	4
11	AYACUCHO	LA MAR	HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO	3754	II-1	10
12		HUAMANGA	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"	3543	II-2	10
13		LUCANAS	HOSPITAL DE APOYO PUQUIO "FELIPE HUAMÁN POMA DE AYALA"	3727	II-1	10
14		CANGALLO	HOSPITAL DE APOYO CANGALLO	3494	II-1	10
15	CAJAMARCA	CAJAMARCA	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	7686	II-2	6
16	CUSCO	CUSCO	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	2289	III-1	7
17		CUSCO	HOSPITAL ANTONIO LORENA	2305	III-1	10
18		LA CONVENCION	HOSPITAL QUILLABAMBA	2421	II-1	10
19	HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA	3853	II-2	5
20	HUÁNUCO	LEONCIO PRADO	HOSPITAL DE TINGO MARIA (HOSPITAL DE CONTINGENCIA)	932	II-1	10
21		HUANUCO	HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN	754	II-2	14



22	ICA	ICA	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	3358	II-2	12
23		CHINCHA	HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA	3414	II-1	10
24	JUNÍN	CHANCHAMAYO	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DR.JULIO CESAR DEMARINI CARO	308	II-2	8
25		JUNÍN	HOSPITAL DE APOYO JUNÍN	519	II-1	10
26		SATIPO	HOSPITAL DE APOYO MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI	432	II-1	10
27	LA LIBERTAD	TRUJILLO	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	5196	III-1	15
28	LIMA REGIÓN	HUARAL	HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "Dr. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ"	7638	II-2	4
29		HUARA	HOSPITAL GENERAL DE HUACHO	7639	II-2	8
30		CAÑETE	HOSPITAL REZOLA CAÑETE	5986	II-2	8
31		BARRANCA	HOSPITAL DE SUPE LAURA ESTHER RODRIGUEZ DULANTO	7636	II-1	10
32	LIMA SUR	LIMA	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	23159	II-2	4
33		LIMA	HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA	5987	III-1	27
34	LIMA CENTRO	LIMA	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	6207	III-1	24
35	LIMA ESTE	LIMA	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	5946	III-1	4
36	LIMA NORTE	LIMA	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	7632	II-2	3
37	LORETO	MAYNAS	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"	3	III-1	11
38	MADRE DE DIOS	TAMBOPATA	HOSPITAL SANTA ROSA	2698	II-1	4
39	MOQUEGUA	MARISCAL NIETO	HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA	7732	II-2	7
40	PASCO	HUAMANGA	HOSPITAL DR.DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA.	979	II-1	10
41		OXAPAMPA	HOSPITAL ERNESTO GERMAN GUZMÁN GONZALES	980	II-1	10
42	PIURA	PAITA	HOSPITAL DE APOYO II - 1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA	2021	II-1	10
43	PUNO	SAN ROMAN	HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO	3299	II-2	8



44	SAN MARTÍN	SAN MARTÍN	HOSPITAL TARAPOTO	6918	II-2	4
45		MOYOBAMBA	HOSPITAL MOYOBAMBA	6733	II-1	4
46		TOCACHE	HOSPITAL II-1 "DR. JOSE PEÑA PORTUGUEZ " - TOCACHE	6580	II-1	16
47	TACNA	TACNA	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA	2864	II-2	13
48	TUMBES	TUMBES	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA JAMO	17077	II-2	10
49	UCAYALI	CORONEL PORTILLO	HOSPITAL AMAZÓNICO-YARINACOCHA	5577	II-2	10



Ficha N°22: Consultas por hora, realizadas por médico en Centros de Salud Mental Comunitaria.

Nombre	Consultas por hora, realizadas por médico en Centros de Salud Mental Comunitaria.									
Tipo	Indicador de desempeño									
Ámbito de Evaluación	Centros de Salud Mental Comunitaria (ANEXO 01)									
Definición	El indicador determina el número de personas atendidas en consulta médica por un profesional médico en un (1) turno.									
Justificación	Permite evaluar la efectividad del desempeño del profesional médico durante un turno programado de 6 horas en un Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC), considerando la necesidad de gestionar eficientemente los recursos debido a la elevada demanda de atención de personas en situación de emergencia psiquiátrica que requieren hospitalización. Esta evaluación permitirá medir de manera precisa la eficiencia del profesional en estas circunstancias, garantizando una atención efectiva y oportuna a aquellos que necesitan intervenciones urgentes.									
Formula del indicador	<p>Formula: A/B</p> <p>A: Suma de Consultas Médicas realizadas por los profesionales médicos -----</p> <p>B: Cantidad de Médicos por turno</p>									
Construcción del indicador	<p><u>Numerador:</u></p> <p><u>Sintaxis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suma de consultas médicas (suma de id_cita) realizadas en los ambientes del CSMC, en un periodo de tiempo. - La consulta médica es la atención que realiza el médico a una persona que acude por consulta ambulatoria o teleconsulta. - Solo se considera los id_cita de profesionales médicos (id_colegio = 1) - No es consulta médica aquella brindada por otros profesionales. - En 25 turnos cada médico debe realizar un mínimo de 75 consultas médicas a personas nuevas. - Se considera personas nuevas a las personas que acuden por primera vez en el año al CSMC y se marca con "N" en el casillero de tipo de paciente. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>renaes</td> <td>fecha atención</td> <td>turno</td> <td>num_doc_Medico</td> <td>ConsultasMedicas</td> </tr> </table> <p><u>Denominador:</u></p> <p><u>Sintaxis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de Médicos por turno que realizan las Consultas médicas en los ambientes del CSMC, en un periodo de tiempo - Un (1) turno equivale a 6 horas en la mañana o en la tarde. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>renaes</td> <td>fecha_atencion</td> <td>turno</td> <td>num_doc_Medico</td> </tr> </table> <p><u>Consideraciones:</u> Para todo cálculo, solo se consideran a los CSMC, en el Directorio de CSMC (ANEXO 01)</p>	renaes	fecha atención	turno	num_doc_Medico	ConsultasMedicas	renaes	fecha_atencion	turno	num_doc_Medico
renaes	fecha atención	turno	num_doc_Medico	ConsultasMedicas						
renaes	fecha_atencion	turno	num_doc_Medico							
Valor umbral	No Aplica									
Logro esperado	8 consultas médicas por turno									



Cálculo de porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ----- (Logro alcanzado – Valor umbral)
Frecuencia de medición para evaluación	Monitoreo: Mensual. Evaluación: Anual.
Fuente de datos	Fuente auditable: HIS MINSA
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)



ANEXO 01: CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.

N	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DEL CSMC	RENIPRES
1	Amazonas	Bagua	Bagua	CSMC BAGUA	00027434
2	Amazonas	Chachapoyas	Chachapoyas	CSMC AYLLU SACHAPUYOS	00027354
3	Amazonas	Condorcanqui	Santa María de Nieva	CSMC EL BUEN VIVIR	00025389
4	Amazonas	Utcubamba	Bagua Grande	CSMC CreeSer	00027435
5	Amazonas	Rodríguez de Mendoza	San Nicolas	CSMC INTEGRAMENTE HUAYABAMBA	00029068
6	Amazonas	Luya	Lámud	CSMC SEÑOR DE GUALAMITA	00029271
7	Ancash	Santa	Nuevo Chimbote	CSMC NUEVO PUERTO	00027144
8	Ancash	Santa	Chimbote	CSMC DOS DE JUNIO	00027134
9	Ancash	Huari	Huari	CSMC HAMPICAMAYOC	00028540
10	Ancash	Huaraz	Huaraz	CSMC ALLY WARAQ	00028701
11	Ancash	Huaraz	Independencia	CSMC LLAPANTSIKPAQ	00030712
12	Ancash	Huaraz	Carhuaz	CSMC CARHUAZ	00030711
13	Ancash	Huaylas	Caraz	CSMC QORY QOYLLUR	00030894
14	Apurímac	Abancay	Abancay	CSMC QHALI KAY	00025996
15	Apurímac	Abancay	Curahuasi	CSMC ALLIN KAWSAY	00026572
16	Apurímac	Andahuaylas	Talavera	CSMC PRADERA DE LOS CELAJES	00025688
17	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	CSMC ESPECIALIZADO SAN JERONIMO	00030686
18	Apurímac	Cotabambas	Challhuahuacho	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MUSUQ ILLARY"	00029064
19	Apurímac	Chincheros	Chincheros	CSMC SUMAQ KAWSAY	00028679
20	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	CSMC UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA ARGUEDAS	00031614
21	Arequipa	Arequipa	José Luis Bustamante y Rivero	CSMC SIMON BOLIVAR	00023488
22	Arequipa	Caylloma	Majes	CSMC MAJES	00023969
23	Arequipa	Arequipa	Hunter	CSMC HUNTER	00031488
24	Arequipa	Arequipa	Paucarpata	CSMC AYELEN	00025066
25	Arequipa	Arequipa	Miraflores	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MIRAFLORES	00032056
26	Arequipa	Arequipa	Socabaya	CSMC SOCABAYA	00030346
27	Arequipa	Arequipa	Cayma	CSMC CAYMA	00027464
28	Arequipa	Arequipa	Cerro Colorado	CSMC SAN MARTIN DE PORRES	00027843
29	Arequipa	Islay	Cocachacra	CSMC COCACHACRA	00027465
30	Arequipa	Camaná	Camaná	CSMC CAMANÁ	00027272
31	Arequipa	Castilla	Aplao	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA REAL C.C.U.	00024409
32	Ayacucho	Huamanga	Carmen Alto	CSMC MUSUQ RIKCHAY	00027734
33	Ayacucho	La Mar	Ayna	CSMC UYARINA WASI-VRAEM	00026918
34	Ayacucho	Huanta	Huanta	CSMC BELLA ESMERALDA	00026014
35	Ayacucho	Huamanga	Jesús Nazareno	CSMC JESÚS NAZARENO KUSKA WIÑARISUN	00027731
36	Ayacucho	Cangallo	Los Morochucos	CSMC LOS MOROCHUCOS	00026012
37	Ayacucho	Lucanas	Puquio	CSMC RUKANAS	00027735
38	Ayacucho	Huamanga	San Juan Bautista	CSMC SAN JUAN BAUTISTA	00029394



39	Cajamarca	Cutervo	Cutervo	CSMC PLENITUD	00028745
40	Cajamarca	Jaén	Jaén	CSMC JAÉN	00025207
41	Cajamarca	Chota	Chota	CSMC RENACER	00026186
42	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	CSMC ESPERANZA DE VIDA	00027069
43	Cajamarca	Cajabamba	Cajabamba	CSMC COLOREANDO TU VIDA	00029190
44	Cajamarca	San Ignacio	San Ignacio	CSMC FLOR DE LOTO	00029151
45	Cajamarca	Cajamarca	Santa Cruz	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - "FE Y ESPERANZA "	00032624
46	Cusco	Cusco	San Sebastián	MENTAL SAN SEBASTIAN	00026181
47	Cusco	Calca	Calca	MENTAL COMUNITARIO VIRGEN ASUNTA DE CALCA	00026273
48	Cusco	La convención	Santa Ana	MENTAL QUILLABAMBA	00026386
49	Cusco	Canchis	Sicuaní	MENTAL COMUNITARIO SICUANI	00026387
50	Cusco	Anta	Anta	MENTAL COMUNITARIO ANTA	00027790
51	Cusco	Cusco	Santiago	MENTAL SANTIAGO	00026182
52	Cusco	Quispicanchi	Huaro	MENTAL COMUNITARIO HUARO	00030708
53	Cusco	Yauri	Espinar	MENTAL COMUNITARIO ESPINAR "MUSUQ KAWSAY"	00030366
54	Cusco	Urubamba	Urubamba	MENTAL COMUNITARIO URUBAMBA	00030666
55	Huancavelica	Acobamba	Acobamba	CSMC ACOBAMBA	00022075
56	Huancavelica	Tayacaja	Pampas	CSMC TAYACAJA	00026004
57	Huancavelica	Angaraes	Lircay	CSMC ANGARAES	00028484
58	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	CSMC HUANCAMELICA	00028483
59	Huancavelica	Churcampa	Churcampa	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO QANWAN KACHKANIKU	00028492
60	Huánuco	Huánuco	Amarilis	CSMC PAKKARIN	00027051
61	Huánuco	Huánuco	Huánuco	CSMC ESPERANZA	00028613
62	Huánuco	Leoncío Prado	Tingo María	CSMC BELLA DURMIENTE	00028842
63	Huánuco	Pachitea	Panao	CSMC KUSHISHA PANATAHUA	00028614
64	Huánuco	Ambo	Ambo	CSMC GROVER MORI ROMERO	00031094
65	Huánuco	Puerto Inca	Puerto Inca	CSMC LA PERLA DEL PACHITEA	00032280
66	Ica	Pisco	Tupac Amará	CSMC TUPAC AMARÚ	00025933
67	Ica	Ica	Parcona	CSMC VITALIZA	00025977
68	Ica	Nasca	Vista Alegre	CSMC DECIDETE A SER FELIZ	00027197
69	Ica	Chincha	Sunampe	CSMC NUEVO HORIZONTE	00027199
70	Ica	Palpa	Palpa	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MENTE SANA" PALPA	00030478
71	Ica	Ica	San Guadalupe	CSMC COLOR ESPERANZA	00028653
72	Junín	Satipo	Satipo	CSMC SATIPO	00027078
73	Junín	Tarma	Tarma	CSMC TARMA	00027079
74	Junín	Chanchamayo	Pichanaki	CSMC PICHANAKI	00027080
75	Junín	Huancayo	El Tambo	CSMC VALLE DEL MANTARO	00027736
76	Junín	Huancayo	Chilca	CSMC CHILCA	00028947
77	Junín	Chanchamayo	San Ramón	CSMC SAN RAMÓN	00028870



78	Junín	Jauja	Yauyos	CSMC YAUYOS	00028949
79	Junín	Huancayo	Chupaca	CSMC AHUAC	00030802
80	Junín	Concepción	Concepción	CSMC CONCEPCIÓN	00030167
81	Junín	Junín	Carhuamayo	CSMC CARHUAMAYO	00030166
82	Junín	Yauli	La Oroya	CSMC LA OROYA	00030165
83	La Libertad	Trujillo	El Porvenir	CSMC EL PORVENIR	00021226
84	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CSMC VIRU	00021225
85	La Libertad	Chepén	Pueblo Nuevo	CSMC ABRAZA LA VIDA	00030155
86	La Libertad	Trujillo	El Porvenir	CSMC SAN CRISPIN	00021224
87	La Libertad	Trujillo	Florencia de Mora	CSMC FLORENCIA DE MORA	00021227
88	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA TRUJILLO DRA. FRIDA ALAYZA COSSÍO	00021228
89	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOCHE "MAEICH MUCHIK"	00026345
90	La Libertad	Sánchez Carrión	Huamachuco	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SEMBRANDO ESPERANZA DE HUAMACHUCO	00026446
91	La Libertad	Ascope	Casagrande	CSMC VALLE DE ESPERANZA	00031283
92	La Libertad	Trujillo	La Esperanza	CSMC LA ESPERANZA	00026352
93	La Libertad	Otuzco	Otuzco	Centro de Salud Mental Comunitario "RENACER" - OTUZCO	00026346
94	La Libertad	Trujillo	Víctor Larco Herrera	CSMC ABRAZOS SIN LIMITES	9999108
95	La Libertad	Pacasmayo	San Pedro de Lloc	CSMC CONECTANDO VIDAS	9999125
96	La Libertad	Viru	Chao	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO FORTALEZA DEL SOL CHAO	00031087
97	Lambayeque	Chiclayo	Reque	CSMC FRANCO BASAGLIA REQUE	00027737
98	Lambayeque	Chiclayo	Pátapo	CSMC JUAN PARDO Y MIGUEL- PÁTAPO	00031501
99	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA - "CHICLAYO"	00024497
100	Lambayeque	Lambayeque	Illimo	CSMC TUMI DE ORO	00029235
101	Loreto	Alto Amazonas	Yurimaguas	CSMC ALTO YURIMAGUAS	00027540
102	Loreto	Maynas	San Juan Bautista	CSMC UKA YAKI TSAWA	00026052
103	Loreto	DATEM DEL MARAÑÓN	Barranca	CSMC INTERCULTURAL DATEM DEL MARAÑÓN	00027082
104	Loreto	Maynas	Belén	CSMC CARDOZO	00026050
105	Loreto	Maynas	Iquitos	CSMC PUNCHANA	00027572
106	Loreto	Maynas	Iquitos	CSMC IQUITOS	00027598
107	Loreto	Ucayali	Contamana	CSMC CONTAMANA	00031810
108	Loreto	Loreto	Nauta	CSMC NAUTA	00030800
109	Madre de Dios	Tambopata	Inambari	CSMC MAZUKO	00028682
110	Madre de Dios	Tambopata	Tambopata	CSMC PUERTO MALDONADO	00026671
111	Moquegua	Mariscal Nieto	Moquegua	CSMC MOQUEGUA	00021101
112	Moquegua	General Sánchez Cerro	Omate	CSMC OMATE	00028350



113	Moquegua	Mriscal Nieto	San Antonio	CSMC MARIANO LINO URQUIETA	00029503
114	Moquegua	Ilo	Ilo	CSMC ILO	00023034
115	Pasco	Oxapampa	Oxapampa	CSMC OXAPAMPA	00026304
116	Pasco	Pasco	Yanacancha	CSMC (PASCO)	00026900
117	Pasco	DANIEL ALCIDES CARRION	YANAHUANCA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DANIEL A. CARRION	00031428
118	Piura	Morropón	Chulucanas	CSMC CHULUCANAS	00028439
119	Piura	Piura	Piura	CSMC PIURA	00028409
120	Piura	Sechura	Sechura	CSMC SECHURA	00026929
121	Piura	Piura	Catacaos	CSMC Catacaos	00026927
122	Piura	Piura	Veintiséis de Octubre	CSMC VEINTISEIS DE OCTUBRE	00032588
123	Piura	Sechura	Vice	CSMC VICE	00031075
124	Piura	Piura	36 de octubre	CSMC LAS DALIAS	00030872
125	Piura	Sullana	Bellavista	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MADRE DEL PERPETUO SOCORRO"	00025214
126	Piura	Sullana	Sullana	CSMC JESÚS REDENTOR	00024988
127	Piura	Paita	Paita	CSMC SAN ALFONSO	00025892
128	Piura	Piura	Tambogrande	CSMC SAN GERARDO	00027663
129	Piura	Talara	Pariñas	CSMC SAN CLEMENTE	00028678
130	Piura	Sullana	Querecotillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "SEÑOR DE CHOCAN"	00031452
131	Piura	Ayabaca	Paimas	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "EL BUEN SAMARITANO"	00031459
132	Puno	San Román	Juliaca	CSMC SAN ROMAN - JULIACA	00027818
133	Puno	Melgar	Ayaviri	CSMC ALLIN KAWSAY DE AYAVIRI	00025975
134	Puno	San Román	Juliaca	CSMC SAN ISIDRO LABRADOR	00030223
135	Puno	San Román	Juliaca	CSMC DIVINO NIÑO DE JESÚS	00029841
136	Puno	San Román	San Miguel	CSMC SAN MIGUEL ARCANGEL	00029844
137	Puno	Puno	Puno	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "ALFREDO MENDIGURI PINEDA" DE PUNO	00029833
138	Puno	Puno	Acora	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "BUEN AMANECER" - ACORA	00029835
139	Puno	Azángaro	Azángaro	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO KUSIPURICUY AZANGARO	00029832
140	Puno	Chucuito	Pomata	CSMC VIRGEN DEL ROSARIO-POMATA	00029837
141	Puno	Huancané	Huancané	CSMC KHANTATI URURI	00029836
142	San Martín	Tocache	Tocache	CENTRO DE SALUD MENTAL TOCACHE	00028695
143	San Martín	San Martín	Tarapoto	CSMC LA BANDA DE SHILCAYO	00026698
144	San Martín	Moyobamba	Moyobamba	CSMC MOYOBAMBA	31275



145	San Martín	Bellavista	Bellavista	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO BELLAVISTA	31456
146	San Martín	Rioja	Nueva Cajamarca	CSMC NUEVA CAJAMARCA	32503
147	Tacna	Tacna	Gregorio Albarracín Lanchipa	CSMC VILLA TACNA	00025831
148	Tacna	Tacna	Pocollay	CSMC VALLE POCOLLAY	00027064
149	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC VILLA DEL NORTE	00032635
150	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC LA HEROICA	00027954
151	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC UNIVERSITARIO JORGE BASADRE	31651
152	Tumbes	Tumbes	Tumbes	CSMC Virgen del Cisne	00028923
153	Tumbes	Tumbes	Corrales	Centro de Salud Mental Comunitario El Gran Chilimasa - Corrales	00032461
154	Tumbes	Zarumilla	Zarumilla	Centro de Salud Mental Comunitario "LIC. ENF. SILVIA VIOLETA CONDE SOSA"	00026856
155	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CSMC NUEVO AMANECER	00029247
156	Ucayali	Coronel Portillo	Manantay	CSMC PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA	00027062
157	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CSMC BENA MANATI	00028683
158	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO MAYUSHIN	30785
159	Callao	Callao	Ventanilla	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VENTANILLA NORTE	32158
160	Callao	Callao	La Perla	CSMC LA PERLA	26983
161	Callao	Callao	Callao	CSMC SARITA COLONIA	20823
162	Callao	Callao	Carmen de la Legua	CSMC CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	29132
163	Callao	Callao	Mi Perú	CSMC MI PERÚ	29381
164	Callao	Callao	Bellavista	CSMC UNIVERSITARIO CALLAO	31271
165	Lima Región	Cañete	Mala	CSMC VALLE DE LA ESPERANZA	00027162
166	Lima Región	Barranca	Barranca	CSMC BARRANCA	00027325
167	Lima Región	Huaral	Chancay	CSMC PUERTO CHANCAY	00029482
168	Lima Región	Huaral	Aucallama	CSMC AUCALLAMA	00029481
169	Lima Región	Huaura	Huacho	CSMC AYSANA	00030070
170	Lima Región	Cañete	Imperial	CSMC EL SOL	00029483
171	Lima Región	Huaura	Santa María	CSMC ILLARI	32290
172	Lima Región	Huarocharí	Huarocharí	CSMC SAN ANTONIO	00030339
173	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa María del Triunfo	CSMC SAN GABRIEL ALTO	00006155
174	DIRIS Lima Sur	Lima	San Juan de Miraflores	CSMC 12 DE NOVIEMBRE	00024847
175	DIRIS Lima Sur	Lima	Barranco	CSMC BARRANCO	00027615
176	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa María del Triunfo	CSMC MONSEÑOR JOSÉ RAMÓN GURRUCHAGA	00027621
177	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC SAN SEBASTIAN	00026221
178	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC NANCY REYES BAHAMONDE	00024374
179	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC VILLA EL SALVADOR	00026282



180	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC EL SOL DE VILLA	00027622
181	DIRIS Lima Sur	Lima	Pachacamac	CSMC SANTA ROSA DE MANCHAY	00025772
182	DIRIS Lima Sur	Lima	Pachacamac	CSMC MEDALLA MILAGROSA	00025771
183	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC CRL SAN WILELMO PEDRO ZORILLA HUAMÁN	00029266
184	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC VIRGEN DE LA MERCED	00029636
185	DIRIS Lima Sur	Lima	Punta Hermoza	CSMC BALNEARIOS DEL SUR	00031200
186	DIRIS Lima Este	Lima	El Agustino	CSMC DAVID TEJADA DE RIVERO	00026996
187	DIRIS Lima Este	Lima	Santa Anita	CSMC SANTA ANITA	00026999
188	DIRIS Lima Este	Lima	La Molina	CSMC LA MOLINA	00027426
189	DIRIS Lima Este	Lima	Ate	CSMC SANTA ROSA DE HUAYCÁN	00027068
190	DIRIS Lima Este	Lima	El Agustino	CSMC EL AGUSTINO	00027290
191	DIRIS Lima Este	Lima	Cieneguilla	CSMC CIENEGUILLA	00029044
192	DIRIS Lima Este	Lima	Ate	CSMC SANTISIMA VIRGEN DE LA CRUZ	00029166
193	DIRIS Lima Centro	Lima	Pueblo Libre	CSMC HONORIO DELGADO	00027703
194	DIRIS Lima Centro	Lima	La Victoria	CSMC LA VICTORIA	00027711
195	DIRIS Lima Centro	Lima	San Juan de Lurigancho	CSMC JAVIER MARIATEGUI CHIAPE	00027726
196	DIRIS Lima Centro	Lima	San Juan de Lurigancho	CSMC NUEVO PERÚ	00027728
197	DIRIS Lima Centro	Lima	Cercado de Lima	CSMC UNIVERSITARIO SAN MARCOS	00028401
198	DIRIS Lima Centro	Lima	Cercado de Lima	CSMC KUYANAKUSUN	00031374
199	DIRIS Lima Norte	Lima	Carabayllo	CSMC CARABAYLLO	00021104
200	DIRIS Lima Norte	Lima	Puente Piedra	CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA	00025226
201	DIRIS Lima Norte	Lima	Carabayllo	CSMC ASIRI	00027244
202	DIRIS Lima Norte	Lima	Comas	CSMC WIÑAY	00027246
203	DIRIS Lima Norte	Lima	Ancón	CSMC RIJCHARIY (Despierta)	00027057
204	DIRIS Lima Norte	Lima	San Martín de Porres	CSMC JOSEPH GERARD RUYS	00026017
205	DIRIS Lima Norte	Lima	Los Olivos	CSMC ILLARIMUN	00027247
206	DIRIS Lima Norte	Lima	Rímac	CSMC SAMAY	00029478
207	DIRIS Lima Norte	Lima	Puente Piedra	CSMC QISPIKAY	00029480



Ficha N°23: Personas con diagnóstico de Depresión que recibieron paquete mínimo de intervenciones terapéuticas en Centro de Salud Mental Comunitaria.

Nombre	Porcentaje de personas con diagnóstico de Depresión que recibieron paquete mínimo de intervenciones terapéuticas en Centro de Salud Mental Comunitaria.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Evaluación	Centros de Salud Mental Comunitaria (ANEXO 01)
Definición	El indicador determina el porcentaje de pacientes con diagnósticos de depresión que recibieron paquete mínimo de intervenciones terapéuticas brindadas por el equipo de profesionales del Centro de Salud Mental Comunitaria. Paquete mínimo de intervenciones: Son las intervenciones mínimas para satisfacer las necesidades terapéuticas de los pacientes por diagnóstico CIE 10 de Depresión, realizadas por el equipo de profesionales del Centro de Salud Mental Comunitaria.
Justificación	Permite medir el uso eficaz de recursos humanos del Centro de Salud Mental
Formula del indicador	Formula: $A/B \times 100$ A = Sumatoria de pacientes (DNI) del denominador con diagnóstico CIE 10 Depresión que recibieron el paquete mínimo de intervenciones terapéuticas _____ X 100 B = Sumatoria de pacientes (DNI) con diagnóstico CIE 10 Depresión
Construcción del indicador	Numerador Sintaxis: Sumatoria de personas (DNI) con tipo de Depresión: DX1= (F31, F32, F33, F34 y F38 se excluye F31.5 Y F31.2) Y DX= (99215 o 99214.06) que cuenten con 3 atenciones mínimas o (99207.04) que cuente con 1 atención mínima o (90806 o 90834 o 90860) que cuente con 6 atenciones mínimas Denominador Sintaxis: - Sumatoria de personas (DNI) con tipo de DX= "D" + DX CIE 10: Depresión: F31 ó F32 ó F33 ó F34 ó F38
Valor umbral	30%
Logro esperado	50%
Cálculo de porcentaje de cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ----- (Logro alcanzado – Valor umbral)



Frecuencia de medición para evaluación	Evaluación: Anual.
Fuente de datos	Fuente auditable: HIS MINSA
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)
Notas	<ul style="list-style-type: none">- La entrega del paquete "mínimo" de intervenciones por cada diagnóstico será de 08 meses.- Se considera a las personas que cuentan con DNI.- Para el numerador se considerará a las personas nuevas cuyo diagnóstico de depresión fueron definidas 08 meses antes del mes de enero 2024.

**ANEXO 01: CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA.**

N	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE DEL CSMC	RENIPRES
1	Amazonas	Bagua	Bagua	CSMC BAGUA	00027434
2	Amazonas	Chachapoyas	Chachapoyas	CSMC AYLLU SACHAPUYOS	00027354
3	Amazonas	Condorcanqui	Santa María de Nieva	CSMC EL BUEN VIVIR	00025389
4	Amazonas	Utcubamba	Bagua Grande	CSMC CreeSer	00027435
5	Amazonas	Rodríguez de Mendoza	San Nicolás	CSMC INTEGRAMENTE HUAYABAMBA	00029068
6	Amazonas	Luya	Lámud	CSMC SEÑOR DE GUALAMITA	00029271
7	Ancash	Santa	Nuevo Chimbote	CSMC NUEVO PUERTO	00027144
8	Ancash	Santa	Chimbote	CSMC DOS DE JUNIO	00027134
9	Ancash	Huari	Huari	CSMC HAMPICAMAYOC	00028540
10	Ancash	Huaraz	Huaraz	CSMC ALLY WARAQ	00028701
11	Ancash	Huaraz	Independencia	CSMC LLAPANTSIPAK	00030712
12	Ancash	Huaraz	Carhuaz	CSMC CARHUAZ	00030711
13	Ancash	Huaylas	Caraz	CSMC QORY QOYLLUR	00030894
14	Apurímac	Abancay	Abancay	CSMC QHALI KAY	00025996
15	Apurímac	Abancay	Curahuasi	CSMC ALLIN KAWSAY	00026572
16	Apurímac	Andahuaylas	Talavera	CSMC PRADERA DE LOS CELAJES	00025688
17	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	CSMC ESPECIALIZADO SAN JERONIMO	00030686
18	Apurímac	Cotabambas	Challhuahuacho	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MUSUQ ILLARY"	00029064
19	Apurímac	Chincheros	Chincheros	CSMC SUMAQ KAWSAY	00028679
20	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	CSMC UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA ARGUEDAS	00031614
21	Arequipa	Arequipa	José Luis Bustamante y Rivero	CSMC SIMON BOLIVAR	00023488
22	Arequipa	Caylloma	Majes	CSMC MAJES	00023969
23	Arequipa	Arequipa	Hunter	CSMC HUNTER	00031488
24	Arequipa	Arequipa	Paucarpata	CSMC AYELEN	00025066
25	Arequipa	Arequipa	Miraflores	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MIRAFLORES	00032056
26	Arequipa	Arequipa	Socabaya	CSMC SOCABAYA	00030346
27	Arequipa	Arequipa	Cayma	CSMC CAYMA	00027464
28	Arequipa	Arequipa	Cerro Colorado	CSMC SAN MARTIN DE PORRES	00027843
29	Arequipa	Islay	Cocachacra	CSMC COCACHACRA	00027465
30	Arequipa	Camaná	Camaná	CSMC CAMANÁ	00027272



31	Arequipa	Castilla	Aplao	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA REAL C.C.U.	00024409
32	Ayacucho	Huamanga	Carmen Alto	CSMC MUSUQ RIKCHAY	00027734
33	Ayacucho	La Mar	Ayna	CSMC UYARINA WASI-VRAEM	00026918
34	Ayacucho	Huanta	Huanta	CSMC BELLA ESMERALDA	00026014
35	Ayacucho	Huamanga	Jesús Nazareno	CSMC JESÚS NAZARENO KUSKA WIÑARISUN	00027731
36	Ayacucho	Cangallo	Los Morochucos	CSMC LOS MOROCHUCOS	00026012
37	Ayacucho	Lucanas	Puquio	CSMC RUKANAS	00027735
38	Ayacucho	Huamanga	San Juan Bautista	CSMC SAN JUAN BAUTISTA	00029394
39	Cajamarca	Cutervo	Cutervo	CSMC PLENITUD	00028745
40	Cajamarca	Jaén	Jaén	CSMC JAÉN	00025207
41	Cajamarca	Chota	Chota	CSMC RENACER	00026186
42	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	CSMC ESPERANZA DE VIDA	00027069
43	Cajamarca	Cajabamba	Cajabamba	CSMC COLOREANDO TU VIDA	00029190
44	Cajamarca	San Ignacio	San Ignacio	CSMC FLOR DE LOTO	00029151
45	Cajamarca	Cajamarca	Santa Cruz	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - "FE Y ESPERANZA "	00032624
46	Cusco	Cusco	San Sebastián	MENTAL SAN SEBASTIAN	00026181
47	Cusco	Calca	Calca	MENTAL COMUNITARIO VIRGEN ASUNTA DE CALCA	00026273
48	Cusco	La convención	Santa Ana	MENTAL QUILLABAMBA	00026386
49	Cusco	Canchis	Sicuani	MENTAL COMUNITARIO SICUANI	00026387
50	Cusco	Anta	Anta	MENTAL COMUNITARIO ANTA	00027790
51	Cusco	Cusco	Santiago	MENTAL SANTIAGO	00026182
52	Cusco	Quispicanchi	Huaro	MENTAL COMUNITARIO HUARO	00030708
53	Cusco	Yauri	Espinar	MENTAL COMUNITARIO ESPINAR "MUSUQ KAWSAY"	00030366
54	Cusco	Urubamba	Urubamba	MENTAL COMUNITARIO URUBAMBA	00030666
55	Huancavelica	Acobamba	Acobamba	CSMC ACOBAMBA	00022075
56	Huancavelica	Tayacaja	Pampas	CSMC TAYACAJA	00026004
57	Huancavelica	Angaraes	Lircay	CSMC ANGARAES	00028484
58	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	CSMC HUANCVELICA	00028483
59	Huancavelica	Churcampa	Churcampa	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO QANWAN KACHKANIKU	00028492
60	Huánuco	Huánuco	Amarilis	CSMC PAKKARIN	00027051
61	Huánuco	Huánuco	Huánuco	CSMC ESPERANZA	00028613
62	Huánuco	Leoncio Prado	Tingo María	CSMC BELLA DURMIENTE	00028842



63	Huánuco	Pachitea	Panao	CSMC KUSHISHA PANATAHUA	00028614
64	Huánuco	Ambo	Ambo	CSMC GROVER MORI ROMERO	00031094
65	Huánuco	Puerto Inca	Puerto Inca	CSMC LA PERLA DEL PACHITEA	00032280
66	Ica	Pisco	Tupac Amarú	CSMC TUPAC AMARÚ	00025933
67	Ica	Ica	Parcona	CSMC VITALIZA	00025977
68	Ica	Nasca	Vista Alegre	CSMC DECIDETE A SER FELIZ	00027197
69	Ica	Chincha	Sunampe	CSMC NUEVO HORIZONTE	00027199
70	Ica	Palpa	Palpa	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MENTE SANA" PALPA	00030478
71	Ica	Ica	San Guadalupe	CSMC COLOR ESPERANZA	00028653
72	Junín	Satipo	Satipo	CSMC SATIPO	00027078
73	Junín	Tarma	Tarma	CSMC TARMA	00027079
74	Junín	Chanchamayo	Pichanaki	CSMC PICHANAKI	00027080
75	Junín	Huancayo	El Tambo	CSMC VALLE DEL MANTARO	00027736
76	Junín	Huancayo	Chilca	CSMC CHILCA	00028947
77	Junín	Chanchamayo	San Ramón	CSMC SAN RAMÓN	00028870
78	Junín	Jauja	Yauyos	CSMC YAUYOS	00028949
79	Junín	Huancayo	Chupaca	CSMC AHUAC	00030802
80	Junín	Concepción	Concepción	CSMC CONCEPCIÓN	00030167
81	Junín	Junín	Carhuamayo	CSMC CARHUAMAYO	00030166
82	Junín	Yauli	La Oroya	CSMC LA OROYA	00030165
83	La Libertad	Trujillo	El Porvenir	CSMC EL PORVENIR	00021226
84	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CSMC VIRU	00021225
85	La Libertad	Chepén	Pueblo Nuevo	CSMC ABRAZA LA VIDA	00030155
86	La Libertad	Trujillo	El Porvenir	CSMC SAN CRISPIN	00021224
87	La Libertad	Trujillo	Florencia de Mora	CSMC FLORENCIA DE MORA	00021227
88	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA TRUJILLO DRA. FRIDA ALAYZA COSSÍO	00021228
89	La Libertad	Trujillo	Trujillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOCHE "MAEICH MUCHIK"	00026345
90	La Libertad	Sánchez Carrión	Huamachuco	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SEMBRANDO ESPERANZA DE HUAMACHUCO	00026446
91	La Libertad	Ascope	Casagrande	CSMC VALLE DE ESPERANZA	00031283
92	La Libertad	Trujillo	La Esperanza	CSMC LA ESPERANZA	00026352
93	La Libertad	Otuzco	Otuzco	Centro de Salud Mental Comunitario "RENACER" - OTUZCO	00026346



94	La Libertad	Trujillo	Victor Larco Herrera	CSMC ABRAZOS SIN LIMITES	9999108
95	La Libertad	Pacasmayo	San Pedro de Lloc	CSMC CONECTANDO VIDAS	9999125
96	La Libertad	Viru	Chao	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO FORTALEZA DEL SOL CHAO	00031087
97	Lambayeque	Chiclayo	Reque	CSMC FRANCO BASAGLIA REQUE	00027737
98	Lambayeque	Chiclayo	Pátapo	CSMC JUAN PARDO Y MIGUEL-PÁTAPO	00031501
99	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	CENTRO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA - "CHICLAYO"	00024497
100	Lambayeque	Lambayeque	Illimo	CSMC TUMI DE ORO	00029235
101	Loreto	Alto Amazonas	Yurimaguas	CSMC ALTO YURIMAGUAS	00027540
102	Loreto	Maynas	San Juan Bautista	CSMC UKA YAKI TSAWA	00026052
103	Loreto	DATEM DEL MARAÑON	Barranca	CSMC INTERCULTURAL DATEM DEL MARAÑON	00027082
104	Loreto	Maynas	Belén	CSMC CARDOZO	00026050
105	Loreto	Maynas	Iquitos	CSMC PUNCHANA	00027572
106	Loreto	Maynas	Iquitos	CSMC IQUITOS	00027598
107	Loreto	Ucayali	Contamana	CSMC CONTAMANA	00031810
108	Loreto	Loreto	Nauta	CSMC NAUTA	00030800
109	Madre de Dios	Tambopata	Inambari	CSMC MAZUKO	00028682
110	Madre de Dios	Tambopata	Tambopata	CSMC PUERTO MALDONADO	00026671
111	Moquegua	Mariscal Nieto	Moquegua	CSMC MOQUEGUA	00021101
112	Moquegua	General Sánchez Cerro	Omate	CSMC OMATE	00028350
113	Moquegua	Mriscal Nieto	San Antonio	CSMC MARIANO LINO URQUIETA	00029503
114	Moquegua	Ilo	Ilo	CSMC ILO	00023034
115	Pasco	Oxapampa	Oxapampa	CSMC OXAPAMPA	00026304
116	Pasco	Pasco	Yanacancha	CSMC (PASCO)	00026900
117	Pasco	DANIEL ALCIDES CARRION	YANAHUANCA	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DANIEL A. CARRION	00031428
118	Piura	Morropón	Chulucanas	CSMC CHULUCANAS	00028439
119	Piura	Piura	Piura	CSMC PIURA	00028409
120	Piura	Sechura	Sechura	CSMC SECHURA	00026929
121	Piura	Piura	Catacaos	CSMC Catacaos	00026927
122	Piura	Piura	Veintiséis de Octubre	CSMC VEINTISEIS DE OCTUBRE	00032588
123	Piura	Sechura	Vice	CSMC VICE	00031075
124	Piura	Piura	36 de octubre	CSMC LAS DALIAS	00030872



125	Piura	Sullana	Bellavista	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "MADRE DEL PERPETUO SOCORRO"	00025214
126	Piura	Sullana	Sullana	CSMC JESÚS REDENTOR	00024988
127	Piura	Paita	Paita	CSMC SAN ALFONSO	00025892
128	Piura	Piura	Tambogrande	CSMC SAN GERARDO	00027663
129	Piura	Talara	Pariñas	CSMC SAN CLEMENTE	00028678
130	Piura	Sullana	Querecotillo	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "SEÑOR DE CHOCAN"	00031452
131	Piura	Ayabaca	Paimas	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "EL BUEN SAMARITANO"	00031459
132	Puno	San Román	Juliaca	CSMC SAN ROMAN - JULIACA	00027818
133	Puno	Melgar	Ayaviri	CSMC ALLIN KAWSAY DE AYAVIRI	00025975
134	Puno	San Román	Juliaca	CSMC SAN ISIDRO LABRADOR	00030223
135	Puno	San Román	Juliaca	CSMC DIVINO NIÑO DE JESÚS	00029841
136	Puno	San Román	San Miguel	CSMC SAN MIGUEL ARCANGEL	00029844
137	Puno	Puno	Puno	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "ALFREDO MENDIGURI PINEDA" DE PUNO	00029833
138	Puno	Puno	Acora	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "BUEN AMANECER" - ACORA	00029835
139	Puno	Azángaro	Azángaro	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO KUSIPURICUY AZANGARO	00029832
140	Puno	Chucuito	Pomata	CSMC VIRGEN DEL ROSARIO-POMATA	00029837
141	Puno	Huancané	Huancané	CSMC KHANTATI URURI	00029836
142	San Martín	Tocache	Tocache	CENTRO DE SALUD MENTAL TOCACHE	00028695
143	San Martín	San Martín	Tarapoto	CSMC LA BANDA DE SHILCAYO	00026698
144	San Martín	Moyobamba	Moyobamba	CSMC MOYOBAMBA	31275
145	San Martín	Bellavista	Bellavista	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO BELLAVISTA	31456
146	San Martín	Rioja	Nueva Cajamarca	CSMC NUEVA CAJAMARCA	32503
147	Tacna	Tacna	Gregorio Albarracín Lanchipa	CSMC VILLA TACNA	00025831
148	Tacna	Tacna	Pocollay	CSMC VALLE POCOLLAY	00027064
149	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC VILLA DEL NORTE	00032635
150	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC LA HEROICA	00027954
151	Tacna	Tacna	Tacna	CSMC UNIVERSITARIO JORGE BASADRE	31651
152	Tumbes	Tumbes	Tumbes	CSMC Virgen del Cisne	00028923
153	Tumbes	Tumbes	Corrales	Centro de Salud Mental Comunitario El Gran Chilimasa - Corrales	00032461



154	Tumbes	Zarumilla	Zarumilla	Centro de Salud Mental Comunitario "LIC. ENF. SILVIA VIOLETA CONDE SOSA"	00026856
155	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CSMC NUEVO AMANECER	00029247
156	Ucayali	Coronel Portillo	Manantay	CSMC PRÓCERES DE LA INDEPENDENCIA	00027062
157	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CSMC BENA MANATI	00028683
158	Ucayali	Coronel Portillo	Calleria	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO MAYUSHIN	30785
159	Callao	Callao	Ventanilla	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VENTANILLA NORTE	32158
160	Callao	Callao	La Perla	CSMC LA PERLA	26983
161	Callao	Callao	Callao	CSMC SARITA COLONIA	20823
162	Callao	Callao	Carmen de la Legua	CSMC CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO	29132
163	Callao	Callao	Mi Perú	CSMC MI PERÚ	29381
164	Callao	Callao	Bellavista	CSMC UNIVERSITARIO CALLAO	31271
165	Lima Región	Cañete	Mala	CSMC VALLE DE LA ESPERANZA	00027162
166	Lima Región	Barranca	Barranca	CSMC BARRANCA	00027325
167	Lima Región	Huaral	Chancay	CSMC PUERTO CHANCAY	00029482
168	Lima Región	Huaral	Aucallama	CSMC AUCALLAMA	00029481
169	Lima Región	Huaura	Huacho	CSMC AYSANA	00030070
170	Lima Región	Cañete	Imperial	CSMC EL SOL	00029483
171	Lima Región	Huaura	Santa María	CSMC ILLARI	32290
172	Lima Región	Huachirí	Huachirí	CSMC SAN ANTONIO	00030339
173	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa María del Triunfo	CSMC SAN GABRIEL ALTO	00006155
174	DIRIS Lima Sur	Lima	San Juan de Miraflores	CSMC 12 DE NOVIEMBRE	00024847
175	DIRIS Lima Sur	Lima	Barranco	CSMC BARRANCO	00027615
176	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa María del Triunfo	CSMC MONSEÑOR JOSÉ RAMÓN GURRUCHAGA	00027621
177	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC SAN SEBASTIAN	00026221
178	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC NANCY REYES BAHAMONDE	00024374
179	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC VILLA EL SALVADOR	00026282
180	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC EL SOL DE VILLA	00027622
181	DIRIS Lima Sur	Lima	Pachacamac	CSMC SANTA ROSA DE MANCHAY	00025772
182	DIRIS Lima Sur	Lima	Pachacamac	CSMC MEDALLA MILAGROSA	00025771
183	DIRIS Lima Sur	Lima	Chorrillos	CSMC CRL SAN WILELMO PEDRO ZORILLA HUAMÁN	00029266
184	DIRIS Lima Sur	Lima	Villa El Salvador	CSMC VIRGEN DE LA MERCED	00029636
185	DIRIS Lima Sur	Lima	Punta Hermoza	CSMC BALNEARIOS DEL SUR	00031200



186	DIRIS Lima Este	Lima	El Agustino	CSMC DAVID TEJADA DE RIVERO	00026996
187	DIRIS Lima Este	Lima	Santa Anita	CSMC SANTA ANITA	00026999
188	DIRIS Lima Este	Lima	La Molina	CSMC LA MOLINA	00027426
189	DIRIS Lima Este	Lima	Ate	CSMC SANTA ROSA DE HUAYCÁN	00027068
190	DIRIS Lima Este	Lima	El Agustino	CSMC EL AGUSTINO	00027290
191	DIRIS Lima Este	Lima	Cieneguilla	CSMC CIENEGUILLA	00029044
192	DIRIS Lima Este	Lima	Ate	CSMC SANTISIMA VIRGEN DE LA CRUZ	00029166
193	DIRIS Lima Centro	Lima	Pueblo Libre	CSMC HONORIO DELGADO	00027703
194	DIRIS Lima Centro	Lima	La Victoria	CSMC LA VICTORIA	00027711
195	DIRIS Lima Centro	Lima	San Juan de Lurigancho	CSMC JAVIER MARIATEGUI CHIAPE	00027726
196	DIRIS Lima Centro	Lima	San Juan de Lurigancho	CSMC NUEVO PERÚ	00027728
197	DIRIS Lima Centro	Lima	Cercado de Lima	CSMC UNIVERSITARIO SAN MARCOS	00028401
198	DIRIS Lima Centro	Lima	Cercado de Lima	CSMC KUYANAKUSUN	00031374
199	DIRIS Lima Norte	Lima	Carabayllo	CSMC CARABAYLLO	00021104
200	DIRIS Lima Norte	Lima	Puente Piedra	CSMC RENATO CASTRO DE LA MATA	00025226
201	DIRIS Lima Norte	Lima	Carabayllo	CSMC ASIRI	00027244
202	DIRIS Lima Norte	Lima	Comas	CSMC WIÑAY	00027246
203	DIRIS Lima Norte	Lima	Ancón	CSMC RIJCHARIY (Despierta)	00027057
204	DIRIS Lima Norte	Lima	San Martín de Porres	CSMC JOSEPH GERARD RUYS	00026017
205	DIRIS Lima Norte	Lima	Los Olivos	CSMC ILLARIMUN	00027247
206	DIRIS Lima Norte	Lima	Rímac	CSMC SAMAY	00029478
207	DIRIS Lima Norte	Lima	Puente Piedra	CSMC QISPIKAY	00029480



Ficha N°24: 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.
Ámbito de evaluación	Hospital del II y III nivel (con o sin población asignada) 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, se evaluará 1 o 2 tasas según listado adjunto; mientras que, para hospitales generales de III nivel, hospital e instituto especializado se evaluarán 2 tasas de densidad de incidencia y/o incidencia acumulada de IAAS.</p> <p>Las tasas de incidencia seleccionadas corresponden a las tasas más altas en el año previo.</p> <p>Si el hospital o instituto presenta tasas cero en todos los tipos de IAAS, el CDC-MINSA seleccionará las tasas según su categoría de atención, priorizando la UCI Neonatal, UCI Pediátrica y Gineco-obstetricia.</p> <p>El hospital e instituto especializado deberá cumplir con el 100% (consolidado e individual) del registro de la información en el aplicativo web del CDC-MINSA realizado dentro del plazo de notificación de siete días posteriores al siguiente mes vigilado.</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 púerperas, 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 de Salud para la investigación y control de brotes de infecciones asociadas a la atención de salud aprobada por Resolución Ministerial N° 509-2023/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:</p> <p><u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x1000</p> <p>Número de días- procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.</p> <p>Incidencia acumulada:</p> <p><u>Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo</u> x100</p> <p>Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.</p>

Construcción del indicador	<p>Densidad de Incidencia:</p> <p>Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo.</p> <p>Denominador: Sumatoria del total de días-procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo en el mismo periodo.</p> <p>Se utiliza para la medición de las neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.</p> <p>Incidencia acumulada:</p> <p>Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo.</p> <p>Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo periodo.</p> <p>Se utiliza para la medición de las 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.</p> <p>Los valores referenciales publicados en el Boletín Epidemiológico del Perú del CDC -MINSA.</p>
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$ <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 IAAS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2024, con cierre de base de datos al 31 de enero 2025.
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 según normativa vigente, enviarán su plan de vigilancia epidemiológica incluyendo el tipo de IAAS, la definición de caso y la metodología utilizada; asimismo, realizarán la notificación mensual al CDC-MINSA correspondiente a los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas según los plazos establecidos.



Ficha N°25 Porcentaje de Resolutividad

Nombre	Porcentaje de Resolutividad
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de Evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (sin población asignada)
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	NIVEL III: $\frac{\text{N° Referencias para emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N° de atenciones de emergencia en el período}} \times 100$ NIVEL II: $\frac{\text{N° Referencias para emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N° de atenciones de emergencia y urgencia en el período}} \times 100$
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. En el Nivel III: Se tomará el registro de las atenciones de emergencia de prioridad 1 y 2. En el Nivel II: se tomará el registro de las atenciones de emergencia y urgencia, prioridades 1, 2, 3 y 4.
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 de 6 - 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	<ol style="list-style-type: none">1. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA2. 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°26: Porcentaje de Ocupación Cama

Nombre	Porcentaje de ocupación cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos Especializados.
Definición	Es un índice que mide el porcentaje de las camas ocupadas o en uso, con relación al total de las camas operativas en un determinado período. Permitiendo medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo.
Justificación	Este indicador permite evaluar la subutilización o sobreutilización 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	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-día (de un periodo)}}{\text{N}^\circ \text{ días (camas operativas) en el mismo periodo.}} \times 100$
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.</p> <p>Denominador: Número de días cama operativas por cada día del mes.</p> <p>Cama operativa: Es el número de camas en condiciones de uso en hospitalización. Se obtiene sumando el número de camas disponibles más el número de camas ocupadas al cierre del reporte.</p> <p>El cociente obtenido se multiplica por 100.</p> <p>*Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/Hospitales e Institutos de Lima Metropolitana, 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 al final del periodo, u otro servicio con el sustento correspondiente.</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"> Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. 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, no se considera para la evaluación del ID. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología 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 y situaciones de emergencia.



Ficha N°27: Intervalo de Sustitución de Cama

Nombre	Intervalo de Sustitución de Cama									
Tipo	Indicador de Desempeño									
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados.									
Definición	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un periodo menor de un día									
Justificación	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama									
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ pacientes día}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios en el mismo periodo.}}$									
Construcción del indicador	<p>Numerador: Número de días cama disponible: Total de camas habilitadas para hospitalización en un periodo, que equivale a la sumatoria de camas operativas de hospitalización por cada día del mes (Adulto, pediátrica, neonatal) del F500.2. N° paciente día: en un periodo: sumatoria de las camas de hospitalización ocupadas por un paciente por cada día del mes (Adulto, pediátrica, neonatal) del F500.2</p> <p>Denominador: Número de Egresos Hospitalarios en el mismo periodo.</p> <p>*Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/HOSPITALES E INSTITUTOS DE LIMA METROPOLITANA, 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. Se entregará al final del periodo.</p>									
Valor Umbral	No aplica									
Logro esperado	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor Obtenido</th> <th>%Peso Ponderado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 2 días</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>>3 - ≤5 días</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>>6 - ≤10 días</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>		Valor Obtenido	%Peso Ponderado	≤ 2 días	100%	>3 - ≤5 días	70%	>6 - ≤10 días	40%
Valor Obtenido	%Peso Ponderado									
≤ 2 días	100%									
>3 - ≤5 días	70%									
>6 - ≤10 días	40%									
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: Formato F500.2. Aplicativo camas Denominador: Fuente de información SEEM									
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud									
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información									
Notas	<p>5. Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. 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, no se considera para la evaluación del ID.</p> <p>6. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología</p> <p>7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA</p>									



	<p>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 y situaciones de emergencia.</p> <p>9. Para fines de evaluación se deben registrar todos los meses del año tanto para el SEM como el RENOXI, y con un mínimo de registro de 20 días por mes en el RENOXI.</p>
--	---



Ficha N° 28: Porcentaje de Cirugías Suspendidas

Nombre	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, Se excluyen a los siguientes: Hospital Casimiro Ulloa, Hospital de Emergencias Pediátricas, INR, Hospitales e Institutos de Salud Mental.
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 a 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, anestesistas, 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 de 6 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 previo
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.



Ficha N°29: Rendimiento de Sala de Operaciones

Nombre	Rendimiento de Sala de Operaciones						
Tipo	Indicador de Desempeño						
Ámbito de aplicación	Hospitales de nivel II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, que cuenten con centro quirúrgico Se excluyen los siguientes: El INR, Hospital Casimiro Ulloa, Hospital de Emergencias Pediátricas, Hospitales e Institutos de Salud Mental						
Definición	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones en un mes.						
Justificación	Este indicador permite evaluar el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala quirúrgica por mes durante el año.						
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de Sala de Operaciones en condiciones operativas en un periodo}}$						
Construcción del indicador	Numerador: Número total de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en el mes, la cual se obtiene de la sumatorio de todas las cirugías ejecutadas diariamente durante el mes. Denominador: Número de salas de operaciones que se encuentren en condiciones operativas en dicho periodo.						
Valor Umbral	No Aplica						
Logro esperado	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>VALOR</th> <th>% PESO PONDERADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60-79</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>≥ 80</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Los Institutos: IREN, INEN e INCN deben incrementar en 10 puntos porcentuales (10%) su valor del año previo. Debido a su alta complejidad.</p>	VALOR	% PESO PONDERADO	60-79	80%	≥ 80	100%
VALOR	% PESO PONDERADO						
60-79	80%						
≥ 80	100%						
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	Dependiendo de la fórmula.						
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 Información	Oficina General de Tecnología de la Información						
Notas	<ol style="list-style-type: none"> Sala de Operaciones operativas: son todas las salas de operaciones que se encuentren en habilitadas para realizar intervenciones quirúrgicas. Solo se contabilizan las salas electivas. La notificación de sala operativa debe ser mensual y oportuna, siendo una condición obligatoria para el cumplimiento del indicador. Solo se deben considerar las intervenciones quirúrgicas realizadas en las salas de operaciones operativas electivas. Excluyendo las cirugías de emergencia. 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° 30 Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un Paciente Referido

Nombre	Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un Paciente Referido									
Tipo	Indicador de Desempeño									
Ámbito de evaluación	Centro de Salud Mental Comunitario, Hospitales del II y III nivel (sin población asignada) e Institutos especializados.									
Definición	Es la relación entre la sumatoria de los días de espera para obtener una atención de salud por cada solicitud de referencia aceptada en el EE.SS. destino, sobre el número total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo.									
Justificación	<p>El indicador permite identificar los tiempos de espera de un usuario para recibir una atención médica posterior a la aceptación de solicitud de la referencia proveniente de establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor complejidad resolutive, 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.</p> <p>Asimismo, permite identificar las limitaciones y problemas relacionados a estas implementando acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.</p>									
Formula del Indicador	$\frac{\Sigma \text{ de Días de espera para obtener la atención médica por cada paciente referido (desde que la solicitud de referencia es aceptada hasta que es atendido) en un periodo (*)}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo (**)}}$ <p>*Referencia aceptada: Solicitud de referencia que ha sido "Aceptada" por el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON</p> <p>**Paciente atendido por referencia en consulta externa: Fecha en que el paciente ha sido atendido en el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON</p>									
Construcción del indicador	<p>Numerador. – Es la sumatoria de los días de espera para obtener una atención médica por cada paciente referido, desde la fecha registrada en el campo de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará hasta un año previo al periodo a evaluar) en el REFCON hasta la fecha de atención en Consulta Externa en un periodo de tiempo, cuya fecha es registrada en el campo de "Fecha_Paciente_recibido" en el REFCON</p> <p>Denominador. – Es el número total de pacientes atendidos en el EE.SS. destino que registran fecha en la columna de "Fecha_Paciente_recibido" y en la columna de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará hasta un año previo al periodo a evaluar) en el REFCON en el mismo periodo de tiempo.</p>									
Valor umbral	Valor del año previo									
Logro esperado	<p>Disminuir en relación con el valor umbral, según los siguiente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Disminución</th> <th>% Peso Ponderado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11% – 15%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>16% – 20%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>>21%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Los establecimientos que tengan un tiempo de espera menor e igual a diez días (≤ 10), deben mantener ese tiempo de espera para cumplir con el logro esperado.</p>		Disminución	% Peso Ponderado	11% – 15%	60%	16% – 20%	80%	>21%	100%
Disminución	% Peso Ponderado									
11% – 15%	60%									
16% – 20%	80%									
>21%	100%									



Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: Dato extraído de la columna de “ <i>Fecha_aceptación</i> ” y de la columna de “ <i>Fecha_Paciente_recibido</i> ” en el Aplicativo REFCON. Denominador: Dato extraído de la columna de “ <i>Fecha_Paciente_recibido</i> ” en el Aplicativo REFCON
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<ol style="list-style-type: none">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.3. Para extraer la información de los días de espera en el aplicativo REFCON se restará entre los datos de la columna de “<i>fecha de aceptación</i>” y de la columna de “<i>fecha de recibido</i>”, así como al valor resultante se le restará los domingos debido a que Consulta Externa no se encuentra disponible en dichos días.



FICHA N°31: Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)

Nombre	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de Evaluación	DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud, Hospitales con y sin población asignada e Institutos Especializado (unidades ejecutoras)
Definición	<ul style="list-style-type: none"> - Este indicador mide la disponibilidad de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a 2 meses de existencia del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales. Se mide en Meses de Stock Disponible (MSD). - Entiéndase el uso de término “medicamentos” corresponde a “productos farmacéuticos”.
Justificación	<ul style="list-style-type: none"> - La Ley N° 29459, de “Los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios establece en su numeral 5 del artículo 3 el principio de accesibilidad a estos productos, señalando: “La Salud es considerada como un derecho fundamental de las personas. El acceso al cuidado de la salud incluye el acceso a productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Constituye un requisito para lograr este derecho: tener el producto disponible y asequible en el lugar y momento en que sea requerido”. - De la precitada Ley, en el artículo 27, del Acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios establece: “El Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como un componente fundamental de la atención integral en salud, particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente”. - La medición de la Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) en los EESS del MINSA y de las GORES es un indicador de resultado de la gestión realizada en el Sistema de Suministro Público de Medicamentos Esenciales, de acuerdo al nivel de atención y a la cartera de servicios que brindan las Instituciones evaluadas.
Fórmula del indicador	<p>El resultado del indicador de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) de cada DIRIS, DIRESA, GERESA, Red de Salud, Hospital con y sin población asignada 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:</p> $\%DME \text{ (Anual)} = \frac{\text{Suma de la DME (mensual)}}{12}$
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 (PNUME) y listas complementarias vigentes. - EESS 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. (Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA). <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos de las Intervenciones Sanitarias correspondientes a programas presupuestales, que en el catálogo SISMED se encuentran codificados con la sigla “E”. - Stocks de los Almacenes Especializados de las DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud. - Productos farmacéuticos que han sido adquiridos para atención de pacientes por única vez y productos no disponibles en el mercado nacional, previo informe que sustente lo antes mencionado. Este informe debe ser presentado a la DIGEMID la primera semana posterior al mes a evaluar, el mismo que será considerado de acuerdo con el resultado de su evaluación. <p>Nota: Para los medicamentos que corresponden a soluciones de gran volumen (igual o mayor 1 litro) por ejemplo: Cloruro de Sodio, Dextrosa, Dextrosa + Sodio Cloruro, entre otros; la disponibilidad se considerará con un MSD de 1 mes.</p> <p>Listado de medicamentos esenciales de gran volumen el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Drive: https://drive.google.com/drive/folders/1dZ52UqzGUOLgqRZ21DT9sYD6hY8cePj5?usp=sharing</p>

**Pasos para la construcción del Indicador:**

I.- Numerador del indicador. - Para la construcción del numerador se realiza los siguientes pasos previos:

1ro. - Se fusionan los códigos SISMED de los productos farmacéuticos de igual Denominación Común Internacional (DCI), concentración, forma farmacéutica, vía de administración y que tienen diferentes presentaciones (Rangos según criterios establecidos por la DIGEMID), manteniendo el código SISMED de mayor rotación: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc.), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID.

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/Archivos/PortaWeb/Informativo/Acceso/Sismed/Gestores/CODIGOS_FUSIONADOS_2023_07_V0.2.XLSX

2do. - Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) para cada medicamento

$$= \frac{\text{Suma de unidades consumidas en los últimos 12 meses **}}{\text{Nº de meses que registran consumo en los últimos 12 meses en el ICI}}$$

3ro. - Se calcula los Meses de Stock Disponible (MSD) para cada medicamento:

$$= \frac{\text{Stock del medicamento a la fecha de corte **}}{\text{Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) del medicamento}}$$

**Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED.

Pudiendo dar los siguientes resultados:

Desbastecido	MSD: = 0	Sobrestock	MSD: > 6
Substock	MSD: > 0 y < 2	Sin rotación	Stock > 0 y CPMA = 0
Normostock	MSD: >= 2 hasta =< 6	Sin consumo	Stock = 0 y CPMA en los últimos 4 meses = 0

4to. - Cálculo de la disponibilidad mensual de los medicamentos esenciales

% DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME) EN EL EESS

$$= \frac{\text{Nº de ítems de medicamentos esenciales en condición de normostock, sobrestock y sin rotación}}{\text{Nº total de ítems de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, desabastecido y sin rotación)}}$$

5to. - Calculo de la disponibilidad mensual:

- El Hospital con y sin población asignada e Instituto Especializado la DME corresponde a su propia institución.
- Para **DIRIS, GERESA, DIRESA y Redes de Salud** será: El promedio de la DME alcanzado por sus Establecimientos de Salud de su jurisdicción.

$$DME(mensual) = \frac{DME(EESS1) + DME(EESS2) + DME(EESS3) + \dots \dots DME(EESSX)}{\text{Numero total de EESS}}$$

II.- Denominador del indicador. - Serán los 12 meses del año evaluado.

Valor umbral

Mayor e igual al 80% DME



Logro esperado	Mayor e igual al 90% DME
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$ <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 resultado final del indicador será, el promedio simple de las mediciones mensuales del año a evaluar.
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none">- Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma oficial comunicado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (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 Stock Disponible (MSD), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.
Área responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Área responsable de la información	OGTI(MINSA)- DIGEMID



Ficha N° 32 – Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.

Nombre	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESAS/GERESAS/DIRIS, Red de Salud, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Institutos que tengan el rol de unidad ejecutora.
Definición	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.
Justificación	<p>El Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) comprende un conjunto de datos de los recursos humanos en salud, los cuales se encuentran sistematizados, con el objeto de obtener información detallada y actualizada a nivel nacional, regional y local.</p> <p>La información obtenida sirve de base para la evaluación, formulación y seguimiento de las políticas públicas en materia de recursos humanos en salud; así como la proyección de costos para transferencias presupuestales y otros.</p> <p>En este orden de ideas, los registros inconsistentes generan sesgos de información y sesgos de medición, los que potencialmente puede producir errores en la interpretación de los indicadores de las políticas de recursos humanos, afectándolos de forma positiva (sobreestimación) o negativa (subestimación).</p> <p>El presente indicador de desempeño permitirá mejorar la calidad de la información contenida en el Registro Nacional del Personal de la Salud, consecuentemente, la información que se genera permitirá una aproximación más certera respecto a los indicadores vinculados a las políticas de recursos humanos en salud.</p>
Formula del indicador	$1 - \left(\frac{\text{Número de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 marcados como inconsistentes}}{\text{Total de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728}} \right) \times 100$
Construcción del indicador	<p>Para la construcción del indicador; el numerador se determinará por la variable <i>registro inconsistente</i>¹, la misma que será registrada por el equipo técnico de la Dirección General de Personal de la Salud luego de la ejecución de los procesos de consistencia interna (contraste INFORHUS - INFORHUS) y externa (contraste INFORHUS - AIRHSP) de los registros que conforman el Registro Nacional del Personal de la Salud.</p> <p>Por su parte, el denominador estará determinado por el total de registros del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 que se encuentren consignados en el INFORHUS.</p>
Valor umbral	NA
Logro esperado	≥ 95% (Mayor o igual noventa y cinco por ciento)



Cálculo del porcentaje de cumplimiento	La evolución del porcentaje de cumplimiento se determinará de forma dicotómica ; es decir, se asignará el 100% de los puntos asignados si el promedio de los doce meses de evaluación es mayor o igual al 95% de registros con inconsistencias, todo promedio menor a dicho número se considera como <i>no cumplimiento</i> , por lo que, en dichos casos, se asignaran 0 puntos.
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente	Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS)
Área responsable técnica	DIGEP
Área responsable de información	DIGEP
Notas	<p>¹ Un registro inconsistente se define como todo registro que contenga alguno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recurso Humano en Salud con tipo de documento DNI que no fue validado por RENIEC o con otro tipo de documento sin especificación de nacionalidad.• Cargo no corresponde con nivel remunerativo• Cargo no corresponde con la profesión según nombramiento o contrato.• Personal nombrado sin fecha de nombramiento o con fecha de nombramiento inconsistente.• Registro nivel remunerativo AIRHSP inconsistente con nivel PLH.



Ficha N°33: Utilización de los servicios de telemedicina (TELEINTERCONSULTAS²- TELECONSULTAS³- TELEMONITOREO⁴)

Nombre	Tasa de utilización de los servicios de telemedicina.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación.	Establecimientos del primer nivel de atención (*), hospitales con y sin población asignada e Institutos.
Definición	Los indicadores se enfocan a evaluar la amplitud de las prestaciones de telemedicina. Para el primer nivel de atención se medirá la utilización de teleinterconsulta, teleconsulta y telemonitoreo, destinadas a una población específica, mientras que para el segundo y tercer nivel de atención se evaluará las interconsultas realizadas por los establecimientos de salud en calidad de consultor/consultante según corresponda.
Justificación	<p>La Telesalud desempeña un papel fundamental al promover el acceso y mejorar la atención médica, lo que resulta en la reducción de la brecha de acceso a los servicios de salud, principalmente en la población que presenta limitaciones de acceso geográfico, económico, cultural y otros. La Telemedicina, como un componente clave de la atención de salud a distancia, engloba la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, permitiendo una atención continua y equitativa. Además, se alinea con las prioridades nacionales de salud, incluyendo el abordaje de enfermedades no transmisibles y la atención de la salud mental, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad de vida a la población y ampliando la cobertura de atención, mediante el uso de las tecnologías de la información (TIC)</p> <p>Cabe indicar que previo a la pandemia por el COVID-19, las tendencias reflejaban un uso limitado de la Telesalud tanto por el personal de la salud como por los usuarios de salud. Sin embargo, la pandemia por el COVID-19; generó un cambio disruptivo en la asistencia remota dado la necesidad de la continuidad de los servicios asistenciales, en la telecapacitación y gestión profesional, como en la educación en salud a la población, mediante las tecnologías de la información y comunicación. Posterior a la pandemia se observa la disminución en la utilización de este servicio en los establecimientos de salud de la Red Nacional de Telesalud, lo que conlleva a buscar estrategias que permitan que se continúe adoptando y masificando esta modalidad de atención en establecimientos de salud así como la formalización respectiva de este servicio.</p> <p>En consecuencia, es fundamental fomentar la adopción y el uso de la telemedicina, impulsando a los establecimientos de salud pertenecientes de la Red Nacional de Telesalud a seguir fortaleciendo la oferta de estos servicios como el telemonitoreo la teleinterconsulta y la teleconsulta, para la mejora de la atención médica y la ampliación de su alcance en beneficio de la población.</p>
	<p>A. Establecimientos de salud de salud primer nivel de atención y Hospitales con población asignada.</p> <p>a.1 Teleinterconsulta: Número de atenciones⁵ por teleinterconsulta, identificadas mediante un código único, brindado por el establecimiento de salud</p> <p>----- X</p> <p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">Población adscrita al establecimiento de salud</p> <p>a.2 Teleconsulta: Número de atenciones por teleconsulta, identificadas mediante un código único, brindado por el establecimiento de salud</p> <p>----- X</p> <p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">Población adscrita al establecimiento de salud</p>

² **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.

³ **Teleconsulta:** Es la consulta a distancia que se realiza entre un profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, 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.

⁴ **Telemonitoreo.** Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.

⁵ Atenciones: Atenciones: Paciente Nuevo + Paciente Reingresante + Paciente Continuador



	<p>a.3 Telemonitoreo: Número de atenciones por telemonitoreo (considerando para la evaluación los códigos de trastornos hipertensivos, trastornos en salud mental, diabetes mellitus, y anemia). ----- x 100 Población adscrita al establecimiento de salud</p> <p>B. Hospitales sin población asignada del II y III nivel de atención e Institutos.</p> <p>Número de atenciones por teleinterconsulta identificadas mediante código único, brindado por el establecimiento de salud consultor. ----- x 100 Número de atenciones realizadas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta.</p>
<p>Construcción del indicador</p>	<p>PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y HOSPITALES CON POBLACION ASIGNADA:</p> <p>Teleinterconsulta Numerador: Número de atenciones en el año por telemedicina (teleinterconsulta) identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento(CPMS) 99499.11 teleinterconsulta sincrónica, 99499.12 teleinterconsulta asincrónica brindado por el establecimiento de salud con cartera de servicios de salud que incluye servicios de telemedicina, publicado en RENIPRESS a diciembre 2023. Establecimiento de salud consultante LAB 1 y/o consultor LAB 2 según corresponda, asimismo se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleinterconsulta la “D” correspondiente a definitivo. Para efectos de los Convenios de Gestión 2024 la teleinterconsulta para primer nivel de atención se considerará en el numerador el número de atenciones de teleinterconsulta realizado por profesional médico registrado en el HIS-MINSA con id_colegio = 01.</p> <p>Denominador: Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</p> <p>Teleconsulta Numerador: Número de atenciones en el año por telemedicina (teleconsulta), identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento(CPMS) 99499.01 teleconsulta sincrónica, 99499.03 teleconsulta asincrónica brindado por el establecimiento de salud con cartera de servicios de salud que incluye servicios de telemedicina, publicado en RENIPRESS a diciembre 2023, asimismo, se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleconsulta “D” correspondiente definitivo en la hoja HIS-MINSA</p> <p>Denominador: Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</p> <p>Telemonitoreo Numerador: Número de atenciones en el año brindado por el establecimiento de salud (máximo 24 atenciones por usuario de telesalud) por telemonitoreo en trastornos hipertensivos, diabetes mellitus, trastornos en salud mental y anemia considerando listado CIE X y registrado con código de procedimiento 99499.10 Telemonitoreo, asimismo se debe consignar en la línea del código del procedimiento del Telemonitoreo la “D” correspondiente a definitivo. Para efectos de los Convenios de Gestión 2024, el telemonitoreo será considerado para todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p>Denominador: Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS) https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp</p> <p>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: I10. X – I12.9, O10.0 – O10.9, O13. X – O14.9, O16. X</p> <p>DIABETES MELLITUS</p>



	<p>E10.0 – E14. X; O24.0 – O24.9</p> <p>TRASTORNOS EN SALUD MENTAL</p> <p>Trastorno y episodio depresivo: F20.4, F32.0 – F32.9, F33.0 – F33.9</p> <p>Trastornos de la ansiedad: F06.4, F40.0 - F41.9, F93.0 - F93.2</p> <p>Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: F10.0 – F10. X</p> <p>Trastorno de consumo de sustancias: F11 – F19 (con los caracteres .1, .2, .3, .4 y .6) Trastorno psicótico: F20.0 – F20.9, F23.0 – F23.9, F28. X, F29. X, F53.1</p> <p>Maltrato infantil, Violencia familiar o intrafamiliar: T74.0 – T74.9, Y04.0, Y04.1, Y04.2, Y04.8, Y04.9, Y06.0, Y06.1, Y07.0, Y06.8, Y07.1, Y07.8. Y07.9</p> <p>ANEMIA</p> <p>D50 Anemia por carencia de hierro</p> <p>D51 Anemia por carencia de vitamina B12</p> <p>D52 Anemia por carencia de ácido fólico</p> <p>D53 Otras anemias carenciales</p> <p>D55-D59 Anemia hemolítica</p> <p>D60-D64 Aplasia y otras anemias</p> <p>HOSPITALES DEL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN (SIN PÓBLACION ASIGNADA) E INSTITUTOS:</p> <p>Teleinterconsulta</p> <p>Numerador: Número de atenciones en el año por telemedicina (teleinterconsulta) identificadas mediante un código único y registrado con código de procedimiento (CPMS) 99499.11 teleinterconsulta síncrona, 99499.12 teleinterconsulta asíncrona, brindado por el establecimiento de salud consultante LAB 1 y/o consultor LAB 2 según corresponda, asimismo, se debe consignar en la línea del código del procedimiento de teleinterconsulta la “D” correspondiente a definitivo.</p> <p>Denominador: Número de atenciones realizadas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta obtenida del registro en el HIS-MINSA.</p>																		
Valor Umbral	Valor obtenido del año anterior																		
Logro esperado	<p><u>I nivel de atención y II nivel con población asignada.</u></p> <p>Población adscrita al establecimiento de salud de acuerdo a lo siguiente</p> <p>Habitantes < a 1,000, se considerará una tasa x 100 Hbts</p> <p>Habitantes < a 10,000, se considerará una tasa x 1,000 Hbts</p> <p>Habitantes < a 100,000, se considerará una tasa x 10,000 Hbts.</p> <p>Habitantes >=100,000, se considerará una tasa x 100,000 Hbts.</p> <p>De acuerdo a la población asignada se considerará el siguiente incremento de la tasa de 2, 3 y 10 del valor umbral. Como se detalla en la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="368 1464 1382 1666"> <thead> <tr> <th></th> <th>Poblacion Asignada</th> <th>(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000</th> <th>(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000</th> <th>(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 10000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">I NIVEL</td> <td><=15,000</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>15,001 hasta 30,000</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>>=30,001</td> <td>10</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <p>Teleinterconsulta</p> <p>Para el caso de los establecimientos de salud con umbral 0, considerar lo siguiente:</p> <p>Población asignada <=15,000, su tasa será (50).</p> <p>Población asignada de 15,001 a 30,000, su tasa será (60).</p> <p>Población asignada de >=30,001, su tasa será (90).</p> <p>Ponderación en el I nivel de atención y II nivel con población asignada:</p>		Poblacion Asignada	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 10000	I NIVEL	<=15,000	2	2	2	15,001 hasta 30,000	3	2	3	>=30,001	10	2	10
	Poblacion Asignada	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en teleconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	(Tasa de atenciones en telemonitoreo) x 100, 1000, 10000															
I NIVEL	<=15,000	2	2	2															
	15,001 hasta 30,000	3	2	3															
	>=30,001	10	2	10															



	Teleinterconsulta	Teleconsulta	Telemonitoreo	Total											
	60	10	30	100											
<p>Si no ha realizado el servicio de teleconsulta, el valor ponderado de este servicio, se suma al valor de teleinterconsulta haciendo un total de 70.</p> <p>Para el caso del servicio de telemonitoreo realizado por el establecimiento de salud que no se encuentren en la lista del RENIPRESS con cartera de servicio de salud a diciembre 2023 se considerara el ponderado de 100.</p> <p><u>II y III nivel de atención (sin población asignada)</u></p> <p>Nro de atenciones en salud registradas en el establecimiento de salud de acuerdo a lo siguiente.</p> <p>Atenciones en salud < a 1,000, se considerará una tasa x 100 At. Atenciones en salud < a 10,000, se considerará una tasa x 1000 At. Atenciones en salud < a 100,000, se considerará una tasa x 10,000 At. Atenciones en salud >= 100,000, se considerará una tasa x 100,000 At.</p> <p>De acuerdo a las atenciones se considerará el siguiente incremento de la tasa de 2 y 3 del valor umbral. Como se detalla en la siguiente tabla</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Atenciones en salud</th> <th>(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>II NIVEL</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>III NIVEL</td> <td></td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Establecimientos de salud del segundo nivel de atención con producción (0) en el 2022, su tasa será (50). Establecimientos de salud del tercer nivel de atención con producción (0) en el 2022, su tasa será (60).</p> <p>Ponderación para el II y III nivel de atención.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Teleinterconsulta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>						Atenciones en salud	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000	II NIVEL		2	III NIVEL		3	Teleinterconsulta	100
	Atenciones en salud	(Tasa de atenciones en teleinterconsulta) x 100, 1000, 10000, 100000													
II NIVEL		2													
III NIVEL		3													
Teleinterconsulta															
100															
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$														
Frecuencia de medición	Anual														
Fuente de datos	HIS-MINSA, REUNIS														
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">1. Para los establecimientos de salud del tercer nivel que brindan servicio de teleconsulta deberán remitir informe de sustento a la DIGTEL-DITEL para la inclusión como parte del logro alcanzado.2. Para los establecimientos de salud del tercer nivel que realicen teleinterconsultas como IPRESS consultante previo informe remitido a la DIGTEL-DITEL será considerado como parte del logro alcanzado.3. 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.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.5. (*) Incluye a Centros de Salud Mental Comunitario
--------------	---



Ficha N° 34: 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 evaluación	DIRESA/GERESA, DIRIS Y RED DE SALUD
Definición	Determina el porcentaje de EESS 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, que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales Seleccionados.
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”, “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 determinados en el listado (Anexo A), de los programas señalados, estén disponibles para la atención en cada EESS mediante una apropiada gestión.</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° de EESS del denominador, que cuentan con } \geq \text{ a 80\% de disponibilidad de equipos críticos.}}{\text{N° de EESS activos, registrados en el RENIPRESS del ámbito de la jurisdicción de DIRESAS, GERESAS, DIRIS y REDES}}$
Construcción del Indicador	<p>Numerador: N° de EESS con \geq al 80% de disponibilidad de equipos críticos. (Listado de equipos del Anexo A)</p> <p>Denominador: N° de EESS activos⁶ 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

⁶ Se excluye a los Centros de Salud Mental, Centros Comunitarios, Centros de Rehabilitación, Centros Veterinarios y Laboratorios de Referencia



Área responsable de Información	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) – Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM)
--	---

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 hemoglobinómetro 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 las IPRESS como: 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 refocada), Programa Presupuestal de Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano, Inmunizaciones, Suplementación con multimicronutrientes.

Paso 1: Identificar en el módulo de patrimonio del SIGA los EES 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 EES 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 CDF, PEDIT y SMN, según el estándar definido (Listado de Equipos Críticos). Para EES de Primer Nivel es requisito indispensable que dentro del 80% de disponibilidad de equipos críticos se cuente con hemoglobinómetro 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 EES	Nombre de EES activos según RENIPRESS	Disponibilidad de equipos operativos	
			=>80%, Incluyendo Hemoglobinómetro	<80% o sin hemoglobinómetro
TOTAL: DIRESA/ GERESA, DIRIS				

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EES, que disponen de al menos 80% de equipos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos, cuyo indicador es "N° y % EES 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 EES activos según RENIPRESS	N° y % EES 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 (EESS 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 Pliego, luego por Red o DIRIS, seguido de Establecimientos de Salud – EESS Según los grupos (categorías) de los Programas Presupuestales preseleccionados:

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

*Grupo de equipos críticos a Productos Específicos para el Desarrollo Infantil Temprano: CR1, CR2, CR3, CR4, CR5, CR6

*Grupo de equipos críticos a Atención Pre Natal Reenfocada: PR1, PR2, PR3, PR4, PR5, PR6, PR7, PR8, PR9

PLIEGO	RED	N_U	EESS	CATEG	<u>CADENA DE FRIO</u>	<u>PDIT</u>	<u>ATENCION PRE NATAL REENFOCADA</u>
--------	-----	-----	------	-------	-----------------------	-------------	--

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 Producto o Programa Presupuestal (Ej. equipos que pueden ser transversales a PDIT y Atención Prenatal Reenfocada), se procederá de la siguiente manera:

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

Si la cantidad registrada en PDIT 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:

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

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.



LISTADO DE EQUIPOS DE ATENCION DE NIÑAS Y NIÑOS (Vacuna, PDIT y Suplemento de Hierro)

Nº	CATEGORIA DE IPRESS	CÓDIGO DE FAMILIA ITEM	DENOMINACIÓN CATÁLOGO B/S	FUENTE	
1	I-1 y I-2	11225557	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	SIGA Patrimonio	
		11226039	REFRIGERADORA Y CONGELADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED 60 L		
		11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL		
		11225564	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO		
		11226188	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS		
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL		
2	I-1 y I-2	53221074	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	SIGA Patrimonio	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS		
3	I-1 y I-2	67228802	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER		
1	I-3 y I4	11226039	CONGELADORA PARA VACUNAS Y PAQUETES FRÍOS		SIGA Patrimonio
		11222030	CONGELADORA ELECTRICA HORIZONTAL		
		11221678	CONGELADOR (OTROS)		
		11221920	CONGELADOR FOTOVOLTAICO		
		11222426	CONGELADORA ELECTRICA VERTICAL		
2	I-3 y I4	11225557	REFRIGERADOR CONGELADOR FOTOVOLTAICO PARA VACUNAS	SIGA Patrimonio	
		11226039	REFRIGERADORA PARA VACUNAS TIPO ICE LINED		
		11226782	REFRIGERADORA ELECTRICA INDUSTRIAL		
		11225564	REFRIGERADOR FOTOVOLTAICO		
		11226188	REFRIGERADORA CONSERVADORA DE MEDICAMENTOS		
		11226089	REFRIGERADORA CONGELADORA PORTATIL		
3	I-3 y I4	53221074	CAJA TRANSPORTADORA DE VACUNAS	SIGA Patrimonio	
		53649831	TERMO PORTA VACUNAS		
4	I-3 y I4	67228802	REGISTRADOR DE DATOS - DATA LOGGER		



LISTADO DE EQUIPOS DE ATENCION DE NIÑAS Y NIÑOS (Vacuna, PDIT y Suplemento de Hierro)

Nº	CATEGORIA DE IPRESS	CÓDIGO DE FAMILIA ITEM	DENOMINACIÓN CATÁLOGO B/S	FUENTE
1	I-1, I-2, I-3 y I-4	60220856	BALANZA PEDIATRICA	SIGA PATRIMONIO
		60220616	BALANZA NEONATAL DIGITAL	
		60220738	BALANZA DIGITAL	
		60220672	BALANZA DE PLATAFORMA TIPO RELOJ DE 25 kg	
2	I-1, I-2, I-3 y I-4	60225000	INFANTOMETRO	SIGA PATRIMONIO
3	I-1, I-2, I-3 y I-4	60228238	TALLIMETRO (MAYOR a 1/4 UIT) > 1 item en + de 1 consultorio	SIGA BIENES CORRIENTES
		64620008	TALLIMETRO DESARMABLE DE MADERA PEDIÁTRICO (MENOR A ¼ DE UIT)	SIGA BIENES CORRIENTES
4:	I-1, I-2, I-3 y I-4	53647570	MESA METALICA RODABLE PARA CURACIONES	SIGA PATRIMONIO
		53647665	MESA METALICA RODABLE PARA MULTIPLE USO	
		53643096	COCHE METALICO PARA CURACIONES	
5	I-1, I-2, I-3 y I-4	53226665	HEMOGLOBINOMETRO	SIGA PATRIMONIO
6:	I-1, I-2, I-3 y I-4	53642525	CAMILLA DE METAL PEDIÁTRICA	SIGA PATRIMONIO
		53647879	MESA PARA EXAMEN MÉDICO LACTANTE	
		53645190	MESA DE EXAMEN PEDIATRICO	



LISTADO DE EQUIPOS DE ATENCION DE NIÑAS Y NIÑOS (Vacuna, PDIT y Suplemento de Hierro)

N°	CATEGORIA DE IPRESS	CÓDIGO DE FAMILIA ITEM	DENOMINACIÓN CATÁLOGO B/S	FUENTE
1	I-1, I-2, I-3 y I-4	46226937	LAMPARA ELECTRICA (MAYOR A 1/4 UIT) CUELLO DE GANSO RODANTE (F)	SIGA PATRIMONIO
		53227182	LAMPARA INCANDESCENTE	SIGA PATRIMONIO
2	I-1, I-2, I-3 y I-4	53223096	DETECTOR DE LATIDOS FETALES	SIGA PATRIMONIO
		53223191	DETECTOR FETAL	
		53224802	EQUIPO DOPPLER VASCULAR (LATIDOS FETALES)	
		53226393	FETOSCOPIO	
3	I-1, I-2, I-3 y I-4	53642715	CAMILLA METALICA PARA EXAMEN GINECOLOGICO	SIGA PATRIMONIO
		53645000	MESA (DIVÁN) UNIVERSAL PARA EXÁMEN DE GINECOLOGIA Y UROLOGIA	
4	I-1, I-2, I-3 y I-4	60220652	BALANZA DE PIE CON TALLIMETRO	SIGA PATRIMONIO
5	I-1, I-2, I-3 y I-4	60220616	BALANZA DE PIE	SIGA PATRIMONIO
		60220672	BALANZA DE PLATAFORMA	
		60220785	BALANZA ELECTRONICA	
		60220686	BALANZA DE PRECISION	
		60220738	BALANZA DIGITAL	
		60220842	BALANZA MECANICA CON PLATAFORMA	
6	I-1, I-2, I-3 y I-4	60228238	TALLÍMETRO (Mayor a 1/4 UIT) DE MADERA MÓVIL PARA ADULTOS	SIGA PATRIMONIO
		60228238	TALLIMETRO DE METAL PARA ADULTO 2.00 MT	
7	I-3 y I-4	60224604	GLUCOMETRO	SIGA PATRIMONIO
8	I-1, I-2, I-3 y I-4	60228762	TENSIOMETRO	SIGA PATRIMONIO
9	I-3 y I-4	53222049	CENTRIFUGA PARA TUBOS	SIGA PATRIMONIO
		53222069	CENTRIFUGA HEMATOCRITO ESTANDAR	



Ficha N° 35: Redes de Salud que cuentan con servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral)

Nombre	Redes de Salud que cuentan con servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral).
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de Evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de salud
Definición	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr que todas las redes de salud en el país cuenten por lo menos con un establecimiento que brinda servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral) lo que permitiría una entrega de servicios preventivos, y recuperativos de VIH de manera descentralizada y oportuna evitando el desplazamiento de los usuarios a capitales de departamento ocasionando gasto de bolsillo y empobrecimiento.</p> <p>El Ministerio de Salud en su rol rector, a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis (DPVIH) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) viene promoviendo la descentralización del tratamiento antirretroviral hacia los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con el objetivo de mejorar el acceso al paquete preventivo y en particular el acceso al tratamiento antirretroviral para las personas viviendo con VIH en todo el país sustentado en la NTS 169-2020 "Norma Técnica de Salud de Atención del Adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana VIH"</p>
Justificación	<p>En el marco de la implementación de las Redes integradas de servicios de salud (RIS) y Redes de Servicios de Salud (RED), este indicador mide el porcentaje de Redes que cuentan con por lo menos un establecimiento de salud que brinda servicios de prevención y atención en ITS, VIH y hepatitis, incluyendo el tratamiento antirretroviral.</p> <p>Se integra a las DIRESA, GERESA y DIRIS, pues a través de esta instancia se gestiona la planificación y ejecución de la descentralización de los establecimientos que brindan el TAR, ello incluye implementar las estrategias para la identificación de los casos y su vinculación a los servicios. Además, tienen dentro de sus funciones el monitoreo, supervisión y asistencia técnica para que los servicios de prevención y control del VIH, las ITS y hepatitis se brinden con oportunidad y calidad a las poblaciones objetivo.</p>
Logro esperado y porcentaje cumplimiento	<p>CRITERIOS:</p> <p>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si en el ámbito cuentan con 4 o menos redes de salud, el 100% de redes deben contar con al menos 01 EESS con servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral). 2. Si en ámbito cuentan entre 5 a 8 redes de salud, la meta a alcanzar será el 80% de redes deben contar con al menos 01 EESS con servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral). 3. Si en el ámbito cuentan entre 9 a 14 redes de salud, la meta a alcanzar será el 70% de redes deben contar con al menos 01 EESS con servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral). 4. Cada DIRESA deberá solicitar oficialmente a la DPVIH la inclusión del servicio de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral) de la región al aplicativo GEOVIH <p>Fuente Auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se detalle el total de redes con EESS que cuenten con servicios de atención de ITS, VIH y



	<p>Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral) al 2024.</p> <p>El Informe, también debe contener lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los memorándums emitidos por las redes de salud designando al personal que conforma los equipos multidisciplinarios de todos los establecimientos de salud de atención de PVV para TAR de su ámbito de jurisdicción que aperturaran servicios en el año 2024 el cual deberá ser aprobado hasta el 30 de marzo de 2024. <p>Si cumple criterio 20%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los informes mensuales de las atenciones en TAR emitidos por los EESS y consolidados por las redes en el Módulo VIH -TAR del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) hasta el 15 de setiembre. <p>Si cumple criterio 60%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de la DIRESA/GERESA/DIRIS dirigido a la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis del Ministerio de Salud solicitando la incorporación del Servicio de atención de VIH, ITS y Hepatitis (incluye TAR) en el aplicativo GEOVIH con fecha máxima de emisión el 15 de setiembre 2024. <p>Si cumple criterio 20%.</p> <p>PARA REDES DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada red de salud debe de contar mínimamente con un establecimiento de salud que oferte servicios de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral), 2. Cada servicio atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral), deberá estar conformado por un equipo de salud multidisciplinario de acuerdo a lo establecido en la NTS 169-2020 "Norma Técnica de Salud de Atención del Adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana VIH". 3. El registro de las atenciones de personas que viven con VIH (PVV) que reciben Tratamiento antirretroviral (TAR) deberá ser registrado en el Módulo VIH -TAR del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) en los establecimientos de salud que haya implementado el servicio. 4. Cada red deberá solicitar la inclusión del servicio de atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral) en el aplicativo GEOVIH. <p>Fuente Auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que se detalle: <ul style="list-style-type: none"> • Memorándum, o Resolución Directoral o Jefatural de conformación del equipo multidisciplinario, el cual deberá ser aprobado hasta el 30 de marzo de 2024. <p>Si cumple criterio 20%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reportes mensuales del Módulo VIH -TAR del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) de las atenciones en TAR del Establecimiento de Salud hasta el 15 de setiembre. <p>Si cumple criterio 60%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de la red dirigido a la DIRESA, GERESA, DIRIS solicitando la incorporación del Servicio de atención de VIH, ITS y Hepatitis (incluye TAR) en el aplicativo GEOVIH con fecha máxima de emisión el 15 de setiembre 2024. <p>Si cumple criterio 20%.</p>
Frecuencia de medición	de Evaluación anual



Fuente de datos	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS/RED, según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. La Solicitud para el visto bueno del Informe de los establecimientos que brindan el servicio de atención integral de VIH, ITS y Hepatitis (incluye TAR) debe remitirse al MINSA al finalizar el año, a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS, debiendo incluir todos los medios probatorios y verificables.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis
Área responsable de Información	DIRESA/GERESA/DIRIS
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Las DIRESA/GERESA/DIRIS/RED son los responsables de implementar y mantener operativos los Servicios de Atención de ITS, VIH y Hepatitis (incluye TAR) en cada jurisdicción.2. Todas las fuentes auditable (Resolución de conformación de equipo multidisciplinarios, e inicio de atenciones del Servicio de VIH, ITS y Hepatitis (incluye TAR) deben de ser publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/ según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales o en su defecto copias legibles fedateadas.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° 36: Establecimientos de salud del primer nivel de atención que brindan atención de salud con pertinencia cultural.

Nombre	Establecimientos de salud del primer nivel de atención que brindan atención de salud con pertinencia cultural. 2024.										
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud										
Ámbito de Evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS.										
Definición	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la “Calificación de establecimientos de salud con pertinencia cultural” a nivel nacional (Directiva Administrativa N° N°261-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 228-2019/MINSA, <i>Directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención</i>, la cual establece las pautas y criterios de cumplimiento por los establecimientos para ser considerados como tal. Ello permitirá una entrega de servicios adecuados y, por ende, una mejora de la salud de nuestras poblaciones indígenas amazónicas y andinas, y población afroperuana.</p> <p>El Ministerio de Salud en su rol de rectoría, a través de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (DPI) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) viene promoviendo la implementación de la pertinencia cultural en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con énfasis en los ámbitos con localidades indígenas. Se rescata las actividades e intervenciones de salud con enfoque intercultural que el personal de salud ha venido realizando, es decir experiencias específicas según cada área temática de la salud, desde años anteriores, además de propiciar una comunicación horizontal intercultural entre el proveedor y usuario. Por ende, el año 2019 se diseñó y difundió la Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural que fue aprobado con Resolución Ministerial N° 228-2019/MINSA que se enmarca en normatividad del sector.</p> <p>Asimismo, corresponde a la autoridad regional en salud (que son las Direcciones Regionales de Salud o las que hacen sus veces) el desarrollo de la implementación de los establecimientos, así como la identificación de aquellos de prioridad regional y local. Es así que se ha previsto que al 2030 calificar mínimamente un total de 706 establecimientos de salud.</p>										
Justificación	<p>La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece que las personas indígenas tienen derecho al acceso a la atención con calidad y la atención de salud sin discriminación, y mantener sus saberes de medicina tradicional. Sin embargo, la realidad muestra desigualdades de salud en relación de la población indígena y no indígena y eso se refleja en los indicadores no solamente sanitarios también en los que se refiere a la pobreza y extrema pobreza.</p> <p>Ello implica analizar la brecha amplia en el acceso a los servicios de salud de la población indígena a nivel nacional, debido a los insuficientes establecimientos de salud con pertinencia cultural para cubrir la demanda de la población amazónica, andina y población afroperuana.</p> <p>En el 2017, según el Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas reportó 6 millones 614 mil 392 personas que se autoidentificaron como parte de uno de los cincuenta y cinco pueblos indígenas u originarios y población afroperuana. Cabe señalar que esto se ve evidenciado en los reportes de los últimos años, donde la cobertura de atendidos fue mínima en el nivel nacional, según reporte HIS aproximadamente una brecha del 90%. (Tabla N° 1)</p> <p style="text-align: center;">Tabla N° 01 Reporte de atendidos y atenciones del 2019 al 2022</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Indicador de acceso al establecimiento</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atendidos</td> <td>461,219</td> <td>394,162</td> <td>457,107</td> <td>583,902</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Fuente: HIS- MINSA</p> <p>Es necesario que la población objetivo reciba la provisión de servicios de los paquetes integrales de</p>	Indicador de acceso al establecimiento	2019	2020	2021	2022	Atendidos	461,219	394,162	457,107	583,902
Indicador de acceso al establecimiento	2019	2020	2021	2022							
Atendidos	461,219	394,162	457,107	583,902							



	<p>salud y exista una mejora en los indicadores de salud que a la fecha son desfavorables. En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en consideración a las recomendaciones internacionales como el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (artículos 25 y 30), Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (artículos 21, 23 y 24) y nacionales como el Informe defensorial 169 de la Defensoría del Pueblo, la Política sectorial de salud intercultural aprobado con Decreto Supremo N° 016-2016/SA, así como el Decreto Supremo N° 001-2023/MINCUL “Lineamientos para la incorporación de la pertinencia cultural en los servicios públicos”, consideran la necesidad de incluir el enfoque intercultural en la atención de salud considerando la cultura de los pueblos indígenas u originarios y así como el respeto a la medicina tradicional y los saberes ancestrales.</p>
<p>Criterios y Logro esperado</p>	<p>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>A) Conformación del Equipo de trabajo para fortalecer la implementación de establecimientos de salud con pertinencia cultural la cual estará presidida mínimamente por el Director de salud de las personas o quien haga su vez y la secretaria técnica por el coordinador regional de PPII, el cual presentará su plan anual de trabajo y presentará la lista de establecimientos que atienden población indígena amazónica y andina, y población afroperuana, y se considerará las prioridades para la calificación (prioridad A, B o C establecido en la RM 228-2019/MINSA). (20%)</p> <p>Fuente auditable: El cumplimiento de la actividad A incluye la totalidad de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución Directoral de conformación del equipo de trabajo el cual tiene que ser aprobado durante el primer trimestre 2024 2. Resolución Directoral de aprobación del plan “fortalecimiento de la implementación de la pertinencia cultural en lo eess”, aprobatorio durante el primer trimestre 2024, el cual debe contener como mínimo: <ol style="list-style-type: none"> a) Línea de base del proceso de implementación b) Formación de facilitadores⁷ c) Capacitación de la <i>Directiva administrativa para la calificación de establecimientos de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención (RM 228-2019/MINSA)</i>. d) Acciones de Monitoreo y/o Supervisión, mínimo 01 por semestre. 3. Oficio dirigido a la DPI de la DGIESP adjuntando el listado de establecimientos priorizados para la calificación, máximo dentro del primer semestre 2024. <p>B) Ejecución del plan de “Fortalecimiento de la implementación de la pertinencia cultural en los establecimientos de salud”. Se evaluará el cumplimiento de las actividades programadas en el plan de trabajo, según cronograma y público objetivo. (50%)</p> <p>Fuente auditable: El cumplimiento de la actividad B incluye la totalidad de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respecto al ítem b): Resolución Directoral de reconocimiento de facilitadores para la implementación de establecimientos de salud con pertinencia cultural en salud. 2. Respecto al ítem c): Informe de la capacitación emitido por la unidad de capacitación o la que haga sus veces, adjuntando lista de participantes que aprobaron la capacitación (datos mínimos: nombres y apellidos, profesión, EESS/RED de procedencia, horas de capacitación). 3. Respecto al ítem d): Informes de actividades de Supervisión y Monitoreo (como mínimo 01 por semestre 2024), adjuntar ficha de monitoreo con los V°B° de los establecimientos monitoreados o supervisados. <p style="text-align: right;">100%</p>

⁷ La formación de facilitadores deberá ser realizada con la metodología socializada por la DPI/DGIESP



	<p>C) Al menos 03 nuevos establecimientos calificados como “establecimientos de salud con pertinencia cultural”, ratificados por el MINSA. (30%)</p> <p>Fuente auditable: El cumplimiento de la actividad C incluye el siguiente criterio:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Oficio dirigido a DPI/DGIESP adjuntado la Resolución Directoral de establecimientos de salud calificados.2. Informe técnico del MINSA, a través de la DPI-DGIESP, que ratifica la calificación.	
Frecuencia de medición	Evaluación: anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS/RED, establecimiento de salud, según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. La Solicitud para el visto bueno del Informe de los establecimientos calificados y recalificados debe remitirse al MINSA al finalizar el año, a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS.	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios.	
Área responsable de Información	DIRESA/GERESA/DIRIS	
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/ 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.	



Ficha N°37: Fortalecimiento de capacidades de docentes de instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria en estilos de vida saludable, en el marco de la implementación de Escuelas Promotoras de la Salud.

Nombre	Fortalecimiento de capacidades de docentes de instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria en estilos de vida saludable, en el marco de la implementación de Escuelas Promotoras de la Salud.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de evaluación	DIRESA-GERESA, DIRIS
Definición	<p>Capacitación a docentes de instituciones educativas públicas de los niveles de educación inicial y primaria en la promoción de la alimentación saludable, actividad física y salud bucal, realizada por personal de salud del ámbito de la DIRESA/GERESA/DIRIS.</p> <p>La capacitación se realiza de manera presencial, según las pautas técnicas y metodológicas establecidas en los Módulos Educativos de Promoción de la alimentación saludable, actividad física y salud bucal en instituciones educativas emitidos por la Dirección de Promoción de la Salud del Minsa.</p> <p>La meta mínima para el cumplimiento del compromiso es el 20% de instituciones educativas del ámbito de la DIRESA/GERESA/DIRIS, con al menos el 25% de docentes capacitados en los 3 temas establecidos, por institución educativa.</p> <p>Se considera docente capacitado a aquel que hayan obtenido una nota superior a 11 en el post tes y haya recibido un certificado de capacitación gestionado por la DIRESA/GERESA/DIRIS.</p>
Justificación	<p>La Política Nacional Multisectorial de Salud, Perú País Saludable, propone como alternativa “Desarrollar programas permanentes para crear el hábito del autocuidado y el empleo de prácticas saludables”; motivo por el cual, el Objetivo Prioritario 1 se refiere a “Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población”; y se vincula al literal (e) “promoverá hábitos de vida saludables”; asimismo, el Plan Estratégico Multisectorial al 2030 precisa el Servicio Final 3.2. (a) Escuelas Promotoras de la Salud/Escuelas de Vida Implementadas brindan servicios educativos y de orientación a la comunidad educativa.</p> <p>Asimismo, el Currículo Nacional del Ministerio de Educación contiene la tercera competencia “Asume una vida saludable”; por lo que el docente debe estar capacitado para contribuir al logro de la misma.</p> <p>La Organización Panamericana de la Salud reconoce la necesidad de incorporar la enseñanza de la educación para la salud en las instituciones educativas por parte del equipo docente, reconociéndole un rol activo y redireccionando la demanda que las instituciones educativas han venido realizando a los profesionales de salud para abordar temas de salud con estudiantes, esto quiere decir que requerimos empoderar al docente en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.</p> <p>El docente es una pieza fundamental para desarrollar la promoción y educación para la salud en las instituciones educativas de Educación Básica, su rol de referente es significativa en el proceso formativo del educando, debido a que es un modelo a seguir en los estudiantes, educa en salud, asesora a las familias y a la comunidad en general, realizando incluso incidencia y gestión para mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus educandos.</p> <p>Sin embargo, a fin de que los docentes desde la función que realizan, asuman correctamente su rol, se hace necesario optimizar las condiciones para mejorar su desempeño profesional pedagógico con el propósito de lograr que se conviertan en promotores de salud, por medio de un proceso de capacitación permanente, entre otros, sobre los hábitos saludables.</p> <p>En tal sentido, la propuesta de “<i>Fortalecimiento de capacidades de docentes de instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria en estilos de vida saludable, en el marco de la implementación de Escuelas Promotoras de la Salud</i>” busca que el docente sea capaz de</p>

	<p>promover en sus escolares el desarrollo de prácticas saludables en alimentación, actividad física y salud bucal a través del desarrollo de proyectos o sesiones de aprendizaje dirigidos a los escolares y asimismo optimizar los espacios de tutoría y las asesorías a familias que como parte de sus actividades realizan.</p> <p>Para tal efecto, las DIRESAS/GERESAS/DIRIS deben asegurar la capacitación a docentes de las instituciones educativas, así como gestionar un certificado de capacitación a los docentes que recibieron y culminaron con éxito los talleres de capacitación.</p> <p>Finalmente habrán cumplido con el compromiso cuando se haya obtenido al menos el 25% de docentes que culminaron con éxito los 3 temas establecidos por cada institución educativa; en el 20% de instituciones educativas por DIRESA/GERESA/DIRIS.</p>
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>CRITERIOS:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Elaboración del Plan de capacitación dirigido a los docentes de instituciones educativas públicas de los niveles de educación inicial y primaria del ámbito de su jurisdicción, el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la modalidad (presencial), metodología, contenidos, cronograma, metas e indicadores; así como los criterios para la certificación.2. El plan, antes de la aprobación debe contar con al V° B° de la DPROM-MINSA.3. Los contenidos corresponden a los Módulos: Gestión de la promoción de alimentación saludable, actividad física y salud bucal, los mismos que están establecidos en los Módulos Educativos emitidos por la Dirección de Promoción de la Salud del Minsa, <p>FUENTE AUDITABLE Resolución Directoral que aprueba el Plan, publicado en la web de la DIRESA/GERESA/DIRIS.</p> <p>PLAZO Al 28 de febrero del 2024</p> <p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 20%</p> <ol style="list-style-type: none">4. Ejecución y monitoreo del cumplimiento de la capacitación y gestión para la certificación de docentes. Al menos el 10% de instituciones educativas de su ámbito, con el 25% de sus docentes capacitados. <p>FUENTE AUDITABLE Informe de cumplimiento del Plan de capacitación y monitoreo, que incluye listado de docentes que aprobaron la capacitación (nombres y apellidos, DNI), sede de trabajo (por institución educativa), encuesta de satisfacción y las Fichas de evaluación de competencias.</p> <p>PLAZO Al 15 de setiembre</p> <p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 40%</p> <ol style="list-style-type: none">5. Ejecución y monitoreo del cumplimiento de la capacitación y gestión para la certificación de docentes. Al menos el 20% de instituciones educativas de su ámbito, con el 25% de sus docentes capacitados. <p>FUENTE AUDITABLE Informe de cumplimiento del Plan de capacitación y monitoreo, que incluye listado de docentes que aprobaron la capacitación (nombres y apellidos, DNI), sede de trabajo (por institución educativa), encuesta de satisfacción y las Fichas de evaluación de competencias.</p>



	<p>PLAZO Al 30 de diciembre.</p> <p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO 40%</p>
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Promoción de la Salud.
Área responsable de Información	Direcciones Regionales de Salud -DIRESA o Gerencias Regionales de Salud-GERESA, Direcciones de Redes Integradas de Salud-DIRIS de Lima Metropolitana.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso preparado por la DPROM-DGIESP a partir de los informes remitidos por la Diresas/Geresas/Diris.
Notas	<ol style="list-style-type: none">7. Se ha definido como meta mínima para el cumplimiento del compromiso de mejora, el 20% de instituciones educativas con al menos el 25% de docentes capacitados en estilos de vida saludable (ALI+AFI+SBU), por Diresa/Geresa/Diris.8. Para la selección de las instituciones educativas se priorizará aquellas con mayor número de docentes; la priorización será realizada en coordinación con la UGEL que corresponda o la DRE, quedando registrado en un acta de acuerdos y compromisos con el cronograma de capacitación.9. Para efectos de cálculo del cumplimiento del compromiso de mejora se consideran como denominador el total de instituciones educativas públicas del nivel inicial (jardín) y primaria (regular) del ámbito de la Diresa/Geresa/Diris, teniendo como fuente la información del ESCALE- Minedu.10. Solo sumara al cumplimiento aquella institución educativa pública del nivel inicial (jardín) y primaria (regular) con al menos el 25% de sus “docentes capacitados”.11. Se considera “docente capacitado” aquel docente que haya participado en talleres de capacitación sobre Alimentación saludable (ALI), Actividad Física (AFI) y Salud Bucal (SBU) desarrollada por el personal de salud, haya obtenido una nota superior a 11 en el post test y haya recibido un certificado de capacitación gestionado por la Diresa/Geresa/Diris.12. Con respecto a los talleres de capacitación dirigida a los docentes, no se establece un orden específico para el desarrollo de los temas o rango de oportunidad entre una y otra, sin embargo; se ha establecido desarrollar un taller de capacitación por cada tema, considerando al menos dos (02) horas para el desarrollo de cada tema; en ese sentido, se deberá de desarrollar tres (03) talleres de capacitación al año, estos talleres deberán de ejecutarse en fechas distintas. La certificación deberá considerar un creditaje de al menos 0.5.13. Para el reporte nominal de docentes capacitados por institución educativa y que recibieron certificación se deberá realizar en una matriz Excel cuya estructura será definida por el Minsa – DPROM.14. Los talleres de capacitación se desarrollan según los contenidos técnicos y metodológicos de los Módulos educativos emitidos por el MINSA- DPROM.15. La interpretación, técnica y estadística del cumplimiento del compromiso de mejora, corresponde al MINSA.



Ficha N° 37.1: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de las GERESAs/DIRESAs y DIRIS de Lima,

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de las GERESAs/DIRESAs y DIRIS de Lima.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Ámbito de Evaluación	Instituto Nacional Materno Perinatal	
Definición	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 puérperas en personas de diferentes edades, en atención de la emergencia obstétrica, diagnóstico y referencia oportuna, así como la atención del recién nacido sano y con complicaciones, detección de signos de alarma y manejo.	
Justificación	<p>El incremento de muertes maternas ocurridas en los servicios de salud está en relación con la deficiente capacidad resolutive 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 continua 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>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un Plan para el Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención en temas de: Atención de salud materna, que considere 08 talleres prácticos (presencial mínimamente de 3 días) y 08 talleres teóricos (virtual o presencial) • Elaboración de un Plan para el Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención en temas de: Atención de salud neonatal, que considere 08 talleres prácticos (presencial mínimamente de 3 días) y 08 talleres teóricos (virtual o presencial) <p>Fuente auditable: dos Planes de capacitación-2024, 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 2024.</p>	25%



	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación aprobado.</p> <p>III. OBJETIVO Y COMPETENCIAS</p> <p>Fortalecer competencias de los profesionales médicos y obstetras, 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.</p> <p>Fortalecer competencias de los profesionales médicos y enfermeras en la atención integral del recién nacido sano y con complicaciones, detección oportuna de signos de alarma y tamizajes neonatal.</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 integral del recién nacido sano y con complicaciones, detección oportuna de signos de alarma y los tamizajes neonatales. 	75%
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.	



Ficha N° 37.2: 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	
Ámbito de Evaluación	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-1 de Lima Metropolitana y 5 regiones priorizadas en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia; la metodología debe incorporar discusión de casos o capacitación en servicio.</p> <p>2. Módulos para la capacitación, 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 2024. 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, con las siguientes consideraciones:</p> <p>3.1 Profesionales de la Salud (Médicos y Enfermeras) 80%</p> <p>3.2 Técnicos de Enfermería 20%</p> <p>3.3 Establecimientos- categorías: Hospitales II-1, EE.SS I-4, I-3, I-2 de DIRIS de Lima Metropolitana y 5 regiones priorizadas</p> <p>3.4 Al menos el 50% de participantes aprobados.</p> <p>3.5 Meta: mínimo 400 participantes.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe de capacitación que incluye listado de participantes (profesionales y técnicos de la salud) que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud), al mes de diciembre del 2024, publicada en la página web del INSN. <p>El informe final se enviará a DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA.</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p>70 %</p>
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida de la DGIESP, a través de la Dirección de Intervenciones por curso de vida.	
Área responsable de la información	Instituto Nacional del Niño (INSN – Breña).	
Frecuencia de medición	Anual	



PERÚ

Ministerio
de Salud

Fuente de datos

Informe preparado por la DGIESP, a partir del informe remitido por el Instituto Nacional de Salud del Niño.



Ficha N° 37.3: Fortalecimiento de competencias a los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención en reanimación cardiopulmonar neonatal.

Nombre	Fortalecimiento de competencias a los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención, en reanimación cardiopulmonar neonatal.	
Tipo	Compromiso de Mejora	
Ámbito de evaluación	Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja	
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas para mejorar las competencias de los profesionales de la salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel en reanimación cardiopulmonar neonatal avanzado; mejorando la capacidad resolutive.	
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 ocupa el tercer lugar a nivel nacional, con 388 defunciones, representando el 15 % del total de muertes neonatales en el 2022</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 resolutive por el INSN-SB, dentro del 1° trimestre del 2024. 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 120 personas conformado por el personal de la salud vinculado en la atención neonatal: Médico y Enfermera, 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 2024, publicada en la página web del INSN-SB.</p>	<p>Cumple con las acciones, en los plazos establecidos</p> <p>70%</p>



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



Ficha N° 37.4: 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 evaluación	Hospital de Emergencias Pediátricas -HEP.	
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	<p>3. Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de Vida Niño del Plan de Capacitación en manejo de las emergencias pediátricas de problemas de salud infantil priorizados y su adecuada referencia y contra referencia; la metodología debe incorporar discusión de casos o capacitación en servicio. (Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación en coordinación con otras áreas del HEP);</p> <p>4. Módulos para la capacitación con el V°B° de la DVICI /Etapa de vida Niño del MINSA.</p> <p>Fuente auditable:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan aprobado con Resolución Directoral hasta el mes de marzo del 2024, 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. 	<p>Cumple con las acciones de los ítems 1 y 2; en los plazos establecidos</p> <p>30%</p>
	<p>5. Ejecución del Plan de capacitación aprobado en manejo de problemas de salud infantil priorizados y su adecuada referencia y contrarreferencia, con las siguientes consideraciones:</p> <p>3.1 Profesionales de la Salud (Médicos y Enfermeras) 80%</p> <p>3.2 Técnicos de Enfermería 20%</p> <p>3.3 Establecimientos- categorías: Hospitales II-1, EE. SS I-4, I-3, I-2 de DIRIS de Lima Metropolitana y 5 regiones priorizadas.</p> <p>3.4 Al menos el 50% de participantes aprobados.</p> <p>3.5 Meta: mínimo 400 participantes.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Informe de capacitación que incluye el listado de participantes (profesionales y técnicos de la salud) que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes</p>	<p>Cumple con las acciones del ítem 3; en los plazos establecidos</p> <p>70 %</p>



	<p>datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo, (establecimiento de salud y categoría); al mes de diciembre del 2024, 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	



Ficha N°38: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (Certificación de establecimientos de salud como Amigos de la Madre, la Niña y el Niño)

Nombre	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (Certificación y/o actualización⁸ de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño).	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED de salud y establecimientos de salud del I nivel de atención, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) e Instituto (que brinden atención prenatal, atención del parto y atención del control CRED a menores de dos años).	
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 que 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 que promueven y protegen la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad materno-infantil en las y los niños hasta los dos años 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 sustancial incremento, así tenemos que en el año 2016 se tuvo un porcentaje del 69.8% y en el 2022 un porcentaje de 65,9% (disminuyendo 3.9% en seis años), siendo las zonas rurales las que mantienen mayores porcentajes (76.7% en el año 2022), en comparación con las zonas urbanas (61.4% en el año 2022).</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° 009-2006-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"> 5. Si en el ámbito cuentan con 100 EESS o menos, la meta a alcanzar será el 30% de EESS certificados y/o con certificación vigente. 6. Si en ámbito cuentan entre 101 a 300 EESS, la meta a alcanzar será del 15% de EESS certificados y/o con certificación vigente. 7. Si en el ámbito cuentan entre 301 a 500 EESS la meta a alcanzar será del 9% de EESS certificados y/o con certificación vigente. 8. Si en el ámbito cuentan con 500 a más EESS, la meta a alcanzar será del 5% de EESS certificados o con certificación vigente. <p>Fuente Auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se detalle el total de hospitales y EESS existentes y aquellos que han logrado ser certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y 	100%

⁸ Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, ítem 5.1 - Definición operativa, la "certificación" tiene una duración de tres años, finalizado este periodo debe ser actualizado.



	<p>el niño al 2024. El Informe, también debe contener un análisis resumen comparativo de los últimos 3 años de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de RN que reciben LM durante la primera hora a partir del nacimiento. • Porcentaje de RN que tienen contacto piel a piel durante una hora inmediatamente después de nacido. • Porcentaje de RN que tienen clampaje oportuno o pinzamiento tardío del cordón umbilical. • Porcentaje de niños de 0 a 6 meses que reciben Lactancia Materna Exclusiva. • Total, de nacimientos según tipo de parto. • Total, de consejería en lactancia materna realizadas por profesionales de la salud. <p>3. Acto resolutorio de Certificación o actualización⁹, 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 regional¹⁰, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/, según corresponda.</p>	
	<p>PARA REDES DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si en el ámbito cuentan con 100 o menos EESS, la meta a alcanzar será el 30% de EESS con evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024. 2. Si en ámbito cuentan entre 101 y 300 EESS, la meta a alcanzar será del 15% de EESS con evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024. 3. Si en el ámbito cuentan entre 301 a 500 EESS la meta a alcanzar será del 9% de EESS evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024. 4. Si en el ámbito cuentan con 500 a más EESS, la meta a alcanzar será del 5% de EESS evaluación interna aprobada al II trimestre del 2024. 5. Para Redes de Salud que tienen EESS Certificados en los últimos tres años, deben realizar visitas inopinadas al 10% de EESS para verificar el clampaje oportuno/pinzamiento tardío del cordón umbilical, contacto piel a piel y lactancia materna durante la primera hora del Recién Nacido. 6. Para redes que no tienen EESS Certificados en los últimos tres años deben realizar Monitoreos al 20% de las UPPS de sus EESS utilizando el Anexo 4 de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01. <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe anual del 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 internos 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. En el Informe debe incluir un análisis de los indicadores, Monitoreos y/o Supervisión trimestral a las UPSS de <u>los EESS con Certificación vigente</u>, utilizando el Anexo 4 de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N°609-2014/MINSA. <p>Nota: La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, deben corresponder al I o II trimestre del año 2024. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30</p>	100%

⁹ Según la RM N° 609-2014/MINSA. La certificación tiene una duración de tres años, finalizado ese periodo debe ser actualizada.

¹⁰ Solo para el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Salud del Niño-Sede Breña, corresponde al Ministerio de Salud otorgar la Resolución Ministerial.



	<i>días calendario</i>	
	<p>PARA ESTABLECIMIENTO DE SALUD (I, II Y III NIVEL DE ATENCION)</p> <p>A. <u>Para Establecimientos de Salud NO Certificados o Actualizados</u> como “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño”,</p> <p>1. Evaluación interna aprobada, con puntaje de 80% o más.</p> <p>Fuente auditable: 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 internos 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. La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, debe corresponder al I o II trimestre del año 2024. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario.</p> <p>B. <u>Para Establecimientos de Salud Certificados o Actualizados</u> como “Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño”, durante los tres (3) últimos años.</p> <p>1. Desarrollo de Acciones de Monitoreo¹¹ y/o Supervisión, cuatro (04) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS¹².</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>1. Acto Resolutivo de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda¹³, vigente al 2024.</p> <p>2. Informe Anual de cumplimiento del compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye las 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.</p> <p>El Informe Anual también debe contener un análisis comparativo anual de los últimos 3 años de los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de RN que reciben LM durante la primera hora a partir del nacimiento. • Porcentaje de RN que tienen contacto piel a piel durante una hora inmediatamente después de nacido. • Porcentaje de RN que tienen clampaje oportuno o pinzamiento tardío del cordón umbilical. • Porcentaje de niños de 0 a 6 meses que reciben Lactancia Materna Exclusiva. • Total de nacimientos según tipo de parto. • Total de consejerías en lactancia materna realizadas por profesionales de la salud. <p>3. El Acto Resolutivo Directoral y/o Ministerial de Certificación o actualización,</p>	100%

11 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.

12 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.

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



	son publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Hospital o Instituto, según corresponda.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe preparado por DIRESA/GERESA/DIRIS e Instituto, que contenga un análisis de la situación de los EESS y hospitales de su ámbito, según corresponda; con el <u>visto bueno</u> de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. Nota: La DIRESA/GERESA/DIRIS e Instituto solicitará el visto bueno del Informe al MINSA, a través del Sistema de Gestión Documentaria teniendo como fecha límite hasta el 15 de diciembre del año 2024.	
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">3. 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.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.	



Ficha N°39: Fortalecimiento de los servicios de salud mental comunitaria

Nombre	Fortalecimiento de los servicios de Salud Mental Comunitaria	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Evaluación	Red de Salud y Centros de salud mental comunitaria	
Definición	El compromiso de mejora implica el desarrollo de acciones orientadas a fortalecer la implementación y cumplimiento de los objetivos de los centros de salud mental comunitaria y los hogares protegidos, que se han implementado en el marco del Plan nacional de fortalecimientos de los servicios de salud mental 2017-2021 y su continuidad hasta el 2023.	
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 en el modelo de atención comunitaria 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 tiene como 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> <p>En ese sentido, la implementación de los servicios de salud mental comunitaria como los centros de salud mental comunitaria y los hogares protegidos representan una oportunidad para mejorar el acceso a la atención especializada de personas que presentan problemas de salud mental. Asimismo:</p> <p>Los centros de salud mental comunitaria son espacios de trabajo y aprendizaje colaborativo entre profesionales de diferentes disciplinas y la participación de la comunidad para la atención y cuidado de personas con problemas de salud mental. Tienen como funciones la Atención especializada y participativa de usuarios(as) y sus familias con problemas de salud mental de moderada a alta complejidad y el fortalecimiento continuo de las competencias de los equipos de salud en los establecimientos no especializados en salud mental de su territorio, para el cuidado de la salud mental, a través de un acompañamiento clínico psicosocial y de gestión planificado, que incluye la capacitación en servicio.</p> <p>Los hogares protegidos son servicios médicos de apoyo sin fines de lucro que brindan servicios residenciales transitorios, alternativos a los cuidados que brindaría la familia, para personas con discapacidad de causa mental, intelectual y/o psicosocial que no tienen habilidades para vivir independientemente, que requieren cuidados mínimos y no cuentan con soporte socio-familiar. Asimismo, acompaña a los residentes para que participen en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, buscando la reinserción socio-productiva.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Las redes de salud deben cumplir:	
	1. Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2024 aprobado con resolución directoral, para los EEES del primer nivel de atención del ámbito de la red. Fuente auditable: Resolución Directoral con la aprobación del Plan hasta el mes de febrero 2024 el cual será adjuntado en el informe final.	Cumple con el ítem 10 %
	2. 100% Centros de salud mental comunitaria implementado y funcionando al año 2023 con RENIPRESS Fuente auditable:	Cumple con el ítem 20%



	Base de datos de SUSALUD Sistemas de Salud Asistencial (HIS-MINSA)	
	3. 100% Hogares protegidos implementado y funcionando hasta diciembre del año 2023 con código RENIPRES Fuente auditable: Base de datos de SUSALUD Sistemas de Salud Asistencial (HIS-MINSA)	Cumple con el ítem 20%
	4. La Red de salud cuenta con la Comisión de derivación a los hogares protegido reconocido a través de una resolución directoral conformado como mínimo a responsable de salud mental de la red, coordinador del hogar protegido, jefe del centro de salud mental comunitario, coordinador/a de Continuidad de cuidados del CSMC, representante de la asociación de usuarios y familiares y representante de la Unidad de hospitalización de salud mental y adicciones, al mes de febrero 2024 Fuente auditable: Resolución directoral con la conformación de la Comisión de derivación a los hogares protegido el cual será adjuntado en el informe final.	Cumple con el ítem 15%
	5. Los hogares protegidos brindan acompañamiento a 08 residentes como mínimo durante el año 2024 que cuenten con plan individualizado de cuidados con sus informes trimestrales de avance respectivo. Fuente auditable: Padrón nominal de residente de los hogares protegidos en el que se detalla nombres y apellidos, DNI, fecha de ingreso, fecha de egreso de corresponder, previo consentimiento del residente. El documento debe estar visado por el director de Red. El padrón nominal y los planes individualizados de cuidado e informes serán adjuntado en el informe final de la red.	Cumple con el ítem 20%
	6. Informe final remitido por la red al Ministerio de Salud de las acciones desarrolladas y logros obtenidos que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resolución Directoral con la aprobación del Plan de acompañamiento clínico psicosocial hasta el mes de febrero 2024. ○ Los informes de las visitas de acompañamiento, según formato estándar. ○ Resolución de asignación de categoría y el código único ipress, de los centros de salud mental comunitaria y los hogares protegidos. ○ Resolución de la conformación de la Comisión de derivación a los hogares protegidos. ○ Padrón nominal de residente de los hogares protegidos en el que se detalla nombres y apellidos, DNI, fecha de ingreso, fecha de egreso de corresponder, previo consentimiento del residente. El documento debe estar visado por el director de Red. ○ El padrón nominal y los planes individualizados de cuidado e informes serán adjuntado en el informe final de la red. ○ Planes individualizados de cuidados de los residentes con sus informes trimestrales de avance respectivo. Fuente auditable: Informe remitido a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud	Cumple con el ítem 15%
Para los centros de salud mental comunitaria		
	1. Desarrollo de mínimamente 06 visitas de acompañamiento psicosocial a cada establecimiento de salud priorizado en el Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2024 (04 establecimientos por cada CSMC) Fuente auditable:	Cumple con el ítem 50%



	Informe anual del acompañamiento clínico psicosocial que consolide la información de las visitas de acompañamiento realizadas por cada establecimiento de salud, las mismas que serán colocadas como anexo.	
	2. Conformación de la asociación de usuarios y familiares vinculados a los centros de salud mental comunitaria. Las cuales estarán inscritas o reconocidas por instancias pertinentes como: Sunarp, Registro único de organizaciones sociales -RUOS, Juez de Paz, Junta de usuarios en salud -JUS o por notaria. Fuente auditable: Hoja de registro, cuaderno de actas firmada por notario o Juez de Paz, resolución por la RUOS o SUNARP	Cumple con el ítem 30%
	3. Acompañamiento por parte del equipo de los CSMC a las Asociaciones de Usuarios y Familiares en las actividades que realicen las Asociaciones para ejercer la participación social y comunitaria. Fuente auditable: 1 informe trimestral de acompañamiento firmadas por la junta directiva de la Asociación de Usuarios y Familiares	Cumple con el ítem 20%
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 DSAME de la DGIESP, a partir del informe remitido por la Red.	
Notas	<ul style="list-style-type: none"> –Cada centro de salud mental comunitaria prioriza 04 establecimientos de salud del primer nivel de atención de su jurisdicción. –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. 	



Ficha N°40: Implementación del módulo especializado de salud mental en la historia clínica electrónica Centros de Salud Mental Comunitaria.

Nombre	Implementación del módulo especializado de salud mental en la historia clínica electrónica Centros de Salud Mental Comunitaria.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Evaluación	Red de Salud y Centros de salud mental comunitaria	
Definición	El compromiso de mejora implica el desarrollo de acciones orientadas a fortalecer la implementación de la Historia Clínica Electrónica en los centros de salud mental comunitaria.	
Justificación	El sistema de la Historia Clínica Electrónica permitirá la atención oportuna y eficiente en los establecimientos de salud, ya que la información del paciente estará disponible para una ágil atención por parte del personal de salud.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Las redes de salud deben cumplir:	
	1. 100% del personal de salud que son parte del flujo de atención del CSMC cuentan con usuario y contraseña. Fuente auditable: Informe del área de estadística de la Red de salud	Cumple con el ítem 10%
	2. Capacitación en el SIHCE del personal de salud que son parte del flujo de atención del CSMC Fuente auditable: 100% de personal administrativo (Rol de turnos y programación de citas), técnico y profesional (por grupo ocupacional) de los CSMC capacitados Informe del área de estadística de la Red de salud	Cumple con el ítem 30%
	3. Al menos 10 PC por cada CSMC se encuentra configurado con el SIHCE. Fuente auditable: Informe del área de estadística de la Red de salud	Cumple con el ítem 10%
	4. 100% de CSMC cuentan con internet permanente para el ingreso de la información en el SIHCE Fuente auditable: Informe del área de estadística de la Red de salud que incluya el contrato de servicios de internet durante el año 2024	Cumple con el ítem 10%
	5. Monitoreo al 100% de CSMC, con frecuencia trimestral. Fuente auditable: Informe trimestral remitido al MINSA	Cumple con el ítem 40%
	Para los centros de salud mental comunitaria	
1. Cuentan como mínimo con 10 PC para el registro de la información en el SIHCE, distribuidos en los servicios de acogida, admisión, medicina, servicio de niñas, niños y adolescentes, servicios de adulto y adulto mayor, servicio de adicciones, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, servicio de participación social y servicio de farmacia. Una computadora puede ser compartido como máximo 02 profesionales en un día (turno mañana y tarde) Fuente auditable: Informe del jefe del CSMC	Cumple con el ítem 10%	



	<p>2. El CSMC hace uso del 100% de las fichas del módulo especializado de salud mental en el SIHCE: rol de turnos, generación citas, acogida, evaluación integral, psicología, medicina, enfermería, servicio social, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, visita domiciliaria y continuidad de cuidados.</p> <p>Fuente auditable: Reporte del SIHCE</p>	Cumple con el ítem 20%
	<p>3. EL 100% de personas con diagnóstico “nuevo” de trastornos de salud mental y del comportamiento o problemas psicosociales atendidas durante el año 2024 están registradas en el SIHCE.</p> <p>Fuente auditable: Informe del CSMC que incluye su reporte del SIHCE</p>	Cumple con el ítem 30%
	<p>4. 100% de personas aceptada en “continuidad de cuidados” cuentan con sus fichas de evaluación en el SIHCE (por lo menos la evaluación de ingreso completa)</p> <p>Fuente auditable: 4. Reporte del SIHCE</p>	Cumple con el ítem 30%
	<p>5. El 100% de personas con diagnóstico “nuevo” de trastornos de salud mental y del comportamiento o problemas psicosociales atendidas durante el año 2024 están registradas en la ficha de visita domiciliaria.</p> <p>Fuente auditable: Informe del CSMC que incluye su reporte del SIHCE</p>	Cumple con el ítem 10%
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 DSAME de la DGIESP, a partir del informe remitido por la Red.	
Notas	<ul style="list-style-type: none"> - Solo se considera a los CSMC que cuenten con código RENIPRES - El número de “casos nuevos” se considerará a partir de la fecha de inicio del sistema den el CSMC 	



Ficha N° 41: Fortalecimiento de acciones de fomento de la investigación en salud

Nombre	Fortalecimiento de acciones de fomento de la investigación en salud	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de evaluación	Hospitales del III nivel de atención	
Definición	El compromiso del fomento de la investigación en salud está vinculado a la generación de evidencias sobre problemas identificados y que implica el realizar acciones en los servicios de salud (Institutos y Hospitales); los que deben implementar actividades orientadas a hacer evidente las dificultades existentes en los establecimientos de salud y conducir a la toma de decisiones por los decisores, para mejorar la prestación de servicios en los establecimientos de salud a través del desarrollo de la investigación y publicación de sus resultados.	
Justificación	<p>La generación de evidencia científica es fundamental en el abordaje de los problemas y dificultades percibidas en el proceso de prestación de servicios, y contribuye a tomar decisiones debidamente informadas para mejorar la atención de la salud y bienestar de las personas y población.</p> <p>La evidencia científica en salud con la que se toma decisiones en nuestro país, mayormente proviene de investigaciones realizadas en contextos (mayormente de países de altos ingresos) que tienen características y realidades diferentes a nuestro país en términos raciales, culturales, económicos, socioculturales y ambientales. Esta situación conlleva a desarrollar investigaciones a nivel nacional, regional y local cuyos resultados generen el desarrollo y la implementación de estrategias, metodologías y tecnologías sanitarias que han probado su eficiencia y eficacia en la solución de problemas de salud.</p> <p>El Ministerio de Salud, órgano rector de las políticas de salud en el país, de esta manera asume y promueve el desarrollo de la investigación para generar evidencia científica que ayude a los decisores (autoridades) y a los profesionales de salud a cumplir su función en la gestión y prestación de servicios con la mejor información nacional disponible que posibilite mayor probabilidad de éxito en la atención de la salud de la población. Esta tarea debe ser asumida de manera seria, sostenida y solidaria por los Institutos Especializados y Hospitales del país.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>INSTITUTOS DE SALUD ESPECIALIZADOS (CATEGORIA III-2):</p> <p>1. Protocolos de investigación aprobados a través del comité de ética en investigación (CEI).</p> <p>PUNTAJE: Sobre el total de protocolos presentados el año 2023, si el 2024 tiene: $\geq 5\% = 1$; 6 a 10% = 2; 11 a 15% = 3; 16 a 20% = 4 y $\geq 21\% = 5$ (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Plazo: hasta el 31 de diciembre 2024.</p>	50%
	<p>2. Publicaciones de investigaciones originales [estudios primarios, revisiones sistemáticas (con o sin meta-análisis), estudios de caso, serie de casos] en que, alguno de los autores tenga como institución de afiliación principal el instituto especializado en cuestión. Las publicaciones deben ser hechas en revistas indizadas que cumplan con criterios mínimos (contenido revisado por pares, tener ISSN, DOI) y que se encuentren en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p> <p>PUNTAJE: Sobre el total de protocolos presentados el año 2023, si el 2024 tiene:</p>	50%

	<p>≥5% =1; 6 a 10%=2; y ≥11%=3 (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Plazo: hasta 31 de diciembre 2024.</p> <p>Fuente Auditable: Informe remitido a la Sub dirección de investigación – SUDIV – de la Dirección de Investigación e Innovación en Salud del INS, según formato¹, adjuntando en anexo las constancias o certificados de aprobación de los protocolos del año 2024 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI) y según formato² los links (en versión Word) de los resúmenes (abstract) de los artículos publicados.</p>	
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>HOSPITALES (CATEGORIA III-1):</p> <p>1. Plan de Investigación institucional, según formato³, el mismo que toma como referencia las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú” vigentes y las líneas de investigación institucionales priorizadas, entre otros aspectos.</p> <p>Fuente auditable: Plan de Investigación aprobado (según formato) con Resolución Directoral del Instituto/Hospital, hasta el mes de marzo del 2024, publicado en la web institucional</p> <p>Plazo: hasta el 30 de marzo de 2024.</p>	<p>10%</p>
	<p>2. Protocolos de investigación aprobados a través del comité de ética en investigación (CEI).</p> <p>PUNTAJE: de 1 a 5 puntaje = 1, 6 a 10 puntaje = 2, 11 a 15 puntaje = 3; 15 a 20 puntaje = 4; >21 puntaje 5 (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Plazo: hasta el 31 de diciembre 2024.</p>	<p>40%</p>
	<p>3. Publicaciones de investigaciones originales (estudios primarios o revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis), estudios de bases secundarias, estudios de caso, serie de casos en que, alguno de los autores tenga como institución de afiliación principal el hospital en cuestión. Las publicaciones deben ser hechas en revistas científicas indizadas que cumplan con criterios mínimos (contenido revisado por pares, tener ISSN, DOI) y que se encuentren en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p> <p>PUNTAJE: de 1 a 5 = 1; 6 a 10 = 2; ≥11=3 (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Plazo: hasta el 31 de diciembre 2024.</p> <p>Fuente Auditable: Informe remitido a la Sub dirección de investigación – SUDIV – de la Dirección de Investigación e Innovación en Salud del INS, según formato¹, adjuntando en anexo las constancias o certificados de aprobación de los protocolos del año 2024 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI) y según formato² con los links de los resúmenes (abstract) de los artículos publicados o sometidos a consideración de comité editor de revista indexada para evaluación que se publique en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p>	<p>50%</p>
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>HOSPITALES / INSTITUTO (CATEGORIA III-E) :</p> <p>1. Plan de Investigación institucional, según formato³, el mismo que toma como referencia las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú” vigentes y las líneas de investigación institucionales priorizadas, entre otros aspectos.</p> <p>Fuente auditable: Plan de Investigación aprobado (según formato) con Resolución Directoral del Instituto/Hospital, hasta el mes de marzo del 2024, publicado en la web institucional</p>	<p>10%</p>



	Plazo: hasta el 30 de marzo de 2024.	
	<p>2. Protocolos de investigación aprobados a través del comité de ética en investigación (CEI). PUNTAJE: de 1 a 3 puntaje = 1, 4 a 6 puntaje = 2, 7 a 9 puntaje = 3; 10 a 12 puntaje = 4; >13 puntaje = 5 (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Plazo: hasta el 31 de diciembre 2024.</p>	40%
	<p>3. Publicaciones de investigaciones originales (estudios primarios o revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis), estudios de bases secundarias, estudios de caso, serie de casos en que, alguno de los autores tenga como institución de afiliación principal el hospital en cuestión. Las publicaciones deben ser hechas en revistas científicas indizadas que cumplan con criterios mínimos (contenido revisado por pares, tener ISSN, DOI) y que se encuentren en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science.</p> <p>Plazo: hasta el 17 de enero 2024.</p> <p>PUNTAJE: de 1 a 2 puntaje = 1; 3 a 4 puntaje = 2; >5 puntaje = 3 (los puntajes se multiplican por la ponderación).</p> <p>Fuente auditable: Informe remitido a la Sub dirección de investigación – SUDIV – de la Dirección de Investigación e Innovación en Salud del INS, según formato¹, adjuntando en anexo las constancias o certificados de aprobación de los protocolos del año 2024 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI) y según formato² con los links de los resúmenes (abstract) de los artículos publicados o sometidos a consideración de comité editor de revista indexada para evaluación que se publique en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science..</p> <p>Plazo: hasta el 31 de diciembre 2024.</p>	50%



Ficha N°42: Fortalecimiento del desempeño del Laboratorio, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Laboratorio Referencial de Salud Pública mediante la Evaluación Externa de la Calidad.

Nombre	Fortalecimiento del desempeño del Laboratorio Clínico y del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, Laboratorio Referencial, mediante la Evaluación Externa de la Calidad.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de Evaluación	Hospitales (II-2) y III nivel e Institutos especializados Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS
Definición	<p>El compromiso de mejora implica el desarrollo de acciones orientadas a mejorar el desempeño en la UPSS de Patología Clínica (Laboratorio Clínico) y de las UPSS Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre de los Hospitales II-2 y del III nivel de atención e Institutos especializados y de los Laboratorios de Referencia de las Direcciones Regionales de Salud – DIRESAS, Gerencias Regionales de Salud – GERESAS y Dirección de Redes Integradas de Salud.</p> <p>La participación en los Programas de Evaluación Externa de la Calidad-EEC sirve, para promover el fortalecimiento técnico de la calidad de los laboratorios participantes brindando una herramienta complementaria a su control de calidad, asimismo permitirá evaluar el desempeño de los laboratorios para llevar a cabo ensayos o mediciones específicos y hacer el seguimiento del desempeño continuo de los laboratorios.</p>
Justificación	<p>El INS es el encargado de promover los programas de evaluación externa de la calidad en los laboratorios de salud en el país, asimismo verifica el desarrollo de programas de evaluación externa de la calidad en los laboratorios de salud pública, en el país.</p> <p>Para el cumplimiento del compromiso de mejora</p> <p>Las UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico), es la Unidad básica del establecimiento de salud organizada para la toma, recepción, procesamiento de las muestras biológicas y emisión de resultados de los procedimientos de Patología Clínica. conforme la NTS N°072-MINSA/DGSP-V.01, según numeral 6.1 el control externo de la calidad abarca diferentes procesos mediante los cuales se ejerce la evaluación de la calidad y exactitud de los resultados.</p> <p>La UPSS Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, es la Unidad básica del establecimiento de salud organizada para realizar procesos para la provisión de sangre y hemocomponentes en condiciones de seguridad a las UPSS usuarias del propio establecimiento de salud o a otros establecimientos de salud de corresponder. En relación a los Bancos de Sangre tipo II, estos deben contar con resultados del Programa de Evaluación externa en Inmunoserología, según lo establecido en el DS N° 017-2022-SA que modifica el Reglamento de la Ley N° 26454¹⁴.</p> <p>Según RM N.º 236-96-SA/DM, se establece y oficializa la organización del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia en Salud Pública y en su artículo 3º precisa, que las autoridades regionales de Salud y el Instituto Nacional de Salud desplegarán el interés y esfuerzos debidamente coordinados que se requieran a fin de lograr un óptimo funcionamiento del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Referencia. La Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, actualmente conformada por Laboratorios de Referencia Nacional – LRN que corresponden a los laboratorios del INS; los Laboratorios de Referencia Regional – LRR y Laboratorios de Referencia de las Redes y Sub Regiones de las Direcciones Regionales de Salud – DIRESAS, Gerencias Regionales de Salud – GERESAS y Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana. Los Laboratorios de Referencia dependen administrativamente y funcionalmente de las Direcciones Subregionales de Salud, apoyan la organización y funcionamiento de los laboratorios intermedios y locales, garantizando su continuidad y operatividad.</p> <p>De acuerdo al Manual del Sistema de Gestión de la Calidad (LQMS) de la OMS, la ECC, es un sistema para comprobar de forma objetiva el rendimiento del laboratorio usando una agencia o instalación externa; la participación en el programa de EEC proporciona datos e información útiles que: i) permiten la comparación del rendimiento y de los resultados entre diferentes centros de análisis; ii) emiten advertencias tempranas de los problemas sistemáticos asociados a kits u operaciones; iii) proporcionan pruebas objetivas de la calidad de los análisis; iv) indican las zonas que necesitan mejorar; v) identifican las necesidades de formación.</p> <p>Los laboratorios pueden utilizar la EEC para detectar problemas en las prácticas del laboratorio y permite la aplicación de las medidas correctivas pertinentes, así como requisito para la acreditación.</p>

¹⁴ Ley que declara de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación transfusión y suministro de sangre humana.



La **Resistencia a los antimicrobianos – RAM**, se ha convertido en un problema crónico de salud pública a nivel mundial, con una previsión de 10 millones de muertes por año en todo el mundo para el 2050, por ello se denomina "pandemia silenciosa", pone en peligro la eficacia de la prevención y el tratamiento de una serie, cada vez mayor, de infecciones por virus, bacterias, hongos y parásitos. Por consiguiente, supone una amenaza para la salud pública mundial y requiere medidas por parte de todos los sectores del gobierno y la sociedad; y requiere implementar medidas urgentes que deben gestionarse de forma oportuna y eficaz para evitar problemas futuros.

La participación de los EESS que realizan ensayos de RAM en un Programa de EEC de agentes patógenos de relevancia en la vigilancia de Salud Pública, permitirá evidenciar la garantía de calidad de los resultados de laboratorio e identificar oportunidades de mejora en sus procedimientos. Además, en el marco de la NTS N°072-MINSA/DGSP-V.01 se establecen los controles de calidad externo para el cumplimiento obligatorio en los EESS tipo II-2, III-1 y III-2, por lo que el alcance mínimo para implementar la evaluación del desempeño en un laboratorio que realice ensayos de RAM comprende la identificación de instituciones específicas, dentro de un tamaño muestral de 266 EESS a nivel nacional. Además en concordancia con la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, de alcance nacional y aplicación obligatoria en las IPRESS del MINSA, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, privados y otros prestadores que brinden atenciones de salud en todo el país, "El laboratorio de microbiología de las IPRESS debe llevar un registro de controles de calidad interno que sustenten los resultados de las pruebas microbiológicas. Además, debe tener la condición de aprobado en el Programa de Evaluación Externa de la Calidad del Instituto Nacional de Salud (INS)".

La participación de los **Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre** en el Programa de Evaluación Externa del Desempeño en Inmunoserología (PEVED), organizado por el INS, tiene una relevancia significativa en Salud Pública, considerando la importancia del correcto tamizaje del VIH, HBV, HCV, HTLV, CMV, Sífilis y Chagas, como parte de la estrategia para proporcionar Sangre Segura, sus componentes y derivados, en calidad y cantidad necesaria para suplir la demanda regular de la población frente a una demanda inusitada en situaciones de catástrofe o emergencia nacional. Asimismo, los Bancos de Sangre deben alinearse a los programas de evaluación de desempeño y sus indicadores propuestos y realizar obligatoriamente las pruebas correspondientes, según las normas internacionales de la OMS y regulación nacional, vigentes. Esto permite a su vez, asegurar la calidad y promover el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la Red Nacional de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre e implementar actividades conjuntas para la incorporación de otros Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

La incursión en el PEVED, permitirá evidenciar la concordancia de los resultados reportados por los laboratorios participantes en referencia al panel de control provisto por el Laboratorio organizador del Ensayo Interlaboratorios, determinando así su capacidad para la correcta identificación de los patógenos de interés en salud pública investigados, a nivel nacional, esto permite a su vez, asegurar la calidad y promover el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la Red Nacional de Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre e implementar actividades conjuntas para la incorporación de otros Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

La articulación de esfuerzos interinstitucionales para asumir acciones permite fortalecer la Red Nacional de Laboratorios y desarrollar estrategias de contingencia para mitigar impactos negativos en la salud pública de la población. Siendo una de estas el aseguramiento de la calidad del diagnóstico de laboratorio que, a su vez, permite un estrechamiento de la brecha en el proceso de vigilancia de la RAM y la cobertura en cantidad y calidad suficiente de los hemocomponentes en el Perú

En consecuencia, la participación de los EESS en el Programa de Evaluación externa de la Calidad, organizado por el Instituto Nacional de Salud en una oportunidad de mejora para gestionar un escalamiento en el proceso de enrolamiento de EESS y fomentar el aseguramiento de la calidad y, por tanto, la emisión de resultados confiables.

Considerando la Red de Laboratorios en salud pública, en los últimos años va teniendo un impacto el cual se ha visto fortalecido en el diagnóstico de las enfermedades de importancia en salud pública en el país; con la descentralización en el diagnóstico de las enfermedades de importancia en salud pública como es caso de tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros, se ha logrado responder a las emergencias sanitarias en el país, contribuyendo al control de los daños a la salud



	<p>Los Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, realizan el diagnóstico en las muestras que proceden de su región, asimismo realizan la evaluación y control de calidad de los procedimientos de diagnóstico, en ese sentido resulta necesario implementar un sistema de calidad, que aseguren los resultados obtenidos para la vigilancia de las enfermedades de importancia en salud pública en su región.</p> <p>Caba mencionar que los Laboratorios de Referencia de Salud Pública de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, son Servicios Médicos de Apoyo, por lo cual tendrían que cumplir con lo señalado en la N°072-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica, en relación al control de calidad externo en el cual establece, en el cual señala que “los Servicios Médicos de Apoyo de Patología Clínica que funcionen de manera independiente, se realizara tomando en cuenta las áreas de la UPS de Patología Clínica en relación a los Establecimientos de Salud.</p> <p>En ese contexto, es importante fortalecer el desempeño de los Laboratorios Referenciales de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS, permitiendo de esa manera asegurar la confiabilidad del resultado frente al impacto en la salud pública.</p> <p>La evaluación del desempeño, permite evidenciar la concordancia de los resultados reportados por los laboratorios participantes en referencia al panel de control provisto por el Laboratorio Organizador del Ensayo Inter laboratorios, determinando así su capacidad para la correcta identificación de los patógenos de interés en salud pública investigados, a nivel nacional.</p>		
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	HOSPITALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS Para Hospitales II-2 y del III nivel de atención e Institutos especializados que tengan la UPSS Patología Clínica (Laboratorio Clínico), Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre.	1 UPSS	2 UPSS
	Patología Clínica: 1. Participación en el Programa de EEC de resistencia antimicrobiana de bacterias patógenas de relevancia en la vigilancia de Salud Pública.	10 %	5%
	2. Obtener resultados concordantes en la evaluación de género y especie.	30 %	15%
	3. Obtener resultados concordantes en susceptibilidad y mecanismos de resistencia Fuente auditable: Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web Institucional.	60 %	30%
	Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre: 1. Participación en el Programa de EEC PEVED, organizado por el Instituto Nacional de Salud.	10 %	5%
	2. Obtener resultados concordantes en la evaluación. Fuente auditable: Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web Institucional.	90 %	45%
	LABORATORIOS DE REFERENCIA DE SALUD PÚBLICA DE LAS DIRESAS/GERESAS/DIRIS 1. Participación en 01 Programa de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (TBC, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros).	10 %	
	2. Participación en 02 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes.	30 %	
	Participación en 03 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes.	30 %	
	Participación mayor a 03 Programas de EEC de alguna de las enfermedades de importancia en salud pública (tuberculosis, VIH, dengue, malaria, leptospirosis, COVID-19, influenza entre otros) y obtienen resultados concordantes. Fuente auditable: Constancia de resultados de Ensayo Inter laboratorio publicado en la página web institucional.	30 %	



Área responsable técnica	Instituto Nacional de Salud a través de DILAB y CNSP
Área responsable de Información	OGTI - MINSA y DILAB - INS
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Información de Resultados NETLAB
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA-INS, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.

Fuente: DILAB/INS



Ficha N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud 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 de salud 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 evaluación	Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada) e Institutos Especializados	
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 una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, con la finalidad de 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>El principio más básico de cualquier servicio de atención de salud es, ante todo, no hacer daño. Sin embargo, se ha demostrado que, tanto en los países poco desarrollados como en los desarrollados, se causan muchos perjuicios a los pacientes que tienen graves repercusiones humanas, morales, éticas y económicas y que se podrían prevenir (OMS).¹⁵</p> <p>La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen¹⁶.</p> <p>Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta con un daño cuando recibe atención de salud y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Más de la mitad de estos daños se pueden prevenir.</p> <p>Las causas habituales que pueden provocar daños prevenibles se deben a errores en la prescripción de medicamentos, errores cometidos durante la identificación de pacientes, caída de pacientes, aparición de úlceras por de cúbito, infecciones asociadas a la atención de salud, errores diagnósticos, entre otras prácticas de atención inseguras.¹⁷</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 mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, señala 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.¹⁸</p>	
	HOSPITALES NIVEL II (CON POBLACION ASIGNADA) Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.	Cumple con las acciones según lo

¹⁵ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

¹⁶ Plan de Acción mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 OMS.

¹⁷ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> OMS

¹⁸ RMN° 163-2020-MINSA Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud.



Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</p> <p>1.2 El Hospital ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2024, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, que incluya mínimo (01) una ronda de seguridad por mes según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado 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).</p> <p>El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</p> <p>Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta febrero 2024</p> <p>Fuente auditable: documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	<p>establecido en criterio 1</p> <p>40%</p>
	<p>Criterio 2:</p> <p>2.1 Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>El Hospital elabora el informe semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo seleccionarse en la RSP por semestre obligatoriamente la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general o adulto), Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3 Hojas de Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente, Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por el equipo de rondas y los jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, de monitoreo y evaluación, etc.) en cada semestre; Anexo 7 Fichas de monitoreo que muestran la implementación de al menos el 50% de las acciones correctivas del Plan del anexo 6 (entre otras, demostrar implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS) en cada semestre. Remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.</p> <p>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I semestre hasta 31 de julio 2024 • II semestre hasta 31 de diciembre 2024 	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2</p> <p>60%</p>



	<p>Fuentes auditables: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>HOSPITALES nivel II (SIN POBLACIÓN ASIGNADA), Nivel III e INSTITUTOS</p> <p>Criterio 1:</p> <p>Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital o Instituto, conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. El documento oficial, debe ser aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2024.</p> <p>1.2 El hospital e Instituto ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2024, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial, que incluya mínimo (01) una ronda por mes. Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado 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).</p> <p>El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero 2024.</p> <p>Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.</p> <p>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta febrero 2024.</p> <p>Fuente auditable: documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1</p> <p>30%</p>
	<p>Criterio 2:</p> <p>2.1 Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>El Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente; mínimo (01) una por mes y cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo aplicarse en la RSP obligatoriamente por semestre la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general, UCI pediátrica y Neonatal) Centro Quirúrgico. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3 hojas de Resultados debidamente firmados por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente, con resultados mayor o igual al 70%, en cada una de las Rondas de seguridad del paciente aplicadas, Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por el equipo de rondas y los jefes de los servicios visitados. El plan incluirá entre otras, acciones orientadas a la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica y de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS (acciones de capacitación, de monitoreo y evaluación, etc.). Anexo 7 Fichas de monitoreo que muestra la implementación de al menos el 70% de las acciones correctivas del Plan, (entre otras, demostrar implementación de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2</p> <p>70%</p>



	<p>higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS).</p> <p>Remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.</p> <p>Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe I semestre hasta el 31 de julio 2024• Informe II semestre hasta el 31 de diciembre 2024 <p>Fuente auditable: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).</p>	
Área responsable técnica	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Área técnica responsable de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	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	
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.	



HOSPITALES/INSTITUTOS A EVALUAR EL COMPROMISO DE MEJORA “FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

Nº	DIRESA/GERESA/DIRIS INSTITUTOS	Hospitales e Institutos	NIVEL
1	AMAZONAS	HOSPITAL DE APOYO GUSTAVO LANATTA LUJAN	II-1
2		HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA	II-2
3	ANCASH	HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON	II-2
4		HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA"HUARAZ	II-1
5		HOSPITAL LA CALETA	II-2
6	APURIMAC	HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	II-2
7		HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	II-2
8	AREQUIPA	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	III-1
9		HOSPITAL GOYENECHÉ	III-1
10		HOSPITAL CAMANA	II-1
11		HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	II-1
12		INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	III-2
13		AYACUCHO	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO"MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA"
14	CAJAMARCA	HOSPITAL DE APOYO DE CHOTA JOSE SOTO CADENILLAS	II-1
15		HOSPITAL GENERAL JAEN	II-1
16		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA	II-2
17		HOSPITAL SIMON BOLIVAR	II-E
18	CALLAO	HOSPITAL SAN JOSE	II-2
19		HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN	III-1
20		HOSPITAL DE VENTANILLA	II-1
21	CUSCO	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	III-1
22		HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO	III-1
23		HOSPITAL QUILLABAMBA	II-1
24		HOSPITAL SICUANI	II-1
25	HUANCAVELICA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA	II-2
26	HUANUCO	HOSPITAL DE TINGO MARIA	II-1
27		HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN	II-2
28		HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI	II-E
29	ICA	HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	II-1



30		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO	II-1
31		HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO	II-1
32		HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA	II-1
33		HOSPITAL REGIONAL DE ICA	III-1
34	JUNIN	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION	III-1
35		HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO	II-2
36		HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN	III-1
37		IREN CENTRO	III-2
38		HOSPITAL DE APOYO FELIX MAYORCA SOTO	II-2
39		HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA	II-1
40		LAMBAYEQUE	HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE
41	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES		II-2
42	HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE		III-1
43	LIMA	HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS"DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"	II-2
44		HOSPITAL DE BARRANCA	II-2
45		HOSPITAL GENERAL DE HUACHO	II-2
46		HOSPITAL REZOLA	II-2
47		HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	II-2
48	LIBERTAD	HOSPITAL BELEN TRUJILLO	III-1
49		HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	III-1
50		INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA	III-2
51		INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS NORTE-DR. LUIS PINILLOS GANOZA	III-2
52		HOSPITAL DE APOYO CHEPEN	II-1
53		HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA	II-1
54		HOSPITAL DE APOYO CESAR VALLEJO MENDOZA	II-1
55		HOSPITAL DE APOYO LEONCIO PRADO	II-1
56		HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PEREZ	II-1
57		HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA	II-1
58		HOSPITAL DISTRITAL ALTO MOCHE-WALTER CRUZ VILCA	II-1
59		HOSPITAL DISTRITAL DE EL PORVENIR SANTA ISABEL	II-1
60		HOSPITAL DISTRITAL DE PACASMAYO	II-1



61		HOSPITAL DISTRITAL EL ESFUERZO DE FLORENCIA DE MORA	II-1
62		HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN	II-1
63		HOSPITAL DISTRITAL LAREDO	II-1
64		HOSPITAL DISTRITAL VISTA ALEGRE	II-1
65		HOSPITAL PROVINCIAL ASCOPE "ROSA SANCHEZ DE SANTILLAN"	II-1
66		HOSPITAL PROVINCIAL DE BOLIVAR	II-1
67		HOSPITAL PROVINCIAL DE JULCAN	II-1
68		HOSPITAL PROVINCIAL DE TAYABAMBA	II-1
69		HOSPITAL PROVINCIAL DE VIRU	II-1
70		HOSPITAL PROVINCIAL DE CASCAS	II-1
71		HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"	II-2
72	LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"	III-1
73		HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2
74	MADRE DE DIOS	HOSPITAL SANTA ROSA	II-1
75		HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA	II-2
76	MOQUEGUA	HOSPITAL ILO	II-1
77	PASCO	HOSPITAL DR. DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA	II-1
78		E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS II-1	II-1
79		HOSPITAL DE APOYO II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES-PAITA II-1	II-1
80	PIURA	HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA II-2	II-2
81		HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU-COREA SANTA ROSA II-2	II-2
82		HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO	II-2
83		HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	II-2
84	PUNO	HOSPITAL ILAVE	II-1
85		HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (AYAVIRI)	II-1
86		HOSPITAL MOYOBAMBA II-1 DR SEGUNDO RODOLFO PÉREZ NIETO	II-1
87		HOSPITAL TARAPOTO II-2	II-2
88	SAN MARTIN	HOSPITAL II-1 "DR JOSÉ PEÑA PORTUGUEZ" II-1 TOCACHE	II-1
89		HOSPITAL DE RIOJA II-1	II-1
90	TACNA	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	III-1
91	TUMBES	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	II-2
92		HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha	II-2
93	UCAYALI	HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	II-2



94	DIRIS LIMA CENTRO	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	II-2
95		HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	III-1
96		HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	III-1
97		HOSPITAL APOYO SANTA ROSA	III-1
98		HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	III-E
99		HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	III-E
100		HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA	III-1
101		HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ	III-E
102		DIRIS LIMA ESTE	HOSPITAL HUAYCAN
103	HOSPITAL VITARTE		II-1
104	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE		III-1
105	HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD JOSE AGURTO TELLO		II-2
106	HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN		III-1
107	DIRIS LIMA NORTE	HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	II-2
108		HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	III-1
109		HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES	III-1
110	DIRIS LIMA SUR	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	III-1
111		HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR HEVES	II-2
112	INSTITUTOS	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	III-2
113		INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS	III-2
114		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	III-2
115		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	III-2
116		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA	III-2
117		INSTITUTO INO DR. FRANCISCO CONTRERAS C.	III-2
118		INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI"	III-2
119		INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA ADRIANA REBAZA FLORES AMISTAD PERU-JAPON"	III-2



Ficha N° 44: 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 evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Hospitales del II y III nivel de atención (con y sin población asignada) 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 2024.	
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>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 DEL II Y III NIVEL DE ATENCION (CON Y SIN POBLACION ASIGNADA) 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>El hospital/instituto regional remite estos documentos a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS según plazo. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo de recepción MINSa: Hasta 31 de Mayo 2024</p> <p>2.- Los establecimientos de salud, cuentan con Plan de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, aprobado con Acto Resolutivo o documento Oficial.</p> <p>El hospital/instituto regional remite el plan y documento de aprobación a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS según plazo. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	<p>Cumple con las acciones</p> <p>1 y 2 = 30%</p>



	<p>Plazo de recepción MINSA: Hasta 31 de Julio 2024</p> <p>Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p> <p>3.- Los establecimientos de salud, comunican formalmente el Inicio de Autoevaluación 2024 (fecha de inicio), 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 de recepción MINSA: Hasta 30 de Setiembre 2024</p> <p>Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p> <p>4.- Los establecimientos de salud, cuentan con Informe Técnico de Autoevaluación 2024, según esquema establecido en la Guía Técnica del Evaluador, que incluye reporte de resultados semaforizado, donde se identifica que alcanza el % de resultado esperado (según tabla I).</p> <p>El informe Técnico de Autoevaluación y el archivo Excel de resultados emitido por el aplicativo para la Acreditación, deben ser remitidos a la 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> <table border="1" data-bbox="491 1160 1158 1417"> <thead> <tr> <th colspan="3">Tabla N°01</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">EESS</th> <th colspan="2">Resultado de Autoevaluación 2024 (EESS cumple los siguientes requisitos)</th> </tr> <tr> <th>Mínimo esperado 2024</th> <th>Incrementa resultado respecto al año anterior*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>II-1</td> <td>50%</td> <td rowspan="3">5%</td> </tr> <tr> <td>II-2 y III-1</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>III-2</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>*Incremento mínimo de 5% respecto al año anterior para todos los EESS excepto para EESS con Autoevaluación aprobada (resultado 85% o más) en el 2023, a ellos corresponde incrementar resultado para 2024 sin porcentaje mínimo.</i></p> <p>Plazo de recepción MINSA: Hasta 31 de Diciembre 2024</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales y de las DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten documentos de hospital/instituto regional).</p>	Tabla N°01			EESS	Resultado de Autoevaluación 2024 (EESS cumple los siguientes requisitos)		Mínimo esperado 2024	Incrementa resultado respecto al año anterior*	II-1	50%	5%	II-2 y III-1	60%	III-2	70%	<p>Cumple con acciones 3 y 4 = 70%</p>
Tabla N°01																	
EESS	Resultado de Autoevaluación 2024 (EESS cumple los siguientes requisitos)																
	Mínimo esperado 2024	Incrementa resultado respecto al año anterior*															
II-1	50%	5%															
II-2 y III-1	60%																
III-2	70%																
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>RED DE SALUD/RIS/DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>Las Redes de Salud/Redes Integradas de salud, DIRESA/GERESA/DIRIS conducen el proceso de Acreditación de EESS en su jurisdicción. Gestionan la implementación de la Autoevaluación en los EESS del primer nivel de atención seleccionados.</p> <p>Observaciones:</p>																



-El número de EESS del primer nivel de la Red de Salud/RIS, seleccionados para realizar Autoevaluación del PAES 2024, se establecerá con relación al avance del año anterior, de acuerdo al rango descrito en tabla N°02:

Tabla N°02		
N° total de EESS de la Red de Salud	Autoevaluación 2024 (Red cumple los siguientes requisitos)	
	% mínimo de EESS seleccionados	Incrementa EESS respecto al año anterior *
Menos de 50 EESS	50%	20%
51 a 100 EESS	40%	
Más de 100 EESS	30%	

-*El incremento del 20% aplica para las Redes de Salud/RIS que en el año anterior superaron el porcentaje mínimo de EESS Autoevaluados establecidos en tabla N°02.

-Si el año anterior la Red de Salud/RIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2024 será el 100% de EESS.

-Para DIRESA/GERESA/DIRIS, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2024, será la sumatoria de los EESS seleccionados por cada una de las Redes de Salud/RIS de su ámbito jurisdiccional.

-Si el año anterior la DIRESA/GERESA/DIRIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2024 será el 100% de EESS.

-El número de EESS seleccionados según los parámetros establecidos en la presente ficha se registrarán en Acta de Reunión de Negociación de Convenio de Gestión.

Para cumplir el compromiso **la Red de Salud** remite formalmente informes consolidado de su jurisdicción a la **DIRESA/GERESA** y a través de ella a la **UFGCS-DVMPAS** en plazo previsto. Así como la **DIRESA/GERESA/DIRIS** remite informes consolidados regionales directamente a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto.

- Informe que incluye la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 1 (registra la RD o documento Oficial vigente de conformación de Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos).

Plazo de recepción:

Hasta 15 de Mayo 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).

Hasta 31 de Mayo 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

- Informe que incluye la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 2 (registra la RD o documento Oficial que aprueba el Plan de Autoevaluación 2024).

Plazo de recepción:

Hasta 15 de Julio 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).

Hasta 31 de Julio 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud/RIS y consolidado jurisdiccional).

Cumple con acciones

1 y 2 = 30%



	<p>3. Informe que incluye la Matriz consolidada preestablecida por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel que cumplieron con la acción 3 (registra documento formal por el cual los EESS de primer nivel comunicaron inicio de Autoevaluación 2024).</p> <p>Plazo de recepción:</p> <p>Hasta 15 de Setiembre 2024 (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).</p> <p>Hasta 30 de Setiembre 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).</p> <p>4. Informe consolidado de los EESS de primer nivel que realizaron autoevaluación durante el año 2024 (100% de EESS seleccionados), que incluya como anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Matriz consolidada preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra los resultados de Autoevaluación de los EESS del primer nivel que cumplieron con las acciones 1, 2, 3 y 4. ✓ Link de acceso a los reportes Excel de resultados semaforizados de Autoevaluación emitidos por el Aplicativo para la Acreditación, de cada uno de los EESS registrados en la Matriz. <p>Plazo de recepción:</p> <p>Hasta 15 de Diciembre 2024. (Red/RIS a DIRESA/GERESA/DIRIS).</p> <p>Hasta 31 de Diciembre 2024 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).</p> <p>Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional).</p>	<p>Cumple con acción 3 y 4 = 70%</p>
Área responsable técnica y de la información.	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS.	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	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 hospitales e Institutos Nacionales, RED/RIS/DIRESA/GERESA y DIRIS.	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	



Ficha N°45: Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a nivel nacional

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola (SR) y parálisis flácida aguda (PFA) a nivel nacional
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de Evaluación	Redes de salud, Hospitales del II y III nivel (con y sin población asignada) e institutos especializados
Definición	<p>La notificación es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, de la unidad notificante que se encuentra aprobada por Resolución Directoral de cada GERESA/DIRESA/DIRIS. La notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola en población general y parálisis flácida aguda en menores de 15 años se realiza de forma inmediata (dentro de las 24 horas de identificado el caso), que corresponde a una notificación oportuna; y se realiza en todos los servicios de los establecimientos de salud.</p> <p>La notificación negativa es realizada por el personal de salud encargado de epidemiología de un Establecimiento de Salud (EESS) en el aplicativo OSIRIS de forma semanal, indicando la ausencia de casos en la jurisdicción correspondiente.</p> <p>Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación oportuna a través del sistema de vigilancia de notiweb y OSIRIS. • Notificación negativa de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda. <p>Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La notificación de casos corresponderá a todas las edades. • Participarán las redes de salud conformadas a nivel nacional. Estas deberán consolidar la información de sus establecimientos de salud. • La notificación cumplirá la definición de caso sospechoso de sarampión-rubéola, cuyo registro se realizará en el aplicativo notiweb y la obtención de muestra de sangre dentro de los 30 días de haber iniciado la erupción, con el envío de la ficha clínico epidemiológica de sarampión-rubéola a CDC. • De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS. <p>Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La notificación de casos corresponderá a menores de 15 años • La notificación cumplirá la definición de caso de parálisis flácida aguda, cuyo registro se realizará en el aplicativo notiweb y la obtención de muestra de heces dentro de los 14 días posteriores de haber iniciado la parálisis, con el envío de la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda a CDC. • De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS.



<p>Justificación</p>	<p>La Región de las Américas fue declarada como libre de los virus de la rubéola y el sarampión en el 2015 y 2016 respectivamente y el último caso confirmado de poliomielitis por poliovirus salvaje en 1991; sin embargo, la circulación de ambos virus en otras regiones del mundo y debido a la migración de poblaciones y bajas coberturas de vacunación se coloca en riesgo la sostenibilidad de la eliminación en el país. Durante el 2023, se han presentado casos confirmados en varios países del mundo y en marzo del 2023 se confirmó un caso de poliovirus derivado de vacuna tipo 1 en el Perú. Desde el 2020 la notificación de casos sospechosos de SR y de PFA no han logrado el estándar recomendado por la OPS que es de 2 casos sospechosos de SR por cada 100,000 hab. y de 1 caso de PFA por cada 100,000 hab. < de 15 años. Adicionalmente, la cobertura de vacunación de SRP2 y de Polio3 para el 2022 no alcanzó superar el 95% y a octubre del 2023 no ha alcanzado el avance esperado.</p> <p>Es por ello, la necesidad de un sistema de vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda sensible que permita identificar, notificar casos y establecer las medidas de control de forma inmediata, que evite la circulación y diseminación del virus en la comunidad y afecte a la población vulnerable presentando el sarampión complicaciones y muerte en población infantil; y la poliomielitis afectando el sistema nervioso ocasionando secuelas de por vida.</p> <p>Este compromiso de mejora se encuentra en relación al Plan Estratégico Institucional 2019-2026 ampliado del MINSA en cuanto al OEI.1 de Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población con énfasis en las prioridades nacionales; y la AEI.1.10 Identificación, notificación y control de brotes, epidemias y otros eventos de importancia de salud pública, oportunos.</p> <p>Los documentos normativos que regulan el proceso son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria que establece la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública (actualización de los anexos 1,2 y 3 e incluye a la tuberculosis como una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria en el país.), aprobada a través de RM N°948-2012/MINSA ✓ Directiva Sanitaria N°049-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas, aprobada a través de RM N°800-2012/MINSA. ✓ Directiva Sanitaria N°059-MINSA/DGE-V-01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis/Parálisis Flácida Aguda, aprobada a través de RM N°931-2014/MINSA.
<p>Logro esperado y porcentaje de cumplimiento</p>	<p>Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará:</p> <p>Para redes de salud:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 30% del puntaje total.</p> <p>B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las redes de salud que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos sospechosos de sarampión-rubéola durante el 2024. ○ Las redes de salud que hayan notificado 01 caso durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024. <p>El cumplimiento de esta actividad equivale al 70% del puntaje total</p>

	<p>Para hospitales con población asignada, hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total</p> <p>B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola</p> <ul style="list-style-type: none">○ Los Hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal) que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos sospechosos de sarampión-rubéola durante el 2024.○ Los Hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal) que hayan notificado 01 caso durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024. <p>El cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje</p> <p>Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará:</p> <p>A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de parálisis flácida aguda, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total</p> <p>B) Notificación de casos de parálisis flácida aguda</p> <ul style="list-style-type: none">○ Los hospitales II-1 y II-2, II-E, III-1, III-2 e Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú) que no hayan notificado casos durante el 2023, notificarán al menos 2 casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años durante el 2024.○ Los hospitales II-1 y II-2, II-E, III-1, III-2 e Institutos Especializados (INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú) que hayan notificado 01 caso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años durante el 2023, incrementarán en el 100% su notificación para el 2024; en el caso de los que han notificado 02 casos a más mantendrán igual el número de casos notificados en el 2023 para el 2024 <p>El cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje</p> <p>El porcentaje de cumplimiento para los hospitales de todos los niveles e institutos especializados se calculará en base al promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado para la notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda.</p> <p>Fuente auditable: El aplicativo Notiweb, módulo OSIRIS, ficha clínico epidemiológica de sarampión-rubéola, ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda</p>
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.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	<p>Aplicativo web de notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda y modulo OSIRIS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p> <p>Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2024, con cierre de base de datos al 30 de enero del 2025.</p>



Notas	<p>El CDC monitorizará la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de sarampión – rubéola, que se registra en el aplicativo OSIRIS, para el cumplimiento de la definición de caso. De igual manera, la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda remitida de manera física posterior a la notificación, la misma que contiene la información que corresponde al cumplimiento de la definición de caso, tiempo para la notificación y para la obtención de muestra.</p> <p>Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola participarán los Institutos Especializados: INSN Breña, INSN San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal.</p> <p>Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda participarán los Institutos Especializados INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.</p>
--------------	--

**Ficha N° 46: Implementación de las funciones de las Redes Integradas de Salud: provisión de servicios de salud y abordaje de determinantes sociales de salud**

Nombre	Implementación de las funciones de las redes integradas de salud: provisión de servicios de salud y abordaje de determinantes sociales de la salud
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS.
Definición	La Red Integrada de Salud -RIS tiene a cargo las funciones de proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito, con intervenciones de salud individual y salud pública y el abordaje de los determinantes sociales de la salud; las cuales en el funcionamiento de las RIS denotan como acciones prioritizadas: la identificación de población nominalizada para condiciones asegurables y el directorio de actores sociales.
Justificación	<p>La ley 30885, establece la conformación y funcionamiento de las redes integradas de salud, en su artículo 5 señala que la RIS tiene a su cargo dos funciones: (1) proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública y (2) abordaje de los determinantes sociales de la salud.</p> <p>En el reglamento de la ley 30885¹⁹, señala que, en la RIS, a cada Equipo Multidisciplinario de Salud- EMS, se le asigna un conjunto de familias para brindar los cuidados integrales de la salud, siendo necesario identificar la población nominalizada con riesgos y daños según perfil de salud de la RIS; cuyo ámbito territorial corresponde al área sanitaria de la RIS.</p> <p>Según la disposición complementaria modificatoria del Decreto Legislativo N° 1504, en su Título IV Sistema de Salud: el Sistema Nacional de Salud, lo conforman el ente rector, las instancias de coordinación interinstitucional y los órganos de los distintos niveles de gobierno, así como las entidades que los integran. Como una de las instancias de Coordinación Interinstitucional se tiene a los Comités Distritales de salud para el abordaje de los determinantes sociales de salud -DSS.</p> <p>En las RIS, de manera coordinada y articulada con la Autoridad Sanitaria Regional y Autoridad Sanitaria Local e instituciones u organizaciones representativas en su ámbito, se desarrollan acciones de articulación territorial efectiva a través de la coordinación, cooperación, concertación y alineamiento intersectorial e intergubernamental para el abordaje de los DSS en el ámbito de la RIS.</p> <p>El presente compromiso de mejora se realiza en una RIS conformada en la que su Autoridad Regional de Salud o Autoridad Sanitaria de Lima Metropolitana ha realizado el proceso de estructuración y formalización en su jurisdicción²⁰</p>

¹⁹ D.S N° 019-2020-SA

²⁰ Directiva Administrativa N.° 329-MINSA/DGAIN-2022, conformación de Redes Integradas de Salud-RIS..



<p>Logro esperado</p>	<p>La DIRESA, GERESA, DIRIS:</p> <p>Realiza la identificación de población nominalizada con daño de diabetes mellitus e hipertensión arterial en la RIS.</p> <p>Acción 1: Identificación de población con condiciones de salud priorizadas para el cuidado integral de salud en la RIS</p> <p>a) Determinación de población en riesgo que corresponde a la población joven, adulto y adulto mayor identificado en la RIS*.</p> <p>Plazo: último día hábil del I trimestre 2024.</p> <p>b) Determinación de población con daño según prevalencia en estudios a nivel regional o nacional de los últimos 5 años*.</p> <p>Plazo: último día hábil del I semestre 2024.</p> <p>c) Determinación de población identificada con daño nominalizada según fuentes de base de datos de los servicios de salud de la RIS* (Fuente HIS, SIS y otros)</p> <p>Plazo: último día hábil del III trimestre 2024.</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Informe de conformidad de la DGAIN, en relación a los informes de la DIRESA, GERESA, DIRIS</p> <p>Plazo: Hasta el último día hábil del cuarto trimestre 2024.</p> <p>La DIRESA, GERESA, DIRIS:</p> <p>Realiza acciones para el abordaje de los determinantes sociales en salud en la RIS.</p> <p>Acción 2: Acciones para el abordaje de los determinantes sociales en salud en la RIS</p> <p>2.1. Identificación del comité distrital en salud en el/los distritos de la RIS con Ordenanza Municipal*.</p> <p>2.2. Directorio de actores sociales en el/los distritos de la RIS*</p> <p>Fuente auditable:</p> <p>Informe de conformidad de la DGAIN, en relación al informe de la DIRESA, GERESA, DIRIS</p> <p>Plazo: Hasta el último día hábil del cuarto trimestre 2024</p>	<p>Cumple la Acción 1 y la Acción 2 en su totalidad: 100% del peso ponderado.</p> <p>Cumple la Acción 1 o la Acción 2 en su totalidad: 50% del peso ponderado</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN</p>	
<p>Área responsable de Información</p>	<p>Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN</p>	



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	*Los formatos para las acciones 1 y 2 se encuentran en el siguiente link : https://docs.google.com/spreadsheets/d/1fybsm1X1CLRsAsgXUZVOheltHICNixlF/edit#gid=2096876635