



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

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.
Definición	Determina el porcentaje de niños de 17 meses 29 días que, habiendo tenido un diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses 29 días, se han recuperado entre los 6 y 9 meses a partir del diagnóstico. Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con DNI en el padrón nominal y HIS que cumplen 544 días (17 meses 29 días) en el periodo de evaluación, con tipo de seguro, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Con diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días).
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 3 años de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. El manejo terapéutico de la anemia desde los servicios de salud, comprende la administración de suplementos de hierro conforme la dosis establecida: En niños prematuros y/o con bajo peso al nacer la dosis es de 4 mg/kg/ día y en niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer la dosis de 3 mg/kg/día en niños. Se acompaña de consejería y sesiones demostrativas a los padres, seguimiento de los niños mediante visitas domiciliarias y otras acciones educativo-comunicacionales; para promover la adherencia y el consumo adecuado de los suplementos. Un factor determinante para la efectividad del tratamiento que conlleva la recuperación del niño con anemia, es la adherencia al tratamiento; la misma que se afecta porque el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios del suplemento de hierro es insuficiente por lo cual el incumplimiento en el tratamiento es recurrente y en la mayoría de los casos se debe a los efectos asociados a su consumo. Monitorear el proceso del tratamiento hasta alcanzar la recuperación, nos garantiza que el niño ha recuperado sus reservas de hierro y le confiere mejores oportunidades de desarrollo físico e intelectual y una mejor calidad de vida.
Fórmula del indicador	Niñas/niños del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de anemia (CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9) entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico) con CIE X: U310 ó 99199.17 (Lab:SF1....SF3 ó PO1 y PO2 ó P01 y P02 ó 1...3), con un rango de 25 a 100 días entre cada entrega de hierro y registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo de anemia CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9 (LAB:PR) y dosaje definitivo de hemoglobina CIE: 85018 ó Z017 entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico. $\frac{\text{Niñas/niños de 350 a 573 días de edad (18 meses 29 días) en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal, que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación registrados en el HIS.}}{\text{Niñas/niños del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de anemia (CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9) entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico) con CIE X: U310 ó 99199.17 (Lab:SF1....SF3 ó PO1 y PO2 ó P01 y P02 ó 1...3), con un rango de 25 a 100 días entre cada entrega de hierro y registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo de anemia CIE: D50.0 ó D50.8 ó D50.9 ó D64.9 (LAB:PR) y dosaje definitivo de hemoglobina CIE: 85018 ó Z017 entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Suma de DNIs que forman parte del denominador que, 1. A partir del último diagnóstico definitivo de anemia (CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649) entre los 170 y 364 días de edad (11 meses 29 días), iniciaron oportunamente tratamiento (hasta 7 días desde el diagnóstico). Registrados en HIS con los códigos CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649 (definitivo o repetitivo) + U310 ó 99199.17 (Lab:SF1....SF3 ó PO1 y PO2 ó P01 y P02 ó 1...3), con un rango de 25 a 100 días entre cada entrega de hierro. Y 2. Registran en HIS su recuperación con diagnóstico repetitivo anemia CIE: D500 ó D508 ó D509 ó D649 (LAB: PR) y dosaje definitivo de hemoglobina CIE: 85018 ó Z017, entre 180 y 209 días (6 meses) a partir del diagnóstico. Denominador: Suma de DNI únicos de niños que cumplen entre 350 a 573 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Y Niños que cumplen 209 días posteriores al diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación.





Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero- octubre).
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS Información HIS-MINSA 2022: data cerrada al 28 de febrero del 2023.
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 umbral inferior de los 06 meses de edad (170 días) incluye una ventana de oportunidad de 10 días anterior a cumplir dichos 06 meses. 2. El período de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado. 3. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. 4. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 5. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA. 6. Se contabilizará como máximo una misma prestación, por día. 7. Se contabilizan las entregas de suplementación con hierro que lleven la nomenclatura válida en el ítem LAB (independiente del número que correspondería según secuencia del esquema). 8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Ficha N° 02: Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios preventivos: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia

Nombre	Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios preventivos: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de salud.
Definición	<p>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.</p> <p>Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con CNV y/o DNI en el padrón nominal y HIS, a partir de los 29 días de nacidos, hasta los 364 días, con tipo de seguro SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSa y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Sin diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 (5 meses 29 días) y 364 días de edad (11 meses 29 días), que reciben un paquete integrado de servicios preventivos de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia</p>
Justificación	<p>Durante el periodo 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 periodo 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Fórmula del indicador	<p>Niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios preventivos (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia</p> $\frac{\text{Niñas/niños menores de 364 días en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSa y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.}}{\text{Niñas/niños menores de 364 días en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSa y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.}} \times 100$





Numerador: Suma de niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios preventivos (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descartar de anemia

Sintaxis: Suma de DNI o CNV que forman parte del denominador y cuentan con:

- Entre los 55 hasta los 364 días:

3 dosis de vacuna Anti polio (CPMS: 90712 o 90713)

Número acumulado de dosis		
Dosis	Periodos de búsqueda de Vacuna	Rango de edad para calificar la condición (días)
		0 - 119
1era dosis vacuna a los 2 meses	Niños >=55 y <=119 días	120 - 147
2da dosis vacunas a los 4 meses	>=1era dosis +28 días o <= 1era dosis+60 días	148 - 207
3da dosis vacunas a los meses 6 meses	>=2da dosis +28 días o <= 2da dosis+60 días	208 - 364

3 dosis de vacuna Pentavalente (CPMS: 90723)

Número acumulado de dosis		
Dosis	Periodos de búsqueda de Vacuna	Rango de edad para calificar la condición (días)
		0 - 119
1era dosis vacuna a los 2 meses	Niños >=55 y <=119 días	120 - 147
2da dosis vacunas a los 4 meses	>=1era dosis +28 días o <= 1era dosis+60 días	148 - 207
3da dosis vacunas a los 6 meses	>=2da dosis +28 días o <= 2da dosis+60 días	208 - 364

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

Número acumulado de dosis		
Dosis	Periodos de búsqueda de Vacuna	Rango de edad para calificar la condición (días)
		0 - 119
1era dosis vacuna a los 2 meses	Niños >=55 y <=179 días	180 - 207
2da dosis vacunas a los 4 meses	>=1era dosis +28 días o <= 1era dosis+60 días	208-364

2 dosis de vacuna contra Neumococo (CPMS: 90670)

Número acumulado de dosis		
Dosis	Periodos de búsqueda de Vacuna	Rango de edad para calificar la condición (días)
		0 - 119
1era dosis vacuna a los 2 meses	Niños >=55 y <=119 días	120 - 147
2da dosis vacunas a los 4 meses	>=1era dosis +28 días o <= 1era dosis+60 días	148 - 364

Construcción del
indicador

Y

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

- 1° Control: 29 días hasta 59 días
- 2° Control: 60 días hasta 89 días
- 3° Control: 90 días hasta 119 días
- 4° Control: 120 días hasta 149 días
- 5° Control: 150 días hasta 179 días
- 6° Control: 180 días hasta 209 días
- 7° control: 210 días hasta 239 días
- 8° control: 240 días hasta 269 días
- 9° control: 270 días hasta 299 días
- 10 ° control: 300 días hasta 329 días
- 11 ° control: 330 días hasta 364 días

Y

- Con dosaje de hemoglobina (CPMS: 85018 ó CIE: 2017) entre los 170 y 269 días (6 y 8 meses 29 días,





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

Y

4. Haber recibido gotas o jarabe de hierro o multimicronutrientes, según edad:
Registros válidos para tratamiento de anemia con hierro (D500, D508, D509 o D649 + U310): sulfato ferroso (SF1-SF9, S10-S12), hierro polimaltosado (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) o no especificado (1-12) o CPMS 99199.17 y Lab: (SF1-SF9, S10-S12) o (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) o no especificado (1-12).

Registros válidos para suplementación preventiva (CIE: Z298): sulfato ferroso (SF1-SF9, S10-S12), hierro polimaltosado (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) o multimicronutriente (1-12) o CPMS 99199.17 (Suplementación de sulfato ferroso): sulfato ferroso (SF1-SF9, S10-S12), hierro polimaltosado (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) o CPMS 99199.19 (Suplementación de multimicronutriente), 1-12. Los multimicronutrientes se entregan a partir del esquema de 6 meses.

Número acumulado de meses suplementado/tratado – Esquema 4 meses					
N°	Rango anterior	Rango posterior	Rango de edad para calificar la condición (días)	Número acumulado de entregas	CUMPLE
			0 - 130	Todos	Todos
1	110	130	131 - 179	>=1 mes	1
2	131	179	180 - 364	>=2 meses	1+1

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

Número acumulado de meses suplementado/tratado – Esquema 6 meses					
N°	Rango anterior	Rango posterior	Rango de edad para calificar la condición (días)	Número acumulado de entregas	CUMPLE
			0 - 209	Todos	Todos
1	170	209	210 - 239	>=1 mes	1
2	210	239	240 - 269	>=2 meses	1+1
3	240	269	270 - 299	>=3 meses	1+1+1
4	270	299	300 - 329	>=4 meses	1+1+1+1
5	300	329	330 - 363	>=5 meses	1+1+1+1+1
6	330	364	364	>=6 meses	1+1+1+1+1+1

Nota: En el caso de tratamiento, la entrega de hierro polimaltosado será válida hasta para dos meses. En el caso del manejo preventivo, la entrega de sulfato ferroso será válida hasta para dos meses, y la entrega de hierro polimaltosado será válida hasta para tres meses.

* Micronutriente: Aplica para la entrega en niños de 170 a 364 días

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

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

Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero a octubre)
Logro esperado	Incremento de 5 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS Información HIS-MINSA 2022: data cerrada al 28 de febrero del 2023
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	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 2022.
 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 + U310 o CPMS 99199.17: sulfato ferroso (SF1-SF9, S10-S12), hierro polimaltosado (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) y no especificado (1-12)
 10. Los registros LAB válidos para suplementación administración preventiva con hierro son: Suplementación con sulfato ferroso / hierro polimaltosado CIE: Z298 o CPMS 99199.17: sulfato ferroso (SF1-SF9, S10-S12), hierro polimaltosado (P01-P09, PO1-PO9, P10-P12) o Administración preventiva de Multimicronutriente CPMS 99199.19: Multimicronutriente (1-12)
 11. Se contabilizan las entregas de suplementación con hierro que lleven la nomenclatura válida en el ítem LAB (independiente del número que correspondería según secuencia del esquema).
 12. La suplementación preventiva con hierro a niños de 4 meses, sólo se mide a niños a término y con adecuado peso al nacer, es decir, no registra CIE X: P073 ó P071, P0711, P0712 en el HIS MINSA. En el caso de hierro polimaltosado para la suplementación preventiva, la entrega será válida para dos meses. De encontrar un niño prematuro o bajo peso al nacer de 0 - 364 días, se califica como "CUMPLE"
 13. La suplementación preventiva con hierro a niños a partir de los 6 meses: En el caso del sulfato ferroso, la entrega será válida para dos meses, y en el caso de hierro polimaltosado, la entrega será válida para tres meses.
 14. Las demás prestaciones mencionadas en el numerador se contabilizan independientemente del registro en el ítem LAB.
 15. Este indicador será evaluado de forma prospectiva desde el 1ero de enero hasta el 30 de noviembre del 2022.
 16. Para el caso de los controles CRED de 29 días a 11 meses 29 días (364 días), se tendrá en cuenta un intervalo mínimo de 28 días entre control y control.
 17. La determinación del corte de edad para cada período de medición, será el último día de cada mes.
 18. 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° 3 Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con dos controles CRED
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud.
Definición	Mide el porcentaje de neonatos que ha recibido 02 controles de crecimiento y desarrollo (CRED) durante los primeros quince días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en vivienda como parte de la visita domiciliaria.
Justificación	<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	$\frac{\text{Niñas/niños recién nacidos del denominador, con al menos dos CRED registrados en HIS}}{\text{Niñas/niños recién nacidos de 14 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Excluyendo las niñas/niños que registran en HIS bajo peso al nacer.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Total de niñas/niños recién nacidos del denominador, con al menos dos CRED registrados en HIS).</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV que forman parte del denominador que registraron en HIS al menos 2 controles CRED (CPMS: 99381.01) hasta los 14 días.</p> <p>Denominador: Total de niñas/niños recién nacidos de 14 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal.</p> <p>Excluyendo los recién nacidos que registran en HIS bajo peso al nacer</p> <p>Sintaxis: Suma de DNI o CNV en Padrón Nominal de niños que cumplen 14 días de edad. Sin registro en HIS de bajo peso al nacer (CIE: P070 ó P0711 ó P0712) hasta los 14 días de edad.</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero- octubre).
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> Si el valor umbral es < 85%, incremento de 10 puntos porcentuales sobre valor umbral. Si el valor umbral esta entre 85% a 90%, incremento de 5 puntos porcentuales sobre valor umbral. Si el valor umbral es > 90%, mantener o superar el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual



Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal y HIS Información HIS-MINSA 2022: data cerrada al 28 de febrero del 2023.
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 controles del recién nacido es de 03 días.2. Se contabilizará los 02 controles CRED, independientemente del lab registrado.3. Para la cuantificación, considerar el primer control del CRED a partir del tercer día de vida en adelante, toda vez que no se puede determinar la fecha del alta del recién nacido.4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N°04: Porcentaje de niñas y niños de 4 meses de edad que inician suplementación con gotas de hierro

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 4 meses de edad que inician suplementación con gotas de hierro.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	Red de Salud
Definición	Determina el porcentaje de niñas y niños que, en el período de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta durante sus 04 meses de edad (entre los 110 y 149 días de edad) y que recibieron la suplementación con hierro (registrado en HIS).
Justificación	Se ha demostrado que la administración de suplementos de hierro diario desde los 4 meses reduce eficazmente la anemia. En el caso peruano, se observa la mayor prevalencia de anemia a los 6 meses de edad (60%); motivo por el cual y con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, reforzar las reservas de hierro y reducir el riesgo de anemia; desde los 4 meses se ha programado la administración de suplementos con hierro (gotas). Para el caso de niñas y niños nacidos prematuramente la suplementación inicia desde los 30 días hasta los 6 meses de edad.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños del denominador, que han recibido gotas con hierro.}}{\text{Niñas y niños que, en el período de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta durante sus 04 meses de edad (entre los 110 y 149 días de edad) registrados con DNI en HIS.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Niñas y niños del denominador, que han recibido gotas con hierro</p> <p>Sintaxis: Suma de DNIs del denominador que cumplen con el registro CIE/CPT: Z298 ó 99199.17 (Lab: SF1...SF5 ó P01...P05 ó PO1...PO5).</p> <p>Denominador: Niñas y niños que, en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta durante sus 04 meses de edad (entre los 110 y 149 días de edad), registrados con DNI en HIS.</p> <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 durante sus 04 meses de edad (entre los 110 y 149 días de edad), registrados con DNI en HIS.</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2022 (enero- octubre).
Logro esperado	<p>30 puntos porcentuales, si el valor umbral es < a 40%</p> <p>20 puntos porcentuales, si el valor umbral es de 40% a 59.9%</p> <p>10 puntos porcentuales, si el valor umbral es de 60% a 80%</p> <p>05 puntos porcentuales, si el valor umbral es >80% a 95%</p> <p>Si el valor umbral es > 95%, mantener o superar el valor umbral.</p> <p>En el caso de las redes de salud que tengan un denominador menor o igual a 20 niñas/niños, el logro esperado será 100%.</p>
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.</p> <p>Denominador: HIS</p> <p>Información HIS-MINSA 2022: data cerrada al 28 de febrero del 2023.</p>
Área responsable	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 umbral inferior de los 04 meses de edad (110 días) incluye una ventana de oportunidad de 10 días anterior a cumplir dichos 04 meses.2. El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del mes evaluado.3. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.4. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.5. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.6. Se contabilizará como máximo una misma prestación, por día.7. Registros LAB válidos para suplementación (CIE: Z298 6 99199.17): sulfato ferroso (SF1-SF5) y hierro polimaltosado (P01-P05, PO1-PO5).8. 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).9. 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°05: Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo

Nombre	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo completo.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	Red de Salud.
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; 04 o más atenciones prenatales presenciales y 03 o más entregas de sulfato ferroso + ácido fólico (sulfato ferroso 60 mg + ácido fólico 400 µg), en el transcurso del embarazo.
Justificación	La atención prenatal debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes.
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) 04 ó más atenciones prenatales presenciales; y (3) 03 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo.</p> <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 según 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 04 ó más atenciones prenatales presenciales; y (3) 03 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del 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". Y 2. Al menos 04 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 03 entregas de suplemento (hasta para 3 meses por cada entrega), compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico, en el transcurso del embarazo CPMS: 59401.04 o CPMS: 99199.26 o 0990+59401.04 o 0990 + CPMS 99199.26 <p>*Las prestaciones evaluadas en los puntos 1., 1.1, 1.2 y 3. deben registrar además algún código</p>





	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. 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.
Valor umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero a octubre).
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA Denominador: Certificado de Nacido Vivo – CNV en línea Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2022, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2022
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. 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. Primer trimestre de gestación comprende hasta las 13 semanas de gestación. 5. Se considera al menos 04 Atenciones Prenatales durante el embarazo: I TRIMESTRE: 01 APN, II TRIMESTRE: 01 APN y III TRIMESTRE: 02 APN. 6. Se contabilizará como máximo una misma prestación por día. 7. La interpretación técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 8. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 9. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA. 10. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuenten con DNI. 11. Considerar la codificación HIS 2019 y la incorporación de los nuevos códigos del CPMs en la totalidad de establecimientos de salud. 12. 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°06: Porcentaje de niñas/niños recién nacidos de parto institucional vacunados con BCG y Antihepatitis B antes del alta

Nombre	Porcentaje de niñas/niños recién nacidos de parto institucional vacunados con BCG y Antihepatitis B antes del alta
Tipo	Indicador de Desempeño
Ambito de aplicación	Hospitales de segundo y tercer nivel de atención que atienden partos e Instituto Materno Perinatal
Definición	El indicador determina el porcentaje de niños y niñas recién nacidos de parto institucional que reciben una dosis de vacuna BCG y anti hepatitis B antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento). Para efectos de calculo, se excluyen a los recién nacidos con menos de 2,000 grs, y/o patológicos que por razones medicas o disposiciones normativas, no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B. Serán excluidos tambien los recién nacidos impedidos de vacunación en situación de brote, epidemias, pandemias y cuentan con indicación medica y/o documentación sustentatoria de no vacunación antes del alta (antes de las 24 horas).
Justificación	Las vacunas BCG y anti hepatitis B, se encuentran incorporadas en el Esquema Nacional de Vacunación y deben aplicarse antes del alta, lo más inmediato posible al nacimiento La vacuna BCG protege contra las formas clínicas graves de la tuberculosis infantil, meningitis tuberculosa y diseminada; la vacuna contra hepatitis B, reduce la transmisión perinatal, de la madre al hijo y es más efectiva si se aplica dentro de las 24 horas. El indicador es nominal, lo que facilita el seguimiento y cumplimiento del esquema nacional de vacunación, permite contar con el historial de vacunación, brindando oportunidad y acceso a los servicios, en el marco de equidad y oportunidad para todos. La vacunación está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador, que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG (CPMS: 90585) y 1 de HVB (CPMS: 90744) antes del alta (dentro de las 24 horas después del nacimiento)}}{\text{Niñas/niños nacidos en Hospital o Instituto en el periodo de evaluación, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones medicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B}} \times 100$
Construcción del indicador	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). Denominador Sintaxis: suma de niños / niñas nacidas en Hospital o Instituto, registrados en el CNV en Línea en el periodo de evaluación, excluyendo los niños / niñas nacidas con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones medicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero – octubre 2021).
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	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: CNV en línea
Area responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Inmunizaciones (DMUNI)





Área responsable de Información.	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. La vacuna BCG y HVB en recién nacidos aplica a Hospitales de segundo y tercer nivel de atención, así como en el Instituto Materno Perinatal2. Ingresan a la evaluación los recién nacidos en Hospital o Instituto, que se encuentren registrados en el CNV en línea, excluyendo los niños nacidos con menos de 2000 gr., y/o patológicos que por razones médicas no puedan recibir la vacuna BCG y/o vacuna anti hepatitis B3. El periodo de evaluación comprende desde el primer al último día del periodo evaluado (1 de enero al 31 diciembre 2022)4. Para la exclusión de los recién nacidos hijos de madre sospechosa y/o casos positivos de COVID 19 y/o recién nacidos patológicos que no reciben vacuna BCG y anti hepatitis B, los Hospitales y/o Instituciones evaluadas presentaran el listado de los niños y niñas afectados debidamente sustentados, contarán con la opinion favorable del área tecnica, en coordinacion con OGTI.5. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N°07: Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS)

Nombre	Porcentaje de abandonos al tratamiento de Tuberculosis Sensible (TBS)
Tipo	Indicador de desempeño.
Ambito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud.
Definición	Determina la proporción de personas afectadas con tuberculosis que reciben tratamiento con Esquema para TB sensible (TBS) durante el periodo evaluado (1) y que tienen como condición de egreso "Perdidos en el seguimiento del tratamiento (abandonos), durante el periodo de evaluación. Permite medir la capacidad de respuesta del EESS ante una baja adherencia al tratamiento. Se define como perdido en el seguimiento del tratamiento (abandono) a toda persona que habiendo iniciado el tratamiento supervisado, deja de recibir la medicación por 30 días consecutivos. (NTS104-2013/MINSA). (1): Incluye casos que ingresaron el año anterior y que continúan tratamiento en el periodo de evaluación.
Justificación	Los perdidos en el seguimiento al tratamiento con Esquema para TB sensible (Abandono), tiene connotaciones graves individuales y de salud pública. Individuales como son el deterioro físico de la salud del afectado por esta enfermedad, el riesgo de generar de cepas resistentes y/o muerte de la persona afectada por tuberculosis. Desde el punto de vista de salud pública, implica la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la comunidad, generando muchas veces transmisión de cepas resistentes; efecto que se está produciendo en nuestro país con el incremento de casos de TB Resistente primaria. Por lo antes mencionado es necesario fortalecer el seguimiento de los casos en tratamiento y lograr que culminen el tratamiento en el periodo establecido. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de perdidos en el seguimiento (abandonos) reportados en el periodo evaluado.
Fórmula del indicador	$\% \text{ Abandono Tto. TBS} = \frac{\text{Total, de personas del denominador, que reciben tratamiento con esquema para TBS, que abandonan el tratamiento, registrados en el Sistema SIGTB.}}{\text{Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamiento con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB, con documento de identidad válido.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Total de personas del denominador, que reciben tratamiento con Esquema para TBS, que abandonan el tratamiento, registrados en el Sistema SIGTB Denominador: Número total de personas afectadas por TB que reciben tratamiento con esquema para TB Sensible, registrados en el sistema SIGTB con documento de identidad válido.
Logro esperado	<= 5% Valor no negociable
Valor umbral	10%
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos, con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2023.
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	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°08: Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios BK (+) por Nivel de Riesgo de Tuberculosis

Nombre	Porcentaje de Sintomáticos Respiratorios BK (+) por nivel de riesgo de tuberculosis					
Tipo	Indicador de desempeño					
Ambito de aplicación	Red de salud					
Definición	Determina la identificación de la persona que presenta tos por 15 días a más y con baciloscopia positiva.					
Justificación	<p>En el Perú, la tuberculosis constituye un problema de salud pública, para el año 2019 presenta una tasa de incidencia de 88.7 x 100,000 hab. Una de las principales brechas es el diagnóstico oportuno a través de la detección de sintomáticos respiratorios (S.R) que permite diagnosticar la TB pulmonar, forma contagiosa de la enfermedad; en la mayoría de regiones existe un incremento en la identificación de SR, sin embargo, se observa disminución de los SR BK (+) desde el año 2010 que se reportó 1.9%, y para el año 2019 el promedio país es 1% de SR BK (+), lo que nos indica que los sintomáticos respiratorios identificados no cumplen con la definición operativa de "Persona que presenta tos por 15 días a más" y podría existir una morbilidad encubierta en la comunidad, es decir casos de personas afectadas con tuberculosis no diagnosticadas o con diagnóstico tardío que se mantienen como fuentes de infección, continuando la cadena de transmisión en la comunidad.</p> <p>Establecer el umbral y logro esperado por nivel de riesgo, fortalece el diagnóstico precoz, permite evaluar y valorar las intervenciones técnico-operativas, el compromiso de la gestión por la tuberculosis como problema de salud pública. Si el porcentaje obtenido es por encima del umbral, implicaría que la tuberculosis no es identificada como un problema de salud pública en la jurisdicción del establecimiento de salud/Red/DIRESA/GERESA/DIRIS.</p>					
Fórmula del indicador	$\% \text{ SR Bk (+)} = \frac{\text{Sintomático Respiratorio BK (+)}}{\text{Sintomático Respiratorio identificado}} \times 100$					
Construcción del indicador	<p>Numerador: Sumatoria de todos los sintomáticos respiratorios con resultados de baciloscopia positiva. Identificados en el periodo enero a diciembre.</p> <p>Denominador: Sumatoria de todos los sintomáticos respiratorios identificados en el periodo enero a diciembre, en los establecimientos de salud.</p>					
Valor umbral	Establecimientos de salud con población asignada y con menos de 50 camas.	EESS sin reporte de casos	Bajo Riesgo ≤ 24 x 100,000 hab	Mediano Riesgo 25.0 - 49.9 x 100,000 hab	Alto Riesgo 50.0 x 74.9 x 100,000 hab	Muy alto Riesgo > 75.0 x 100,000 hab
	El Umbral es:	0.9	2%	3%	5%	10%
Logro esperado	Establecimientos de salud con población asignada y con menos de 50 camas.	EESS sin reporte de casos	Bajo Riesgo ≤ 24.9 x 100,000 hab	Mediano Riesgo 25.0 - 49.9 x 100,000 hab	Alto Riesgo 50.0 x 74.9 x 100,000 hab	Muy alto Riesgo > 75.0 x 100,000 hab
	El logro Esperado es:	<= 0	>1	>2%	> 2.5%	>3%
	Valor no negociable					
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 (SIGTB) - Informe Operacional - con cierre del Sistema de información SIGTB al 28 de febrero del 2023.					
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis					



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





Ficha N°09: Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino

Nombre	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para la detección de lesiones premalignas e incipientes de cáncer de cuello uterino
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de aplicación	Red de Salud
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, independientemente del valor del mismo.
Justificación	En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más frecuente. El PAP y la IVAA permiten la captación de mujeres con cáncer de cérvix en etapas tempranas. 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.
Formula del indicador	$\frac{\text{Mujeres de 25 a 29 años con resultado de PAP entregado} + \text{Mujeres de 30 a 49 años con resultado entregado de IVAA o PAP o DM -VPH} + \text{Mujeres de 50 a 64 con resultado de PAP entregado}}{50\% \text{ de Mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador*: Mujeres de 25 a 29 años afiliadas al SIS, con resultado entregado de PAP + Mujeres de 30 a 49 años con resultado de Inspección visual con ácido acético (IVAA) o Prueba Molecular Virus Papiloma Humano (VPH) + Número de mujeres de 50 a 64 años a quienes se ha entregado el resultado de prueba de Papanicolaou (PAP)</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. HIS MINSA</p> <p>Denominador: 50% de mujeres de 25 a 64 años afiliadas al SIS</p> <p>Sintaxis: Mujeres de 26 a 64 años afiliadas al SIS</p> <p>FUENTE: SIASIS</p>
Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero – octubre)
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	<p>Fuente Numerador: HIS</p> <p>Fuente denominador: SIS 2020</p> <p>Se considerará la información registrada desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2021</p>





Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de cáncer de la Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del ministerio de salud.
Área responsable de información	Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud.
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. No se puede duplicar un ID persona para el numerador. (sólo un tamizaje por persona).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°10: Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica
Tipo	Indicador de Desempeño.
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de Salud
Definición	<p>Indicador que determina el porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años atendidos en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con hasta 50 camas del MINSA y Gobiernos Regionales a quienes se les otorga el alta básica odontológica, condición de salud que adquiere el niño o la niña cuando se le ha desfocalizado de todo foco séptico o fuente de infección que se encuentre presente en la cavidad bucal, mediante la realización de procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados; en los niños o niñas que se encuentren en la condición de salud de persona sana para salud bucal o libres de foco séptico durante la evaluación oral completa se le brindará los procedimientos preventivos requeridos para garantizar la continuidad de su condición de salud de persona sana.</p> <p>El alta básica odontológica genera condiciones saludables en el estado de salud bucal del niño y la niña, como: Una óptima capacidad masticatoria, la ingesta adecuada de alimentos para elevar el estado nutricional y finalmente esta condición de salud influye directamente en la salud individual a través de su contribución en la mejora la calidad de vida del niño o la niña.</p>
Justificación	<p>En el Perú; el grupo de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares ocupan el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general.</p> <p>La revisión sistemática sustenta la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del individuo, evidenciando los efectos negativos de estas enfermedades y su repercusión directa sobre los factores funcionales, psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo, efectos como: la dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar, el impacto negativo en el autoestima y la afección en el bienestar emocional.</p> <p>Actualmente, el enfoque de las intervenciones en salud bucal se orienta con prioridad a la prevención de las enfermedades de la cavidad bucal, su desarrollo en edades tempranas durante la infancia y la reducción de su prevalencia una vez instaurada en las etapas de vida posteriores, los tres principales grupos de morbilidad en salud bucal que generar focos sépticos, los constituyen: la caries dental, las enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, la gingivitis y la enfermedades periodontales.</p> <p>El Alta Básica Odontológica determina la condición que adquiere la niña o el niño bajo dos consideraciones: La primera, a todo niño o niña que no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal sobre la que se instaura el tratamiento preventivo; y la segunda consideración cuando ya se ha instalado en la niña o niño la enfermedad, se instaura los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados con el fin de obtener como resultado una persona desfocalizado libre de foco séptico en la cavidad bucal.</p> <p>Por lo que el indicador medirá la condición de persona libre de foco séptico para la cavidad bucal, como resultado final después de culminar con los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos por el niño o la niña previa evaluación oral completa, el abordaje terapéutico establecido permitirá mejorar la ingesta adecuada de alimentos, elevar el estado nutricional, el desarrollo emocional y por ende la calidad de vida del niño o la niña.</p>
Fórmula del indicador	<p style="text-align: center;">Niñas y niños de 3 a 11 años con alta básica odontológica</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">100</p> <p style="text-align: center;">Niñas y niños de 3 a 11 años atendidos y con evaluación oral completa realizada en los servicios de Odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales</p> <p style="text-align: right;">X</p>





<p>Construcción del indicador</p>	<p>DENOMINADOR: Total de niñas y niños de 3 a 11 años identificados nominalmente con DNI, atendidos bajo la modalidad de atención presencial en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales y que presenten como primera atención en el año el procedimiento de evaluación oral completa; registrados en el HIS entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.</p> <p>Sintaxis: (DNI + Edad(>6=3y<6=11) + Servicio= N ó R + TD=D + Dx=(D01506D0120) + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) + Dx<>(99499.01al 99499.10*)</p> <p>(*)Se excluyen los códigos del 99499.01 al 99499.10</p> <p>NUMERADOR: Total de niñas y niños de 3 a 11 años identificados nominalmente con DNI y tomados a partir de la población establecida en el denominador; a quienes se les realizaron procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos para adquirir la condición de salud de alta básica odontológica; registrados en el HIS entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.</p> <p>Sintaxis: Niños del denominador que durante o después de su primera atención cumplan con las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> (DNI + Edad(>6=3y<6=11) + TD=D + (Dx=D01506D0120+U160+D1310+D1330+(D12066D12046D1208)) ó (Dx=D01506D0120+D1310+D1330+(D12066D12046D1208)) + Dx=U510 + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) (DNI + Edad(>6=3y<6=11) + TD=D + (Dx=D0000:E9999) + Dx=U510 + Cualquier Lab<>G (que no tenga Lab=G) <p>(*)Se considera la primera letra 'D' o 'E' del código ítem (Código CPMS)</p>
<p>Valor umbral</p>	<p>20%</p>
<p>Logro esperado</p>	<p>30%</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</p>	<p>$(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100$ $(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})$</p>
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>NUMERADOR: HIS-MINSA DENOMINADOR: HIS-MINSA</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DIGIESP), a través de la Dirección de Salud Bucal.</p>
<p>Área responsable de la información</p>	<p>La Oficina General de Tecnologías de la Información / Dirección de Salud Bucal.</p>
<p>Notas</p>	<ol style="list-style-type: none"> Para la evaluación se considera los establecimientos de la red que cuenten con UPS de Consulta Externa - Odontología General y se determinarán de acuerdo al Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS). Para los fines de formulación del script se tomará los primeros 4 dígitos de la UPS: 3033 - del HIS - MINSA.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Intervenciones Estratégicas
en Salud Pública

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

3. 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.
4. Para la obtención del valor del denominador (niña o niño atendido), se considera la primera atención que reciba el paciente en el año calendario, con registro de Nuevo (N) o reingresante (R) al servicio de Odontología más el registro de evaluación oral completa (D0150).
5. Para la obtención del Numerador; en la condición N° 2, en relación al (*) (Dx=D0000:E9999*), para los fines de formulación del script se considera la primera letra 'D' o 'E' del código item (Código CPMS).
6. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.
7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.
8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



V. ALARCON



Ficha N° 11: Porcentaje de mujeres que acceden a métodos de planificación familiar post parto institucional

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





<p>Construcción Del Indicador</p>	<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" ó "R" CPMS 58300 ó Administración y uso de método inyectable Trimestral tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.05 ó Provisión de preservativos masculinos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.02 ó Provisión de preservativos femeninos tipo de diagnóstico "D" ó "R" CPMS 99208.06. • Atención 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>*Atención postparto Control de puerpera código CPMS 59430 tipo de diagnóstico "D" Lab "1" ó "2" + 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>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>
<p>Valor Umbral</p>	<p>Valor del indicador obtenido en el año 2021 (enero-octubre)</p>
<p>Logro esperado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 puntos porcentuales si el valor del umbral es menor al 30% • 10 puntos porcentuales si el valor del umbral esta entre 30 y 40% • 05 puntos porcentuales el valor del umbral es mayor del 40%
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</p>	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{valor del umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{valor del umbral})} \times 100$
<p>Frecuencia De medición</p>	<p>Anual</p>
<p>Fuente De Datos</p>	<p>Numerador: HIS MINSA Denominador: CNV en línea</p> <p>Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2022, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2023</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva</p>
<p>Área responsable de información</p>	<p>Oficina General de Tecnologías de la Información</p>





<p>Notas</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Toda mujer que accede al uso de métodos anticonceptivos recibe previamente orientación/ consejería en planificación familiar y según corresponda firma un consentimiento informado cuando se trata de métodos definitivos, así como para el DIU e Implante.2. La Dirección registrada en el DNI de la madre (en el CNV), determinará su lugar de procedencia3. Se evaluará el indicador según Ubigeo de residencia registrada en el CNV4. Se considerará a la mujer que accedió a un método anticonceptivo desde su parto institucional hasta los 42 días del puerperio.5. El denominador se compone por mujeres con parto registrado en el CNV que cuente con DNI. Considera la codificación HIS-MINSA 2019 en la totalidad de los establecimientos de salud.6. El valor umbral y valor del logro alcanzado del distrito, aplica a todos los EESS del ámbito del mismo distrito.7. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.8. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.9. 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°12: Porcentaje de niños de 6 a 11 meses de edad con diagnóstico de anemia que reciben consejería a través de visita domiciliaria o Teleorientación

Nombre	Porcentaje de niños de 6 a 11 meses de edad, con diagnóstico de anemia, que reciben consejería a través de visita domiciliaria o Teleorientación
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de aplicación	DIRESA, GERESA, DIRIS y Red de salud.
Definición	Determina el porcentaje de familias con niños de 6 a 11 meses que, de acuerdo a su edad ha recibido consejería integral a través de visita domiciliaria o Teleorientación. Para efectos del cálculo de este indicador se consideran niños registrados en el Padrón Nominal con tipo de Seguro MINSA (SIS y/o que no tienen ningún tipo de seguro).
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 12 meses de edad es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano. La consejería a través de visita domiciliaria en las familias que tienen niños con anemia constituye un espacio fundamental para fortalecer la adopción de prácticas saludables, la familia recibe una amplia gama de servicios, con información, guía y apoyo emocional, entre otros. Permite enlazar la atención por la anemia, consejería nutricional y/o consulta nutricional para el control y reducción de la anemia; colaborando principalmente con la mejora de la adherencia y otros relacionados al cuidado de la salud y nutrición del niño. El propósito de la consejería es analizar de manera conjunta con la madre, padre y/o cuidador el problema de la anemia infantil y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifiquen como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar la recuperación de la anemia. En el marco de la Directiva Sanitaria N° 099-MIINSA/2020/DGIESP "Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto de COVID-19", se ha establecido que la consejería se puede desarrollar en forma presencial o no presencial a través de la Teleorientación, entendiéndose como un conjunto de acciones que desarrolla el personal de salud mediante el uso de la TIC, para proporcionar a la familia del niño consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de la anemia infantil.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niños del denominador que han recibido alguna consejería a través de visita domiciliaria o Teleorientación por personal de salud, registrados en el HIS Minsa.}}{\text{Número de niños que tienen de 6 a 11 meses de edad en el periodo de evaluación con diagnóstico de anemia, registrados en el Padrón Nominal y HIS Minsa con DNI.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: N° de niños del denominador que han recibido alguna consejería a través de visita domiciliaria o Teleorientación por personal de salud, registrados en el HIS Minsa. Sintaxis: Suma de DNIs en línea del denominador que cumplen con el siguiente registro: visita domiciliaria o teleorientación posterior al diagnóstico, identificado con el Código: C0011 o 99499.08 Denominador: Número de niños que tienen de 6 a 11 meses de edad en el periodo de evaluación con diagnóstico de anemia, registrados en el Padrón Nominal y HIS Minsa y DNI. Sintaxis: Suma de DNIs únicos en Padrón Nominal de niños que tienen de 180 a 364 días de edad al último día del periodo de evaluación y que cuentan con diagnóstico de anemia Definitivo, con códigos: D50.0, D50.8, D50.9 ó D64.9).
Valor Umbral	Valor del indicador obtenido el año 2021 (enero – octubre)
Logro esperado	Incremento de 10 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$





Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón Nominal y HIS Información HIS-MINSA 2022: data cerrada al 28 de febrero del 202.
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. Se evaluará el indicador según UBIGEO de residencia registrado en el Padrón nominal y con tipo de documento DNI.2. El periodo de evaluación se comprende desde el primer al último día del periodo de evaluación.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 evaluará la consejería a través de la visita domiciliaria o teleorientación dentro de los 30 días posterior al último diagnóstico de anemia, según la normatividad del MINSA e independientemente del valor Lab.7. Se considerará el último diagnóstico de anemia definitivo y la primera consejería a través visita domiciliaria o teleorientación.8. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N°13: Porcentaje de adolescentes que reciben preventivamente suplementación de hierro mas acido folico

Nombre	Porcentaje de adolescentes que reciben preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de aplicación	Red de Salud
Definición	Determinar el % de adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que recibieron preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico según normatividad vigente, que en el periodo de evaluación acuden al EESS por cualquier motivo de consulta o para acceder al paquete de cuidado integral de salud, que recibieron la suplementación con sulfato ferroso más ácido fólico (registrado en el HIS)
Justificación	<p>Se ha demostrado que las adolescentes mujeres tienen mayores necesidades de hierro y folatos debido a su alta velocidad de crecimiento y a los elevados requerimientos por pérdidas menstruales, así como al bajo consumo de hierro de origen animal en la alimentación.</p> <p>Según datos de ENDES 2020, la quinta parte de la población adolescente femenina a nivel nacional presenta anemia, en especial en las adolescentes embarazadas (más del 20%). Con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, reforzar las reservas de hierro y reducir el riesgo de anemia en la adolescencia, en mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, desde los servicios de salud, se viene implementando la entrega de 24 tabletas de Suplemento de Hierro más Ácido Fólico a Adolescentes mujeres de 12 a 17 años, de manera preventiva, administrando 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico, una vez a la semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año; la misma que se acompaña de consejería y visitas domiciliarias para promover el consumo y garantizar la adherencia. Uno de las estrategias para lograr la cobertura de la población objetivo con esta intervención, es realizar la entrega durante la atención de las adolescentes en el establecimiento de salud, independientemente del motivo de la consulta; es decir todas adolescentes de 12 a 17 años que tienen contacto con el establecimiento deben recibir hierro y Ácido Fólico, como parte del paquete de atención integral correspondiente.</p> <p>Esta intervención se encuentra alineada a la Política Multisectorial de Salud, en el marco del componente de la Política de Desarrollo Infantil Temprano y con la política de gobierno para reducir la anemia en el País, regulada según normatividad vigente, la Directiva Sanitaria que establece el paquete básico para el cuidado integral de la salud de adolescentes en el contexto del COVID-19, la NTS N°157 -MINS/2019/DGIESP Norma Técnica de Salud para atención integral de salud de los adolescentes; NTS N°134-MINS/2017/DGIESP Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas (aprobada con R.M N°250-2017/MINSA).</p> <p>Indicador del Producto 3000879 Adolescentes con Atención Preventiva de Anemia y otras Deficiencias Nutricionales, Programa Presupuestal Salud Materno</p>
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Adolescentes mujeres, que han recibido preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico, en el periodo de evaluación, según normatividad vigente}}{\text{Adolescentes mujeres que, en el mismo periodo de evaluación, fueron atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrados con Documento de Identidad en el HIS.}} \times 100$
Construcción del indicador	<p>Numerador: Adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días, que recibieron preventivamente suplemento de hierro más ácido fólico, según normatividad vigente.</p> <p>Sintaxis: Suma de Documento de Identidad del denominador que cumplen con el registro CPMS 99199.26 (LAB: TA)</p> <p>Denominador: Adolescentes mujeres de 12 a 17 años 11 meses y 29 días que, en el periodo de evaluación, fueron atendidas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrados con Documento de Identidad en el HIS en el marco de las atenciones que forman parte del Cuidado Integral de Salud de Adolescentes. Si las consultas se realizan de forma extramural, están registradas en el HIS, también forman parte del denominador.</p> <p>Sintaxis: Suma de Documento de Identidad de mujeres adolescentes en el mismo periodo de evaluación que acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, registrado con Documento de Identidad en el HIS.</p>





Valor umbral	40%
Logro esperado	Mayor o igual a 60%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{\text{Logro Alcanzado}_{\text{valor umbral}}}{\text{Logro Esperado}_{\text{valor umbral}}} \times 100$
Frecuencia de medición	ANUAL
Fuente de datos	Numerador HIS MINSA Denominador: HIS MINSA Información HIS MINSA 2022, data cerrada al 28 de febrero del 2023
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral-Etapa de Vida Adolescente
Área responsable de información	OGTI
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Si durante el periodo de evaluación la adolescente mujer fue atendida en diferentes establecimientos de salud, esta será contabilizada en el numerador y denominador del establecimiento de salud que la suplemento. En caso no haya sido suplementada en ninguno de los establecimientos de salud atendida, será contabilizada en el denominador del establecimiento de salud que realizo la primera atención en el periodo de evaluación.2. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA.3. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.4. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA.5. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.





Ficha N°14: Porcentaje de gestante atendidas con APN en el hospital, referidas por factores de riesgo

Nombre	Porcentaje de gestante atendida con APN en el hospital, referida por factores de riesgo.
Tipo	Indicadore de desempeño
Ambito de aplicación	Establecimiento de Salud del 2° Y 3° nivel de atención (Hospitales e Institutos) que realizan atención prenatal.
Definición	Indicador que determina el total de gestantes con factores de riesgo referidas y atendidas en el Establecimiento de Salud de nivel II y III con mayor capacidad resolutive, a fin de reducir la mortalidad materna. Estas complicaciones son aquellos problemas de salud que suceden durante la etapa de gestación, y afecten a la madre i/o al bebé. Pueden ser causadas debido a una enfermedad previa de la embarazada que haya empeorado debido a su estado o aparecer a causa de este.
Justificación	Las complicaciones que se originan durante el embarazo pueden afectar la salud de la madre, la salud del feto o la de ambos. Incluso las mujeres que estaban sanas antes de quedar embarazadas pueden tener complicaciones. Desde el inicio del embarazo reciben cuidados prenatales regulares por profesionales especialistas en mujeres con complicaciones obstétricas ayuda a disminuir el riesgo de mortalidad materna.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Total, de gestante atendida con 2 ó más APN en el hospital, que han sido referidas por factores de riesgo específicos.}}{\text{Total de gestantes atendidas con 2 ó más APN en el hospital}} \times 100$
Construction del indicador	<p>Numerador: Total, de gestante atendida con 2 ó más APN en el hospital, que han sido referidas por factores de riesgo específicos.</p> <p>Sintaxis: Suma de mujeres del denominador que son referidas a otro EESS por consulta externa con los siguientes factores de riesgo específico: códigos CIE 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior: O34.2 • Anemia Severa: O990 • Pre eclampsia: O14.9, O13, O14.1, O14.0 • ITU: O23, O23.1, O23.2, O23.3, O23.4, O23.5, O23.6 • Placenta Previa: O44; O44.0; O44.1 • Gestantes adolescentes menores de 15 años: Z3591, Z3592, Z3593 <p>Denominador: Total de gestantes atendidas con 2 ó más APN en el hospital</p>
Valor umbral	Valor del indicador obtenido al año 2021 (enero a octubre)
Logro esperado	Incremento de 5 puntos porcentuales sobre el valor umbral
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: REFCON Denominador: HIS-MINSA Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2022, con cierre de información HIS al 28 de febrero del 2023





Área Responsable Técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
Área Responsable De Información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	<ol style="list-style-type: none">1. Considerar solo a gestantes nuevas para el servicio para el cálculo del denominador2. Si la gestante ha sido referida por factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha posterior a la referencia en el Hospital de destino.3. Si la gestante no ha sido referida por factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha de su segunda APN.4. Se excluye la evaluación de este indicador a los Hospitales que no realizan atención prenatal5. 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° 15. Porcentaje de Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos para los Programas Presupuestales

Nombre	Porcentaje de Establecimientos de Salud que aseguran los equipos críticos Para los Programas Presupuestales seleccionados
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de Aplicación	DIRESA/GERESA, DIRIS Y RED DE SALUD
Definición	Los EESS activos y registrados en el RENIPRESS, deben tener al menos 75% de disponibilidad de equipos críticos operativos; el equipo debe estar en estado de conservación nuevo, bueno o regular, excluyendo a los equipos dados de baja de acuerdo al SIGA-MP, para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y diagnóstico de anemia en niños, niñas y gestantes.
Justificación	La implementación del presupuesto por resultado (PpR) orienta la formulación del presupuesto del sector público a resultados bien definidos, además, busca cambiar la manera de tomar decisiones en torno a líneas de gasto, insumos o procedimientos y centrarlas, más bien, en la cobertura de bienes y servicios para alcanzar los resultados. El programa presupuestal orientado a resultados "Desarrollo infantil temprano" (PPOR DIT) y Programa presupuestal salud materno neonatal (PP SMN), priorizan intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor del niño menor de 5 años y la gestante. Por ello, el equipo de gestión de las DIRESAS/GERESAS, DIRIS y REDES deben asegurar que todos los equipos críticos de los programas señalados estén disponibles para la atención en cada EESS, mediante una apropiada gestión.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EE.SS del denominador que cuentan con igual o mayor a 75\% de disponibilidad de equipos}}{\text{N}^\circ \text{ total de EE.SS activos y registrados en el RENIPRESS del I nivel de atención del ámbito de la jurisdicción de DIRESAS, GERESAS, DIRIS y REDES}}$
Logro Esperado	90% de establecimientos de salud, con 75% de disponibilidad de equipos críticos.
Valor umbral	80% de establecimientos de salud, con 75% de disponibilidad de equipos críticos
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{valor umbral})}$
Área responsable técnica	Dirección de Equipamiento y Mantenimiento – DIEM
Área responsable de la información	Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) a través de la Dirección de Equipamiento y Mantenimiento (DIEM)
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	SIGA-MP (cierre de información al 31 de diciembre del año de evaluación), RENIPRESS. Remitirse al Instructivo para la medición
Notas	Para evaluar el 75% de disponibilidad de equipos críticos se considera aquellos bienes operativos del PPOR DIT y PP SMN (Bien Operativo: aquel que se encuentra en estado de conservación nuevo, bueno o regular, excluyendo a los equipos dados de baja en el SIGA MP).



	<p>El hemoglobínómetro es un equipo crítico indispensable que debe encontrarse en los establecimientos de salud. El no contar con este equipo indica que no se cumple con el indicador.</p> <p>Para este indicador es de importancia mantener actualizado el módulo SIGA MP, se recomienda verificar que este actualizado a diciembre del 2022.</p> <p>Para el cálculo del indicador se excluyen del denominador a los Centros de Salud Mental Comunitarios, Centros de Rehabilitación, Centros Veterinarios y Laboratorios de Referencia.</p> <p>Ver instructivo de Ficha Técnica para las precisiones de medición.</p> <p>En el marco de la coyuntura para la atención en los servicios de salud por la Pandemia por Covid-19, y la Declaración de la Emergencia Sanitaria a nivel país, se modifica la construcción del indicador.</p> <p>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</p>
--	--

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 (EESS) que cuentan con un mínimo de 75% de disponibilidad de equipos críticos para atención de la madre y el niño (Control prenatal, CRED, Inmunizaciones, Suplementación con Multimicronutrientes).

Paso 1: Identificar en el módulo de patrimonio del SIGA los EESS que tienen registrados sus bienes patrimoniales que se encuentren en estado de conservación nuevo, bueno o regular. Para continuar con la verificación, es requisito que el 100% de EESS de la Red tenga registro patrimonial actualizado, completo y veraz en el módulo de patrimonio del SIGA. El responsable para la realización de esta actividad es el equipo de gestión de la red correspondiente. La DIRESA/GERESA se encarga de la verificación y el llenado del SIGA MP pudiendo utilizar esta tabla. Recordar que es imprescindible que todos los EESS tengan el SIGA MP actualizado al IV trimestre



Paso 2: Es recomendable verificar la disponibilidad por punto de atención de cada equipo crítico relacionado al (PPOR DIT) y PP SMN, según el estándar definido (Anexo N° A). Es requisito indispensable que dentro del 75% de disponibilidad de equipos críticos se cuente con hemoglobínómetro disponible. De lo contrario el criterio no se cumple. Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador:

REDES de salud según el CdG suscrito	Código RENIPRESS del EESS	Nombre de EESS activos según RENIPRESS	Disponibilidad de equipos operativos	
			=>75%, Incluyendo Hemoglobínómetro	<75% o sin hemoglobínómetro
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS				

Paso 3: Determinar el número y porcentaje de EESS, que disponen de al menos 75% de equipos, de acuerdo a las condiciones señaladas anteriormente y según estándares preestablecidos, cuyo indicador es "N° y % EESS con = o mayor 75% disponibilidad de equipos". Pueden utilizar esta tabla para autoevaluar el cumplimiento del indicador.

REDES de salud según el CdG suscrito	N° Total de EESS activos según RENIPRESS	N° y % EESS con 75% disponibilidad de equipos	
		Número	%
TOTAL DIRESA/ GERESA, DIRIS			

Ficha N° 16: Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)

Nombre	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME)
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de Aplicación	DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud, Hospital II nivel, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado.
Definición	Este indicador mide la disponibilidad de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a 2 meses de existencia disponible (MED) del consumo promedio mensual ajustado (CPMA), en los establecimientos de salud del MINSa y de los Gobiernos Regionales.
Justificación	En el Artículo 27 de la Ley N° 29459, establece que el Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como componente fundamental de la atención integral en salud, particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente. La medición de la Disponibilidad de medicamentos esenciales en los EESS del MINSa es una medida adoptada que nos permite evaluar la eficiencia de la gestión del abastecimiento de los medicamentos esenciales por las instituciones evaluadas.
Fórmula del indicador	El resultado del indicador de Disponibilidad de medicamentos esenciales (DME) de cada DIRIS/DIRESA/GERESA, Red de Salud, Hospital II nivel, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado, se determinará mediante el promedio de la DME alcanzada en cada mes (construcción del indicador: Paso del 1 al 5) del año evaluado (12 meses) y se calcula de la siguiente manera: $\%DME \text{ (Anual)} = \frac{\text{Suma de la DME (mensual)}}{12}$
Construcción del indicador	Alcances: Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos Esenciales considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud – PNUME vigente. - Medicamentos con fecha de expiración vigente. - EE.SS. registrados en RENIPRESS y en el Catálogo de prestadores del SISMED del MINSa y Gobiernos Regionales (gestionados por la DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS). - Medicamentos en condición de SIN ROTACIÓN, solo medicamentos vitales establecida por norma sanitaria vigente Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos de suministro centralizado (Estrategias Sanitarias). - Medicamentos que en los últimos 12 meses reportaron 1 a 2 movimientos y no cuenta con stock en el mes a evaluar; se considera "sin consumo". - Stocks de los Almacenes Especializados. (DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS) 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 de medicamentos de igual DCI, concentración, forma farmacéutica, vía de administración y con diferentes presentaciones: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc), cremas tópicas (Sulfadiazina de plata 1% x 50 g/ Sulfadiazina de plata 1% x 375 g etc.), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID.



	<p>Listado de medicamentos esenciales fusionados el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Link: https://www.digemid.minsa.gob.pe/acceso-y-uso</p> <p>2do.- Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA)</p> $= \frac{\text{Suma de unidades consumidas en los últimos 12 meses} *}{\text{Nº de meses que registran consumo en los últimos 12 meses en el ICI}}$ <p>3ro. - Se calcula los meses de existencia disponible (MED) para cada medicamento:</p> $= \frac{\text{Stock del medicamentos a la fecha de corte} *}{\text{Nº Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) de meses que registran consumo en el ICI}}$ <p>*Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED.</p> <p>Pudiendo dar los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MED: =0 à Desbastecido - MED: >0 y <2 à Substock - MED: >=2 hasta =<6 à Normostock - MED: >6 à Sobrestock - Stock >0 y CPMA=0 à Sin rotación - Stock =0 y CPMA en los últimos 4 meses =0 à Sin consumo <p>4to.- Cálculo de la disponibilidad de los medicamentos esenciales manejado por el EE.SS.</p> <p>% DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME) POR EESS:</p> $= \frac{\text{Nº de medicamentos esenciales del EESS en condición de normostock, sobrestock y sin rotación}}{\text{Nº total de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, desabastecido y sin rotación)}}$ <p>5to.- Cálculo de la disponibilidad mensual, donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para DIRIS/GERESA/DIRESA y Redes de Salud será: El promedio de la DME alcanzado por sus Establecimientos de Salud de su jurisdicción. $DME(mensual) = \frac{DME(EESS1) + DME(EESS2) + DME(EESS3) + \dots + DME(EESSX)}{\text{Numero total de EESS}}$ <ul style="list-style-type: none"> - Hospital II nivel, Hospital General de III nivel, Hospital e Instituto Especializado será la disponibilidad correspondiente a su propia institución. <p>II.- Denominador del indicador. - Serán los 12 meses del año evaluado.</p>
Valor umbral	El valor umbral es mayor al 80%
Logro esperado	90%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$ <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 indicador final será el promedio simple de las mediciones mensuales del año a evaluar.
Fuente de Datos	Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED, dentro del plazo establecido en el cronograma establecido y comunicado por DIGEMID El ICI recoge información de consumos y stocks de los EESS, los mismos que se utilizan para efectuar el cálculo del Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) y los Meses de Existencia Disponible (MED), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.
Área responsable técnica	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Área responsable de la información	OGTI(MINSA)- DIGEMID
Notas	1. 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. 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° 17: Implementación y Uso de Telemedicina

Nombre	Implementación y Uso de Telemedicina
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de aplicación.	DIRESA/GERESA/DIRIS/RED, Hospital e Instituto
Definición	<p>1. Implementación del servicio de Telemedicina: Mide el porcentaje de establecimientos de salud que han implementado el servicio de telemedicina con su respectiva cartera de servicios actualizada en RENIPRESS.</p> <p>2. Uso del servicio de Telemedicina: Mide el uso del servicio de Telemedicina por establecimiento de salud en los diferentes niveles de atención. Para efectos de la evaluación de los convenios de gestión 2022 se consideran el siguiente servicio de telemedicina;</p> <p>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*.</p>
Justificación	La Telesalud es una estrategia para disminuir la brecha de acceso a los servicios de salud principalmente en las IPRESS ubicadas en un área geográfica con limitaciones de acceso geográfico, de comunicaciones o de capacidad resolutoria, transversal a los programas presupuestales, siendo de interés nacional la incorporación de Telesalud en el sistema nacional de salud.
Fórmula del indicador	<p>1. Para DIRESA/ GERESA/DIRIS</p> $\frac{\text{Establecimientos de salud del denominador que cuentan con cartera de servicios de Telemedicina según RENIPRESS}}{\text{N° de establecimientos de salud que pertenecen a la DIRESA/GERESA/ DIRIS.}} \times 100$ <p>2. Para RED DE SALUD</p> $\frac{\text{Establecimientos de salud que realizaron } \geq 60 \text{ teleinterconsultas en el periodo a evaluar}}{\text{N° de establecimientos de salud con cartera de servicios de salud en RENIPRESS}} \times 100$ <p>3. Para Hospitales del II nivel de atención</p> <p>N° de teleinterconsulta realizado en el periodo a evaluar ≥ 6 teleinterconsultas mensual (IPRESS consultante) N° de teleinterconsulta realizado en el periodo a evaluar ≥ 20 teleinterconsultas mensual (IPRESS consultora)</p> <p>4. Para Hospitales e Institutos del III nivel de atención</p> <p>N° de teleinterconsulta realizado en el periodo a evaluar ≥ 50 teleinterconsultas mensual (IPRESS consultora)(*)</p>
Construcción del indicador	<p>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>Numerador: Establecimientos de salud del denominador que cuentan con cartera de servicios de Telemedicina según RENIPRESS</p> <p>Denominador: N° de establecimientos de salud que pertenecen a la DIRESA/ GERESA/ DIRIS</p> <p>Sintaxis: Total de establecimientos de salud que pertenecen a la DIRESA/ GERESA/ DIRIS que cuentan con cartera de servicios de Telemedicina al 31/12/2022 según RENIPRESS</p>





Valor Umbral	<p>DIRESA/GERESA / DIRIS/ RED Valor obtenido el año 2021</p> <p>Hospitales e Institutos II y III nivel de atención:</p> <p>Valor obtenido el año 2021 como IPRESS consultante/consultora con cartera de servicio según corresponda</p>
Logro esperado	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIRESA/GERESA/DIRIS 10% sobre el valor umbral 2. Para RED DE SALUD ≥ 50 % de IPRESS de la RED que realizan teleinterconsulta.(**) 3. Para Hospitales del II nivel de atención <ol style="list-style-type: none"> a) ≥ 72 teleinterconsulta anual (IPRESS consultante) b) ≥ 240 teleinterconsulta anual (IPRESS consultora) 4. Para Hospitales e Institutos del III nivel de atención <ol style="list-style-type: none"> a) ≥ 600 teleinterconsulta anual (IPRESS consultora)
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	RENIPRESS HIS-MINSA.
Área responsable técnica	La Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL), a través de la Dirección de Telemedicina (DITEL).
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información. Dirección de Telemedicina (DITEL) de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL)
Notas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los códigos de telemedicina para registro en el HIS para los Convenios de Gestión 2022 son los siguientes: 99499.11 Teleinterconsulta Síncrona 99499.12 Teleinterconsulta Asíncrona LAB 1= Consultante LAB 2 = Consultor 2. (*) III-E se considera ≥180 teleinterconsulta 3. (**) Las IPRESS de la RED de Salud deben realizar como mínimo 60 teleinterconsultas en el periodo a evaluar 4. IPRESS de categoría II-1, II-E se considera IPRESS consultor y consultante, siendo como IPRESS consultor ≥ de 36 teleinterconsulta . 5. Para ser sujeto a evaluación, los hospitales e Institutos del II y III nivel de atención deberán evidenciar como mínimo 07 meses de producción mensual de teleinterconsultas. 6. 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° 18: Referencias y Contrarreferencias en el aplicativo REFCON en el marco de la continuidad del cuidado integral de salud para las personas usuarias de los servicios de salud.

Nombre	Referencias y Contrarreferencias en el aplicativo REFCON en el marco de la continuidad del cuidado integral de salud para las personas usuarias de los servicios de salud.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS, hospitales e institutos especializados.
Definición	<p>a.- Para DIRESA/GERESA/DIRIS y Red de Salud/RIS: Porcentaje de IPRESS que usan correctamente el aplicativo informático REFCON vigente para sus referencias¹ y contrarreferencias².</p> <p>b.- Para hospitales e institutos especializados: Valor absoluto de las referencias y contrarreferencias gestionadas en el aplicativo informático REFCON vigente.</p> <p>(1) La referencia es el proceso asistencial mediante el cual una IPRESS traslada la responsabilidad del cuidado integral de salud de un usuario a la IPRESS, que cuenta con la capacidad resolutoria, de acuerdo a su cartera de servicios de salud, y según las necesidades de salud del paciente/usuario de salud.</p> <p>(2) La contrarreferencia es el proceso asistencial a través del cual una IPRESS de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado integral de salud de un usuario a la IPRESS de origen de la referencia o a la IPRESS de donde procede el paciente/usuario de salud.</p>
Justificación	<p>Contribuir con la continuidad del cuidado integral de salud para las personas usuarias de los servicios de salud a nivel nacional y dentro de los ámbitos jurisdiccionales de las DIRESA/GERESAS/DIRIS/RIS.</p> <p>Para ello, se requiere que el proceso de referencia y contrarreferencia se realice en el aplicativo informático REFCON en todos las IPRESS a nivel nacional. Corresponde a la Autoridad Regional de Salud y a las Autoridades de Salud en Lima Metropolitana realizar las acciones necesarias para mejorar y disponer de los recursos humanos y tecnológicos, equipamiento e infraestructura, articular y monitorear a las IPRESS de las Redes de Salud/Redes Integradas de Salud de sus ámbitos jurisdiccionales para el uso correcto del aplicativo informático REFCON. Corresponde a los directores de los hospitales e institutos, o los que hagan sus veces también realizar las acciones necesarias para mejorar y disponer de los recursos humanos y tecnológicos, equipamiento e infraestructura, articular y monitorear el uso correcto del aplicativo informático REFCON en el E.S. a su cargo.</p> <p>En el marco del Decreto Supremo N°024-2019-SA, que establece medidas de mejora de la prestación de servicios de salud a ser implementadas de manera progresiva y a nivel nacional, este indicador se relaciona con la implementación progresiva del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas-SIHCE en el módulo de referencias y contrarreferencias -REFCON, para IPRESS a nivel nacional.</p> <p>Referencia normativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> Decreto Supremo N°024-2019-SA que establece medidas de mejora de la prestación de servicios de salud a ser implementadas de manera progresiva y a nivel nacional. Decreto Supremo N°019-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, Ley que dispone la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud-RIS. Decreto Supremo N°030-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°023-2021-SA, que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS Decreto Supremo N°164-2021-PCM aprueba la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026. N.T. N°018-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", aprobado con R.M. N.°751-2004/MINSA.
Formula del indicador	<p>a.-Para DIRESA/GERESA/DIRIS y Red de Salud/RIS, por mes:</p> $\frac{\text{Número de IPRESS por nivel usando correctamente el aplicativo informático REFCON}}{\text{Número total de IPRESS del mismo nivel de atención de la DIRESA/GERESA/DIRIS}} \times 100\%$





	<p>b.- Para hospitales e institutos especializados, por mes:</p> <p>Sumatoria de referencias y contrarreferencias gestionadas en el aplicativo informático REFCON</p> <p>Para los hospitales e institutos especializados³, se requiere como mínimo por mes: -20 referencias⁴ en el aplicativo informático REFCON por la IPRESS, y -20 contrarreferencias⁵ en el aplicativo informático REFCON por la IPRESS (³) Para el cálculo, se deberá considerar el menor valor de las referencias o contrarreferencias para hospitales e institutos especializados. En el caso de los hospitales de atención especializada e institutos de salud especializados del III nivel de Lima Metropolitana, se sumará el número de las referencias con las contrarreferencias de forma mensual. (⁴) Estado de referencia (aceptado, paciente citado, paciente recibido) de la bandeja de reportes del aplicativo informático REFCON. (⁵) Estado de contrarreferencia (aceptado, paciente citado, y paciente contrarreferido de la bandeja de referencia) de la bandeja de reportes del aplicativo informático REFCON.</p>
Construcción del indicador	<p>a.- Para DIRESA/GERESA/DIRIS y Red de Salud/RIS Numerador: Es el número de IPRESS por nivel de atención (I-2, I-3, y I-4), que usan el aplicativo informático REFCON, según el reporte del REFCON emitido por OGTI-MINSA Denominador: Es el número total de IPRESS por nivel de atención (I-2, I-3, y I-4) de la jurisdicción de la Red de Salud/RIS, y DIRESA/GERESA/DIRIS, según RENIPRESS/RENAES.</p> <p>b.-Para los hospitales e institutos especializados: Es el número de referencias (de los estados aceptado, paciente citado y paciente recibido) y contrarreferencias (de los estados aceptado, paciente citado y paciente contrarreferido) del aplicativo informático REFCON en el mismo periodo.</p>
Logro esperado	<p>a) Para la DIRESA/GERESA/DIRIS y Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS: Para regiones: En IPRESS I-2: como mínimo en 40% Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS del total de las IPRESS de su jurisdicción usando el aplicativo informático REFCON. En IPRESS I-3: como mínimo en 80% del total de las IPRESS de su jurisdicción usando el aplicativo informático REFCON. En IPRESS I-4 y hospitales⁶: 100% del total de las IPRESS de su jurisdicción usando el aplicativo informático REFCON. Para Lima Metropolitana y el Callao: En IPRESS I-2, I-3, I-4 y hospitales⁶: 100% usando el aplicativo informático REFCON.</p> <p>b) Para los hospitales e institutos especializados: 20 referencias y 20 contrarreferencias por mes</p> <p>(⁶) Hospitales a cargo de las Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS</p>
Va or umbral	<p>a) Para la DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS Para regiones: -16% de IPRESS I-2 usando el aplicativo informático REFCON -32% de IPRESS I-3 usando el aplicativo informático REFCON -40% de IPRESS I-4 y hospitales⁷ usando el aplicativo informático REFCON Para Lima Metropolitana y el Callao: -100% de IPRESS I-2 usando el aplicativo informático REFCON -100% de IPRESS I-3 usando el aplicativo informático REFCON -100% de IPRESS I-4 y hospitales⁷ usando el aplicativo informático REFCON</p> <p>b) Para los hospitales e institutos especializados: -6 referencias y 6 contrarreferencias</p> <p>(⁷) Hospitales a cargo de las Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS</p>
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>a) Para la DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS, de acuerdo a: Para regiones: -<16% de IPRESS I-2, y < 32% de IPRESS I-3, y <40% de IPRESS I-4 y hospitales⁸ usando el aplicativo informático REFCON: 0% de cumplimiento</p>



A. TARAZONA



V. ALARCON





	<p>-Desde 16% de IPRESS I-2, y desde 32% de IPRESS I-3, y desde 40% de IPRESS I-4 y hospitales⁸ usando el aplicativo informático REFCON: 40% de cumplimiento</p> <p>-Desde 24% de IPRESS I-2, y desde 48% de IPRESS I-3, y desde 60% de IPRESS I-4 y hospitales⁸ usando el aplicativo informático REFCON: 60% de cumplimiento</p> <p>-Desde 40% de IPRESS I-2, y desde 80% de IPRESS I-3, y 100% de IPRESS I-4 y hospitales⁸ usando el aplicativo informático REFCON: 100% de cumplimiento.</p> <p>Ejemplo 1: $\frac{0\%+40\%+60\%+100\%+0\%+40\%+60\%+100\%+0\%+40\%+60\%+100\%}{12} = 50\%$ cumplimiento anual promedio</p> <p>Para Lima Metropolitana y el Callao: -Con 100% de IPRESS I-2, y 100% de IPRESS I-3, y 100% de IPRESS I-4 y hospitales⁸ usando el aplicativo informático REFCON: 100% de cumplimiento.</p> <p>b) Para los hospitales⁹ e institutos especializados en referencia y contrarreferencia mensual: -Si tiene <6 referencias y <6 contrarreferencia: 0% de cumplimiento -Si tiene de 6 a <10 referencias y de 6 a <10 contrarreferencia: 30% de cumplimiento -Si tiene de 10 a <14 referencias y de 10 a <14 contrarreferencia: 50% de cumplimiento -Si tiene de 14 a <20 referencias y de 14 a <20 contrarreferencia: 70% de cumplimiento -Si tiene >=20 referencias y >=20 contrarreferencia: 100% de cumplimiento</p> <p>Ejemplo 2: $\frac{0\%+30\%+50\%+100\%+0\%+30\%+50\%+100\%+0\%+30\%+50\%+100\%}{12} = 60\%$ cumplimiento anual promedio</p> <p>(⁸) Hospitales a cargo de las Redes de Salud/Redes Integradas de Salud-RIS (⁹) Para el cálculo del cumplimiento, se deberá considerar en cada mes el menor valor entre las referencias y contrarreferencias para hospitales e institutos especializados, excepto en los hospitales de atención especializada e institutos de salud especializados del III nivel de Lima Metropolitana en donde se sumara las referencias y contrarreferencias de forma mensual.</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Reporte de REFCON emitido por OGTI - MINSa
Área técnica responsable	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI).
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°19. Promedio de permanencia cama

Nombre	Promedio de permanencia cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de aplicación	Hospital de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado.
Definición	Llamado también promedio de estancia hospitalaria. Es la relación entre el número de días de estancia de los pacientes egresados en un periodo de tiempo y el número total de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo periodo de tiempo, obteniéndose el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado.
Justificación	Permite evaluar el grado de aprovechamiento de las camas de la UPSS Hospitalización (subutilización o sobreutilización). Además, indirectamente mide la calidad de los servicios prestados, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar entre otras causas, deficiencias técnicas. Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de establecimiento de salud (en los casos de establecimientos de atención especializada), ya que un establecimiento de salud de atención general tiene diferente promedio de permanencia que un establecimiento de salud de atención especializada. En el marco de la coyuntura para la atención en los servicios de salud por la Pandemia por Covid-19, y la Declaración de la Emergencia Sanitaria a nivel país, se modifica la construcción del indicador.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de días-estancia de los egresados en la UPSS Hospitalización en un periodo}}{\text{N° de egresos en la UPSS Hospitalización en el mismo periodo}}$
Construcción del indicador	<p>Se obtendrá del cociente entre:</p> <p>Numerador. - El número total de días-estancia de los egresos (o días de permanencia) se obtiene de la sumatoria de los días de hospitalización de cada paciente egresado de la UPSS Hospitalización. Los días de hospitalización se contabilizan desde el momento del ingreso del paciente a una cama de Hospitalización* hasta su egreso de esta UPSS; independientemente de su estadía en diferentes áreas o especialidades de la UPSS Hospitalización.</p> <p>Denominador. - El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la UPSS Hospitalización luego de haber ocupado una cama de hospitalización*. El egreso puede ser por alta (alta médica, alta voluntaria, fuga, referencia a otro establecimiento de salud), transferencia a otra UPSS (UCI, Emergencia) o por defunción.</p> <p>Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por pacientes abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA y DIRIS e INEN, remitirán a la OGTI, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de asistencia social y/o del área de asuntos legales del establecimiento de salud, según corresponda.</p> <p>*Las camas de hospitalización no incluyen las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación, las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico y las camas ocupadas por pacientes con diagnóstico de COVID-19.</p>
Logro esperado	<p>Para Hospitales Generales del II nivel de atención: 3 – 5 días / egreso Para Hospitales Generales del III nivel de atención: 6 – 8 días / egreso</p> <p>Para hospitales e institutos especializados, se podrá ajustar de acuerdo a la especialidad o campo clínico, siendo el Logro esperado referencial el medido en Convenios de Gestión 2021.</p>
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	<p>Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%</p> <p>Si el valor calculado se encuentra hasta 0.5 de unidad por encima o debajo del rango: 80%</p>



	<p>Si el valor calculado se encuentra hasta 1 de unidad (1 día) por encima o debajo del rango: 60%</p> <p>Estos criterios aplican a todos los establecimientos de salud, excepto para el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Hospital Larco Herrera y Hospital Hermilio Valdizán, Instituto Nacional de Salud del Niño y el INEN; Instituto Materno-Perinatal y Hospital Docente Asistencial San Bartolomé donde:</p> <p>Si el valor se encuentra dentro del rango: 100%</p> <p>Si el valor se encuentra hasta 1 unidad por encima o debajo del rango: 80%.</p> <p>Si el valor se encuentra hasta 2 unidades por encima o debajo del rango: 60%.</p>
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Reporte de la Oficina Estadística e Informática o su equivalente del establecimiento de salud, con base a la Tarjeta Resumen de Hospitalización de cada paciente o Sistema de Movimiento Hospitalario (numerador); Hoja de Censo Diario de la Enfermera (denominador) o Libro de egresos hospitalarios (denominador). Egresos hospitalarios – OGTI - MINSA
Área responsable técnica	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	<ol style="list-style-type: none">1.No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencias, ni al Instituto Nacional de Oftalmología.2.En el marco de la coyuntura para la atención en los servicios de salud por la Pandemia por Covid-19, y la Declaración de la Emergencia Sanitaria a nivel país, se modifica la construcción del indicador.3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.



Ficha N° 20: 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 aplicación	Hospital de II y III nivel, Hospital e Instituto especializado.
Definición	<p>La densidad de incidencia y/o incidencia acumulada mide la velocidad con que se propaga las IAAS, a mayor tasa de incidencia, mayor riesgo. Para los hospitales de II nivel con más de 50 camas, hospital general de III nivel, hospital e instituto especializado se evaluará 2 tasas de densidad de incidencia y/o incidencia acumulada de IAAS mientras que para los hospitales de II nivel con menos de 50 camas, se seleccionará 1 tipo de IAAS. La vigilancia de IAAS se realiza en pacientes COVID-19 y no COVID-19.</p> <p>Las tasas de incidencia serán seleccionadas por el MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC) y el hospital o instituto (Oficina de epidemiología o la que haga sus veces) en base a su situación epidemiológica y considerando la respuesta hospitalaria frente a la epidemia del COVID-19. Las tasas seleccionadas deben tener los 12 meses de información y $\geq 90\%$ de notificación oportuna (la información consolidada e individual de los casos) según el plazo indicado en la norma vigente y haber sido registrado en el aplicativo web creado para este fin.</p> <p>No participarán aquellos hospitales e institutos con tasas de cero (0) para todos los tipos de IAAS. No se seleccionará las IAAS con tasas de cero (0) en el valor umbral.</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 siguientes documentos que tienen relación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA. ✓ Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA. ✓ Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA. ✓ Alerta epidemiológica N°20 – 2020 Riesgo de incremento de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) en el contexto de la epidemia del COVID-19 en el país o sus modificatorias.
	<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 expuesta 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>



<p>Construcción del indicador</p>	<p>Densidad de Incidencia:</p> <p>Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2021.</p> <p>Denominador: Sumatoria del total de días- procedimiento o pacientes-procedimientos expuestos al riesgo durante el mismo año.</p> <p>Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.</p> <p>Incidenca acumulada:</p> <p>Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada durante el 2021.</p> <p>Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo año</p> <p>Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.</p>
<p>Valor Umbral</p>	<p>Valor del año previo.</p>
<p>Logro esperado</p>	<p>El cálculo del logro esperado se realizará según corresponda:</p> <p>Si la tasa seleccionada supera el valor referencial de su categoría y corresponde a los servicios no COVID-19, las tasas seleccionadas deberán disminuir hasta en un 15% de la tasa para alcanzar los valores referenciales de su categoría.</p> <p>Si la tasa seleccionada supera el valor referencial de su categoría y corresponde a los servicios UCI COVID-19, no deberá superar el 15% de los valores referenciales.</p> <p>Si la tasa seleccionada se encuentra por debajo del valor referencial de su categoría debe mantenerse igual o menor a dicho valor.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento</p>	<p>$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$</p> <p>Para los hospitales o institutos en los que se selecciona 02 tasas de IAAS, se calculará el promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado.</p>
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>
<p>Fuente de datos</p>	<p>Aplicativo web de notificación de las IIH -IAAS. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2022, con cierre de base de datos al 28 de febrero del 2023.</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.</p>
<p>Área responsable de la información</p>	<p>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.</p>
<p>Notas</p>	<p>Los institutos u hospitales especializados que vigilen otros tipos de IAAS que no son sujetas a notificación obligatoria en la Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA, proporcionarán al CDC -MINSA su plan de vigilancia epidemiológica incluyendo el tipo de IAAS, la definición de caso y la metodología utilizada; asimismo, realizarán la notificación mensual correspondientes a los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas según los plazos establecidos.</p> <p>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.</p>



Ficha N° 21: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (EESS 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 actualización ¹ de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño)	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de Aplicación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Institutos ² , Hospitales ³	
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/ Institutos, Hospitales y establecimientos de salud I-4, realizan acciones como: evaluaciones internas, plan de mejora, capacitaciones, evaluaciones externas, monitoreo y supervisión para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación en el marco de lo dispuesto en la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01, según corresponda.</p> <p>La DIRESA/GERESA/DIRIS, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud I-4, promueven y protegen la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad materno-infantil en las y los niños hasta los veinticuatro (24) meses de vida contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano.</p>	
Justificación	<p>La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad.</p> <p>En el Perú según la ENDES, la proporción de menores de seis (06) meses con lactancia materna a nivel nacional no mantiene un incremento sustancial, así tenemos que en el año 2015 se tuvo un porcentaje del 65.2% y en el 2020 un porcentaje de 68.4% (incrementándose solo un 3.2% en cinco años), siendo las zonas rurales las que mantienen mayores porcentajes (81% en el año 2020), en comparación con las zonas urbanas (63% en el año 2020).</p> <p>En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales como el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado con Decreto Supremo N° 009-2016-SA, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los veinticuatro (24) meses de vida.</p>	
Logro esperado	<p>PARA DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <ol style="list-style-type: none"> Si en el ámbito hay 7 o menos EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos, deben alcanzar el 100% de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2022. Si en el ámbito hay entre 8 y 15 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 75 % de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2022. Si en el ámbito hay entre 16 y 30 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 50 % de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2022. Si en el ámbito hay más de 30 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud 	100%



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

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

³ Hospitales que brindan atención materno infantil.



	<p>I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 30 % de EESS certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2022.</p> <p>Fuente Auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en los que se detalle los hospitales y EESS I-4 existentes y aquellos que han logrado ser certificados y/o actualizados como amigos de la madre, la niña y el niño, al 2022. Acto resolutivo de Certificación o actualización, por un periodo de tres (03 años) a partir de la fecha registrada en el Acta Final de la Evaluación Externa (RM N° 353-2016/MINSA, Anexo 7c), otorgado por la autoridad regional según corresponda⁴, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS según corresponda. 	
	<p>PARA REDES DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> Si en el ámbito hay 5 o menos EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos, deben alcanzar el 100% de EESS con evaluación interna, con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. Si en el ámbito hay entre 6 y 10 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 75 % de EESS con evaluación interna, con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. Si en el ámbito hay más de 10 EESS, entre hospitales y establecimientos de salud I-4 que atienden partos y recién nacidos; deben alcanzar 50 % de EESS con evaluación interna, con puntaje de 80% o más y solicitud de evaluación externa. <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 (Anexo 7C de la RM N°353-2016/MINSA) con firma y sello legible de los evaluadores, y solicitud de evaluación externa dirigida al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS, según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo recepción, de cada uno de los establecimientos.</p> <p>La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, deben corresponder al año 2022. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario.</p>	100%
	<p>PARA INSTITUTOS, HOSPITALES</p> <p>A. Para Institutos, Hospitales NO Certificados o actualizados como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño: Evaluación Interna aprobada, con puntaje de 80% o más</p> <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el Acta final de la evaluación interna aprobada (Anexo 7C de la RM N°353-2016/MINSA) con firma y sello legible de los evaluadores, y solicitud de evaluación externa dirigida al director general de la DIRESA/GERESA/DIRIS, según corresponda, con evidencia de trámite documentario o cargo recepción. La evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, deben 	100%



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



	<p>corresponder al año 2022. El periodo que transcurra entre evaluación interna y la solicitud de evaluación externa, no debe exceder 30 días calendario.</p> <p>B. Para Institutos, Hospitales Certificados y/o actualizados como "Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño", durante los tres (3) últimos años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de Acciones de Monitoreo⁵ y/o Supervisión, dos (02) en el año, con un intervalo no menor de tres (03) meses, al 100% de UPSS⁶. <p>Fuente auditable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acto Resolutivo de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda⁷, vigente al 2022. 2. Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que se incluye el detalle de las actividades de Monitoreo y/o Supervisión realizada, adjuntando el resumen de 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>El Acto Resolutivo Directoral y/o Ministerial de Certificación o actualización, son publicados en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS, Red, Hospital o Instituto según corresponda.</p>
Frecuencia de medición	Evaluación: anual
Fuente de datos	Informe preparado DIRESA/GERESA/DIRIS, Red, Instituto u Hospital, según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública.
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Área responsable de información	DIRESA/GERESA/DIRIS, Red, Instituto, Hospital según corresponda.
Notas	<p>1. Todas las fuentes auditables que se registran en el aplicativo para la evaluación y los que se publican en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Hospitales, o Redes, según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales, o en su defecto copias legibles fedateadas.</p> <p>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.</p>



⁵ Según Anexo 04: Ficha de Monitoreo de Lactancia Materna, de la Directiva Administrativa N° 201-41MISA/DGSP-V-01-Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
⁶ UPSS de consulta externa, UPSS centro obstétrico, UPSS centro quirúrgico, UPSS unidad de cuidados intensivos, UPSS hospitalización, UPSS nutrición y dietética, UPSS farmacia, UPSS atención, banco de leche humana, lactario institucional.
⁷ 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.



Ficha N° 22: Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y/o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), para mejorar el acceso a su derecho de atención de salud

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y/o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), para mejorar el acceso a su derecho de atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN (INR)	
Definición	El compromiso de mejora de los servicios, consiste en capacitar a los profesionales de la salud del primer nivel de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y/o Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para identificar riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD) en la etapa infantil y adolescente a través de la evaluación clínica y aplicación de fichas de detección, para realizar una derivación o atención oportuna con el objetivo de prevenir la discapacidad o disminuir su severidad.	
Justificación	<p>Según el informe Mundial sobre discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) alrededor del 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad.</p> <p>Según la UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) en América Latina y el Caribe viven más de 8 millones de niñas y niños menores de 14 años con discapacidad, asimismo, 7 de cada 10 niños, niñas y adolescentes con discapacidad no asisten a la escuela y 50,000 están institucionalizados.</p> <p>En el Perú en 2012, la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, mostró que el 5.2% de la población peruana vive con alguna discapacidad. Posteriormente, por Censo Nacional 2017, el INEI reportó que el 10.3 % de la población tiene alguna discapacidad. Por otro lado, desde el 2015, el Ministerio de Salud dispone de un sistema de información en tiempo real "HIS DISCAP WEB", en el que se reporta un acumulado de 271,778 personas con discapacidad certificadas por IPRESS públicas, privadas y mixtas, teniendo como corte el 30 setiembre 2021. Encontrando que, 47753 corresponden a niñas y niños y 27912 a adolescentes, siendo discapacidad severa el 60.7% y 55.8 % respectivamente. Estos casos pueden estar relacionados a la necesidad de una detección temprana y del abordaje oportuno de los riesgos, daños o discapacidad instalada. Por ello, el transferir capacidades y competencias al personal de salud del primer nivel de atención resulta ser una inversión útil y prioritaria; la mejora en la detección temprana y la referencia correspondiente cuando no exista capacidad resolutoria en la IPRESS, contribuirá a fortalecer las acciones de prevención y control de la progresión de la discapacidad y finalmente mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Lo mencionado es concordante con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026 cuyo EJE 1 y línea de intervención 1.2.2 se refiere a "implementar prestaciones de salud en redes integradas de salud con capacidad resolutoria óptima en el marco de la atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención", los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ONU), al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (Resolución Ministerial N° 030-2020-MINSA) y su manual de implementación (Resolución Ministerial N° 220-2021-MINSA).</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración del plan de capacitación para personal profesional de la salud del primer nivel de atención de las DIRESA/GERESA/DIRIS, el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, contenidos y cronograma.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con la Dirección de Prevención y Control de la discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INR, mes de marzo del 2022, publicado en la página web del INR.</p>	30%





	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación aprobado.</p> <p>Fuente auditable: Informe del INR, con el V°B° de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad-DGIESP/MINSA, que incluya listado de profesionales de la salud que aprobaron los 03 módulos de capacitación y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría, al mes de diciembre del 2022, publicado en la página web del INR.</p>	70 %
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora remitido por Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN (INR), con visto Bueno de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad.	
Área responsable de Información	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ – JAPÓN (INR)	
Notas	<p>La propuesta se sustenta en el marco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convención sobre los derechos de personas con discapacidad, aprobada por Resolución Legislativa N° 29127, ratificada por DS N° 073-2007-RE. - Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. - Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. - Política General de Gobierno 2021-2026, DS N° 164-2021-PCM. - Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", DS N° 026-2020-SA. - Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo 2030, DS N° 007-2021-MIMP. - Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad, RM N° 030-2020/MINSA. <p>Ante posible escenario de emergencia sanitaria por desastres, pandemia y otros, los ámbitos de intervención podrían ser reajustados.</p> <p>La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia</p>	





Ficha N° 23: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel la atención en el abordaje de las enfermedades oculares prioritizadas

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel la atención en el abordaje de las enfermedades oculares prioritizadas	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional de Oftalmología (INO) e Instituto Regional de Oftalmología (IRO).	
Definición	<p>El compromiso de mejora de los servicios, implica la capacitación de profesionales de la salud del primer nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales en personas de diferentes edades, en promoción de la salud ocular, tamizaje, diagnóstico y referencia oportuna de personas con enfermedades oculares.</p> <p>La capacitación se realizará a través del denominado "Curso de Atención Primaria en Salud Ocular", el mismo que contiene Unidades Temáticas con información teórica de las enfermedades oculares prioritizadas causantes de discapacidad visual y ceguera evitable y procedimientos oftalmológicos básicos, 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 la salud ocular de calidad en el ámbito nacional. En ese marco, el año 2019, se capacitaron profesionales de la salud como Facilitadores Regionales, quienes participan en los diferentes cursos virtuales y/o presenciales que se brindan a otros profesionales de la salud de su jurisdicción, además, contribuyen en la ejecución del tamizaje de agudeza visual para la detección oportuna de errores refractivos y catarata en sus establecimientos de salud; este proceso permite brindar sostenibilidad al desarrollo de las intervenciones sanitarias prioritizadas de salud ocular en el primer nivel de atención, 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 INO y el IRO como establecimientos de salud altamente especializados, tienen entre unas de sus funciones la docencia, la cual se desarrolla a través de la capacitación de profesionales de la salud de los diferentes niveles de atención, en concordancia con las necesidades regionales identificadas por el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera – CSOPC de la DENOT – DGIESP - MINSA.</p> <p>El abordaje de errores refractivos y catarata que se brinda en las capacitaciones, corresponde a la línea de producción del Producto: Tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos (3000013) y Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas (3000011) del Programa Presupuestal 018 Enfermedades No Transmisibles.</p>	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>1. Elaboración de un Plan para la capacitación de profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de las DIRESA/GERESA/DIRIS, el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, contenidos y cronograma.</p> <p>Fuente auditable: Plan consensuado con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera (CSOPC), de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INO e IRO según corresponda, hasta el mes de abril del 2022, publicado en la página web del INO o IRO según corresponda.</p>	25%
	<p>2. Ejecución del Plan de capacitación aprobado.</p> <p><u>Instituto Nacional de Oftalmología-INO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitará en modalidad virtual a no menos de 550 profesionales de la salud (Médicos generales, licenciadas de enfermería y Tecnólogo médico en optometría) de las DIRESAs, GERESAs, DIRIS del ámbito: Macrorregión Centro, Sur, Oriente y Lima, previa coordinación con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del Ministerio de Salud. 	75%





	<p>Macrorregiones: Centro (Huánuco, Pasco, Ayacucho, Junín y Huancavelica), Sur (Tacna, Moquegua, Arequipa, Puno, Cusco, Ica y Apurímac), Oriente (Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali), Lima (Región Lima y Callao, DIRIS Lima Sur, Lima Norte, Lima Centro, Lima Este).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompañamiento a los Facilitadores Regionales en sus réplicas de capacitación presencial, a otros profesionales de la salud de los establecimientos del Primer Nivel de Atención de 04 Regiones o DIRIS priorizadas por el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA. ▪ Monitoreo de la cobertura de tamizaje de agudeza visual para la detección de errores refractivos y catarata en el establecimiento de salud de procedencia del profesional capacitado en las réplicas de capacitación presencial por los Facilitadores Regionales. El monitoreo se realizará a través del formato consensuado con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA – CSOPC. Reporte no menor del 50% de personal de salud capacitado. Ámbito: Macrorregión Centro, Sur, Oriente y Lima. <p><u>Instituto Regional de Oftalmología-IRO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitará en modalidad virtual a no menos de 250 profesionales de la salud (Médicos generales, licenciadas de enfermería y Tecnólogo médico en optometría de las DIRESAs, GERESAs de la Macrorregión Norte, previa coordinación con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del Ministerio de Salud. <p><u>Macrorregión Norte:</u> DIRESA/GERESA: Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Amazonas, Ancash, Cajamarca.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompañamiento a los Facilitadores Regionales en sus réplicas de capacitación presencial, a otros profesionales de la salud de los establecimientos del Primer Nivel de Atención de 02 Regiones priorizadas por el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA. ▪ Monitoreo de la cobertura de tamizaje de agudeza visual para la detección de errores refractivos y catarata en el establecimiento de salud de procedencia del profesional capacitado en las réplicas de capacitación presencial por los Facilitadores Regionales. El monitoreo se realizará a través del formato consensuado con el Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA – CSOPC. Reporte no menor del 50% de personal de salud capacitado. Ámbito: Macrorregión Norte <p>Fuente auditable: Informe del INO o IRO según corresponda, con el V°B° del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA - CSOPC, que incluya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de capacitación que incluya el listado de profesionales de la salud que aprobaron y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría 2. Informe de acompañamiento de capacitación realizada por los Facilitadores Regionales, incluye lista de personal capacitado y notas. 3. Informe de seguimiento de cobertura de tamizaje de errores refractivos y catarata, que incluye el formato monitoreo del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera del MINSA. 	
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas. Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - CSOPC</p>	
<p>Área responsable de la información</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras Campos" – Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios Oftalmológicos, Prevención y Promoción de la Salud Ocular - DEDSOPPSO ▪ Instituto Regional de Oftalmología "Javier Servat Univazo" 	





PERÚ

Ministerio
de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Frecuencia de medición	Anual.
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora remitido por el Instituto Nacional de Oftalmología (INO) y el Instituto Regional de Oftalmología (IRO) con visto bueno del Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - CSOPC -DENOT-DGIESP
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° 24: Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud

Nombre	Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud.	
Ámbito de aplicación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, Hospitales e Institutos.	
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 clave de la atención de la salud. Se medirá a los establecimientos de salud seleccionados, que realizan autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en normativa vigente.	
Justificación	La Autoevaluación del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud-PAES es de cumplimiento obligatorio en el año, tiene el objetivo de establecer una cultura de calidad y promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud. Base Legal: RM N° 456-2007/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de establecimientos de Salud. RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación establecimientos de salud y RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares de Acreditación para establecimientos de salud con categoría III-2.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>PARA HOSPITALES E INSTITUTOS</p> <p>1.- El Hospital e Instituto cuentan con Equipo de Acreditación y Equipo de Evaluadores Internos, designados formalmente.</p> <p>Plazo: Hasta 31 agosto 2022 Fuente auditable: Acto Resolutivo o documento oficial de conformación de equipo de Acreditación y de equipo de Evaluadores Internos de los establecimientos de salud del MINSA y GOREs, vigente.</p>	Cumple con las acciones 1 y 2 = 40%
	<p>2.- El Hospital e Instituto cuentan con Plan de Autoevaluación del 2022, según pautas y esquema preestablecido en la Guía del Evaluador, aprobado y publicado en Web institucional.</p> <p>Plazo: Hasta 30 noviembre 2022. Fuente auditable: Acto Resolutivo o documento oficial de aprobación del Plan de Autoevaluación 2022 de los establecimientos de salud del MINSA y GOREs.</p>	
	<p>3.- El Hospital e Instituto cuentan con Documento de Comunicación de Inicio de Autoevaluación 2022, con sello de recepción de la DIRESA/GERESA/DIRIS y de éstas tramitados a la UFGCS-DVMPAS según plazo. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p> <p>Plazo: Hasta 30 noviembre 2022 Fuente auditable: Documento oficial de comunicación de inicio de Autoevaluación 2022 de establecimientos de salud con sello de recepción de la DIRESA/GERESA/DIRIS y de éstas tramitados a la UFGCS-DVMPAS y los Institutos Nacionales directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	Cumple con las acciones 3 y 4 = 60%
	<p>4.- El Hospital e Instituto cuentan con Informe Técnico Final de Autoevaluación 2022, según pautas y esquema preestablecidos en la Guía Técnica del Evaluador, con porcentaje de cumplimiento = ó > 50% (Para establecimientos de salud de II y III nivel).</p> <p>Plazo: Hasta 31 enero 2023 Fuente auditable: Informe Técnico Final de Autoevaluación, que adjunta reporte de resultados del Aplicativo para la Acreditación remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS y los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	





	<p>DIRESA/GERESA/DIRIS</p> <p>Las DIRESA/GERESA/DIRIS presentan a la UFGCS-MINSA, el informe consolidado de las Redes de Salud, que realizaron autoevaluación¹ durante el año 2022, en su ámbito jurisdiccional.</p> <p>Plazo: Hasta 31 Enero 2023.</p> <p>Fuente auditable: informe consolidado de Autoevaluación de los establecimientos de salud seleccionados en las Redes de Salud, que realizaron autoevaluación que incluye como anexo la Matriz de consolidado preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra los establecimientos de salud del primer nivel que cumplen con las acciones 1, 2, 3 y 4 y adjuntan los reportes de resultados (semaforizado) emitido por el Aplicativo para la Acreditación, de cada establecimientos de salud registrado en la Matriz.</p> <p>(¹) La DIRESA/GERESA debe programar el 100% de redes de salud. La DIRIS debe programar el 20% de establecimientos de salud sobre el porcentaje de establecimientos que cuentan con autoevaluación del año previo.</p>	<p>Cumple con las acciones descritas = 100%</p>
	<p>RED DE SALUD</p> <p>Las Redes de Salud, presentan a las DIRESA/GERESA el informe consolidado de los establecimientos de salud de primer nivel seleccionados², que realizaron autoevaluación durante el año 2022, en su ámbito jurisdiccional.</p> <p>Plazo: Hasta 15 enero 2023.</p> <p>Fuente auditable: informe consolidado de Autoevaluación de los establecimientos de salud de primer nivel seleccionados de su ámbito que realizaron autoevaluación que incluye como anexo la Matriz de consolidado preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra establecimientos de salud que cumplen con las acciones 1, 2, 3 y 4 y adjuntan los reportes de resultados (semaforizado) emitido por el Aplicativo para la Acreditación, de cada establecimiento de salud registrado en la Matriz.</p> <p>(²) La Red de Salud debe programar el 20% de establecimientos de salud sobre el porcentaje de establecimientos que cuentan con autoevaluación del año previo.</p>	<p>Cumple con las acciones descritas = 100%</p>
<p>Área responsable técnica y de la información.</p>	<p>Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS.</p>	
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>	
<p>Fuente de datos</p>	<p>Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por los hospitales e Institutos Nacionales/Regionales, DIRESA/GERESA y DIRIS.</p>	
<p>Notas</p>	<p>1. Las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, seleccionan un porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel, que realizaran Autoevaluación en el 2022.</p> <p>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.</p>	





Ficha N° 25: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente.

Nombre	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de aplicación	Hospitales de nivel II y III e Institutos	
Definición	Las Rondas de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.	
Justificación	Cada Año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención poca segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención de salud se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y por tanto contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poca segura (falta de procedimientos normalizados para almacenamiento de medicamentos, inadecuada comunicación entre el personal de salud, falta de verificación antes de administrar un medicamento, falta de participación de los pacientes en su propio cuidado entre otros) podrían ser factores subyacentes que conducen a un error. Por lo tanto, como se establece en la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" aprobada por RM N°163-2020-MINSA, 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 inherentes en la atención de salud, a través de la evaluación directa del cumplimiento de verificadores que aseguren prácticas seguras, lo cual permitirá contar con sistemas seguros implementando estrategias de mejora continua en seguridad del paciente con participación efectiva de los profesionales de la salud y de los pacientes.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	<p>Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente.</p> <p>1.1 La IPRESS dispone de un Equipo de Rondas de Seguridad conformado mediante acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS.</p> <p>1.2 La IPRESS dispone de un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente-periodo 2022, aprobado con acto resolutivo o documento oficial. 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>Plazo: Marzo 2022</p> <p>Fuentes auditable: Actos Resolutivos y/o documentos oficiales de conformación del equipo de Rondas de Seguridad del paciente, y Cronograma de Rondas de Seguridad del paciente, remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1</p> <p>40%</p>





	<p>Criterio 2: Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente. La IPRESS dispone de un Informe semestral que contiene información de la ejecución de 6 Rondas de Seguridad del Paciente según el cronograma aprobado. El informe debe contener los siguientes anexos de acuerdo con la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN: Anexo 3 Resultados de evaluación debidamente firmadas por los miembros del equipo, Anexo 6 Plan de Acción (acciones correctivas implementadas).</p> <p>Plazo: I semestre julio 2022, II semestre Enero 2023</p> <p>Fuente auditable: Informe Técnico semestral que contenga anexos según Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS a la UFGCS-DVMPAS. Los Institutos Nacionales remiten directamente a la UFGCS-DVMPAS.</p>	<p>Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2</p> <p>60%</p>
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	
Área técnica responsable de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Notas	La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	





Ficha N° 26: Fortalecimiento de los procesos y capacidad resolutive de las IPRESS de las Redes Integradas de Salud – RIS, para la provisión de servicios de salud según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, y la articulación y complementación de los servicios de salud a través del Intercambio Prestacional en Salud – IPS

Nombre	Fortalecimiento de los procesos y capacidad resolutive de las IPRESS de las Redes Integradas de Salud – RIS, para la provisión de servicios de salud según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, y la articulación y complementación de los servicios de salud a través del Intercambio Prestacional en Salud - IPS.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Institución	DIRESA/GERESA, DIRIS
Definición	<p>La organización en Redes Integradas de Salud – RIS es una estrategia para acercar los servicios de salud a la ciudadanía, con enfoque territorial, promoviendo la continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, basada en la estrategia de Atención Primaria de Salud; así como, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las IPRESS de la RIS.</p> <p>El primer contacto, uno de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS, referido a que la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, es a través del Equipo Multidisciplinario de Salud - EMS, que depende de un establecimiento de salud del primer nivel de atención de salud con rol puerta de entrada en la RIS, se operativiza mediante la asignación de las personas de los sectores sanitarios a un EMS.</p> <p>En respuesta a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad del territorio de la RIS, se requiere brindar servicios de salud en base a una cartera de servicios de salud de acuerdo al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, identificando la brecha de cartera de servicios de salud, de UPSS y de Actividades en la RIS.</p> <p>Asimismo, esta información será útil para las DIRESA/GERESA, DIRIS para establecer los acuerdos de Intercambio Prestacional en Salud, y a la vez, servirá para articular y complementar los servicios de salud en las Redes Integradas de Salud – RIS.</p>
Justificación	<p>En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, que está orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, se establece en el artículo 13° del LMAUS el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.</p> <p>El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS consiste en una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.</p> <p>En ese sentido es necesario que las IPRESS de las RIS brinden una cartera de servicios de salud con prestaciones de salud individual y de salud pública acorde al PEAS y basada en las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, a través de la articulación, coordinación y complementación de las carteras de servicios de salud de las IPRESS que integran la RIS, para ello se requiere fortalecer la capacidad resolutive de las IPRESS de las RIS Conformadas, a través de la identificación de brecha de cartera de servicios de salud, y ejecutando el cierre progresivo de las brechas identificadas.</p> <p>Las personas del sector sanitario de la RIS, están asignadas a un EMS, que se constituye en la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. El EMS es el integrador y coordinador del cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, en las IPRESS que conforman la RIS.</p>



	<p>Referencia Normativa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud 2. Ley 30885 Establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud 3. Decreto Legislativo N°1302 Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público 4. Decreto Legislativo N°1466 Disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del Intercambio Prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por COVID-19 5. Decreto Supremo N°164-2021-PCM aprueba la Política General de Gobierno para el periodo 2021-2026 6. Decreto Supremo N°019-2020-SA aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS 7. Decreto Urgencia N°017-2019 Establece Medidas para la Cobertura Universal de Salud. (1) 8. Decreto Supremo N°023-2021-SA aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). 9. Resolución Ministerial N° 969-2021/MINSA que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud
<p>Logro esperado</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La DIRESA/GERESA/DIRIS asigna a las personas de sectores sanitarios de las Redes Integradas de Salud RIS Conformadas a Equipos Multidisciplinarios de Salud - EMS (*) o Equipos de Intervención Integral - EII (**) de los ES con rol puerta de entrada del Primer nivel de Atención de Salud de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 12 del Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la Conformación y Funcionamiento de la RIS, aprobado por D.S. N° 019-2020-SA, independientemente de su IAFAS de afiliación. Fuente auditable: Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS del proceso de asignación de personas de sectores sanitarios de una o más RIS conformadas (***) a Equipos Multidisciplinarios de Salud - EMS (*) o Equipos de Intervención Integral - EII (**) de los E. S. con rol Puerta de Entrada, independientemente de su IAFAS de afiliación, remitido a la DGAIN/MINSA hasta el último día del IV trimestre 2022. (*) En tanto exista brecha de EMS en una RIS, podrá asignarse más de un sector sanitario a un EMS. (**) Se considerará a los EII mientras dure la Declaratoria de Emergencia Sanitaria: Pandemia por Covid-19 (***) Cuando es una sola RIS considerar la RIS identificada para las intervenciones del PCRIS 2. La DIRESA/GERESA/DIRIS desarrollan el Intercambio Prestacional en Salud - IPS en su ámbito de responsabilidad a través de la articulación y complementación de los servicios de salud disponibles en el territorio brindándose prestaciones de salud conforme al PEAS vigente; de acuerdo a lo dispuesto en el D.L. N°1466 y D.L N° 1302. Fuente auditable:

Cumplen la acción 1
30%

Cumplen la acción 2
40%





	<p>Convenio de Intercambio Prestacional en Salud para la articulación y complementación de los servicios de salud y el cierre de brechas que permita asegurar las prestaciones de servicios de salud establecidas en el PEAS, suscrito por el GORE en representación de sus IPRESS, DIRIS ó los Hospitales o Institutos con una IAFAS pública hasta el último día del I semestre 2022.</p> <p>3. Las Redes Integradas de Salud - RIS conformadas en la DIRESA/GERESA/DIRIS, identifican su brecha de cartera de servicios de salud, de UPSS y de Actividades para elaborar el Plan de Fortalecimiento de la Capacidad Resolutiva de las RIS conformadas de acuerdo a lo dispuesto en la Única Disposición Complementaria Transitoria del Reglamento de la Ley N° 30885, aprobado por D.S. N°019-2020-SA.</p> <p>Fuente auditable: Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS sobre la identificación de brecha de cartera de servicios de salud, de UPSS y de Actividades, de una o más RIS conformadas (*) remitido a la DGAIN/MINSA hasta el último día del IV trimestre 2022.</p> <p>(*) Cuando es una sola RIS considerar la RIS identificada para las intervenciones del PCRIS</p>	<p>Cumple la acción 3 30%</p>
<p>Área responsable técnica</p>	<p>Dirección de Aseguramiento en Salud (DAS) – DGAIN Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN</p>	
<p>Área responsable de Información</p>	<p>Dirección de Aseguramiento en Salud (DAS) – DGAIN Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud (DIPOS)-DGAIN</p>	
<p>Frecuencia de medición</p>	<p>Anual</p>	
<p>Fuente de datos</p>	<p>Informe anual preparado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional - DGAIN, a partir de los informes remitidos por las DIRESA/GERESA, DIRIS.</p>	

