



PERÚ

Ministerio de Salud



GOBIERNO REGIONAL CUSCO



DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Resolución Directoral

N° 98 - 2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 15 de febrero de 2022.

Vistos: El Informe N°021-2022-GRCUSCO/DRSC/RSCCE/OPP/J, el Memorandum N°0091-2022-GR.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DE., sobre aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) - 2022 de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el Artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, mediante Informe N° 021-2022-GRCUSCO/DRSC/RSCCE/OPP/J, el Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, mediante el documento de la referencia remite el Plan Operativo Institucional de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar, para el año fiscal 2022, dicho documento que fue elaborado en base a las orientaciones y pautas establecidas en la Guía para el planeamiento Institucional emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN, y aprobada con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N° 033-2017/CEPLAN/PCD y modificado por Resolución de Presidencia del Consejo del Consejo Directivo N° 016-2019/CEPLAN/PCD, el mismo que contiene el esquema del plan operativo institucional de acuerdo a lo establecido, por lo tanto, solicito la aprobación y emisión de la resolución directoral del POI – 2022 de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, para lo cual adjunta 01 ejemplar con (144) folios;

Que, el numeral 71.1. del Artículo 71° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF, establece que las entidades, para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI), el cual debe concordar con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) y los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM);

Que, el numeral 71.3 del Artículo 71° del mismo cuerpo legal, señala que los Planes Operativos Institucionales reflejan las metas presupuestarias que se esperan alcanzar para cada año fiscal y constituyen instrumentos administrativos que contienen los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho periodo, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica;

Que, el numeral 7.3 del artículo 7° del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del sistema Nacional de Presupuesto Público, establece que el titular de la entidad es responsable de determinar prioridades de gasto de la entidad en el marco de sus objetivos estratégicos institucionales que conforman su Plan Estratégico Institucional (PEI), y sujetándose a la normatividad vigente;

Que, la "Guía para el Planeamiento Institucional", aprobada mediante Resolución N° 033-2017/CEPLAN/PCD de la Presidencia de Consejo Directivo del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, publicada el 03 de junio de 2017 y modificada con Resoluciones de Presidencia de consejo Directivo N° 062-2017-CEPLAN/PCD, N° 013-2018-CEPLAN/PCD y N° 016-2019-CEPLAN/PCD, contempla las pautas para el planeamiento institucional que comprende la política y los planes que permiten la elaboración o modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Institucional (POI), en el marco del ciclo de Planeamiento Estratégico para la mejora continua y, regula las disposiciones para la elaboración y aprobación del POI;



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Resolución Directoral

N° 98 - 2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 15 de febrero de 2022.

Que, el apartado 4.2 de la "Guía para el Planeamiento Institucional" establece que el titular de la entidad es responsable de la aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del POI, el mismo que debe ser publicado en el portal de transferencia estándar de la Entidad;

Que, de acuerdo al numeral 6.2 del artículo 6° de la "Guía para el Planeamiento Institucional" contempla que la entidad con base en el POI Multianual toma programación del primer año para realizar el proceso de ajuste de acuerdo con la priorización establecida y la asignación del presupuesto total de la entidad; para ello, una vez aprobado el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), la entidad revisa que los recursos totales estimados en la programación del primer año del POI Multianual tengan consistencia con el PIA y, de no ser consistente, la entidad ajusta la programación, para finalmente obtener el POI Anual;



Que, mediante Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año fiscal 2022, publicado en el "Diario el Peruano" el 30 de noviembre del 2021, se ha aprobado el Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2022, el cual comprende los alcances y responsabilidades en materia presupuestal para las entidades del sector público;

Que, mediante Resolución Directoral N° 64 - 2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., de fecha 31 de enero del 2022, se aprueba el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el Año Fiscal 2022, de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar;



Que, corresponde realizar el proceso de consistencia del POI Anual 2022 de la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar, en relación con el PIA aprobado por la Unidad Ejecutora 401- Salud Canas Canchis Espinar;

Que, en cumplimiento del Artículo 12° literal "f" del Reglamento de Organización y Funciones de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar (ROF), aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la U.E. 401 - SCCE, propone el Plan Operativo Institucional (POI) de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar, correspondiente al año 2021, para su aprobación según la normatividad vigente;



Que, mediante Memorandum N°0091-2022-GR.CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DE., la Directora Ejecutiva de la Unidad Ejecutora 401- Red de Salud Canas Canchis Espinar, dispone la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del "Plan Operativo Institucional (POI) 2022". Para tal efecto, se adjunta el documento de la referencia en (01) folios y 01 anillado a folios (144);

Que, en razón de lo señalado, corresponde aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar, correspondiente al ejercicio 2022 consistente con el PIA 2022, propuesto el Jefe de la Oficina de Planificación y Presupuesto de la Unidad Ejecutora 401-Salud Canas Canchis Espinar;

Que, conforme a lo señalado se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 - Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 - Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial N° 01577-2021-GRSC/OGRH, de fecha 09 de noviembre del 2021 mediante el cual se designa a la Directora Ejecutiva de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar, y;



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Resolución Directoral

N° 98 - 2022-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuaní, 15 de febrero de 2022.

Con el visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y del Asesor Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR, el Plan Operativo Institucional (POI) – 2022 de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución directoral.

ARTÍCULO 2°.- ESTABLECER, que los Directores, Jefes y Coordinadores de las Unidades y Programas de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar, cumplan con los objetivos institucionales contemplados en el Plan Operativo Institucional (POI) – 2022, bajo responsabilidad.

ARTÍCULO 3°.- ENCARGAR, a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de la programación establecida en el Plan Operativo Institucional (POI) – 2022.

ARTÍCULO 4°.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática de la U.E. 401 – SCCE, proceda a publicar el íntegro de la presente resolución en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401 – Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Obst. Maribel Ramos Diaz
DIRECTORA EJECUTIVA
C.D.P 12025



U.E. 401 - P.O. 01
UGYDPH y P.E.
RPM/Proy. Res. 98
15/02/2022



**OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL
OFICINA DE ORGANIZACIÓN Y PLANES**

Plan Operativo Institucional 2022

**UNIDAD EJECUTORA 401
RED DE SALUD CANAS CANCHIS
ESPINAR**

INDICE

I. PRESENTACIÓN	1
II. ASPECTOS GENERALES	3
III. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	
3.1 Misión Institucional	6
3.2 Diagnostico situacional	6
3.3 Acciones Estratégicas	56
IV. PLAN DE ACCIÓN	57
V. ANEXOS Y MATRICES	
• Matriz N° 1 Programación de Actividades Operativas	59
• Ficha de Indicadores de Desempeño	86
• Anexo B-5 del aplicativo CEPLAN - 2022	141

I. PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Institucional de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, es un instrumento de gestión Institucional que contiene un conjunto de actividades claves y subactividades, agrupadas en lógica de productos y en función de los objetivos estratégicos; acciones estratégicas, así como los indicadores de cumplimiento y su respectiva Unidad de Medida para cada actividad, desagregándose en sub actividades, acciones y tareas que permitan efectuar el seguimiento del cumplimiento de cada una de las actividades programadas la misma que se constituye como una herramienta de gestión a corto plazo que permite planificar, ordenar e integrar armoniosamente las actividades que la Institución se propone ejecutar en el ejercicio fiscal 2022, por ende es consistente con el PIA 2022, que se ha elaborado en base a las orientaciones y pautas establecidas en la Guía para el Planeamiento Institucional emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN, y aprobada con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N°033-2017/CEPLAN/PCD y modificada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N°016-2019/CEPLAN/PCD. Así mismo presenta la misión y visión institucional, indicadores de resultado y producto, las metas programadas y el presupuesto de cada Órgano Estructurado, según las prioridades que se orientan principalmente a la atención sanitaria en el primer nivel de atención.

El Plan Operativo Institucional comprende la programación de las Actividades Operativas necesarias para ejecutar las Acciones Estratégicas Institucionales (AEI) definidas en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020 – 2023 del Gobierno regional del Cusco, respetando el período de vigencia del PEI, además, establece los recursos financieros y las metas físicas mensuales para el año (programación física, de costeo y financiera), en relación con los logros esperados en los objetivos del PEI.

En consecuencia, de acuerdo a sus funciones, la Oficina de Planificación y presupuesto, ha coordinado y consolidado el presente documento que comprende las actividades operativas planificadas por los órganos estructurados de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, que contribuirán a Garantizar el acceso al servicio de saneamiento y salud de calidad a la población del ámbito de su jurisdicción durante el año 2022.

BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 27245, Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal y su Reglamento Decreto Supremo N° 039-2000- EF
- Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27658. Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Decreto Legislativo N° 1088 Ley del Sistema Nacional Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- Ley N° 28522 Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). (segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta séptima disposiciones complementarias)
- Decreto Legislativo 1252 Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley N° 27293,
- Ley del sistema Nacional de Inversión Pública.
- Ley N° 28056 Ley Marco del Presupuesto Participativo y su modificatoria la Ley
- N° 29298 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 171-2003-EF.
- Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público
- Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD, Directiva para la actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, aprobado con resolución de Presidencia del consejo Directivo N° 0005326-2018-CEPLAN/PCD.
- Directiva N°002-2013-GR-CUSCO/PR. Directiva para la formulación de Planes Operativos de la Región Cusco.
- Circular N° 01140 y circular N° 01141–2018 GR–CUSCO/DRSC–OEPPDI/OPP, cuyo contenido contempla el esquema para la elaboración del Plan Operativo Institucional 2021.
- RESOLUCION EJECUTIVA REGIONAL N° 359 -2018-GR CUSCO/GR que aprueba la Directiva N°06-2018-GRCUSCO/GR "Normas para la Formulación, Aprobación, Ejecución, Actualización, Seguimiento y Monitoreo del Plan Operativo Institucional (POI) en el Gobierno Regional Cusco"

II. ASPECTOS GENERALES.

2.1. Geográfica

Ubicado en la región sur oriental del Perú, comprende zonas andinas. Limita por el norte con Micro Redes de Cusco Norte, al sur con Arequipa y Puno, al este con Madre de Dios y Puno y al oeste con Micro Redes de Cusco Sur.

- Extensión Territorial: 11,457.73 km².
- Latitud Sur: 14° 16´ 10"
- Longitud oeste del meridiano de Greenwich: 71° 13´ 33"
- Dispersión Poblacional: 53% hab./km².
- Población: Total Asignada: 184,835 habitantes.
- Altitud: 3.320 a 5.000 msnm en los Distritos de la provincia de Espinar (Condorama) y Canchis (Phinaya)
- Provincias: Canas, Canchis y Espinar
- Distritos: 25.
- Clima: Su clima es frío y seco de mayo a diciembre y lluvioso en los meses de enero hasta abril. La temperatura media es de 04 °C siendo la máxima de 19 °C y la mínima alrededor de -03 °C más o menos.
- Zona de población alto andina dedicada a la ganadería, agricultura y Comercio. Con presencia de zonas de la minería.

2.2. Poblacional

Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, tiene una población asignada para el 2022 de 184,835 habitantes, la cual se encuentra con mayor concentración poblacional en la etapa de vida del adulto con un 35.6% (65,820 habitantes), este comportamiento de crecimiento poblacional nos plantea atender personas con enfermedades crónicas, por lo cual se debe enfatizar las atenciones preventivo promocionales. la etapa de vida joven ocupa segundo lugar con 22% (41178 habitantes) aquí se deberá enfatizar en la atención de Enfermedades Transmisibles y no transmisibles ya que hablamos de la población económicamente activa, migrante y en etapa reproductiva, con riesgos determinantes en salud. En tercer lugar, con 17% (31,839 habitantes) se encuentra la etapa Niño, con enfermedades prevalentes como la Desnutrición y la anemia por deficiencia de Hierro, enfermedades respiratorias y de la cavidad oral, según las primeras causas de morbilidad del año 2021. Además en grupo de niños menor de un año de nuestro ámbito mantienen la prevalencia e incidencia de la desnutrición y la anemia respectivamente, siendo necesario y de alta responsabilidad la gestión de disminuir estos indicadores negativos haciendo un esfuerzo de mejorar las actividades preventivo promocionales y de seguimiento a los niños de manera nominal ampliando la intervención a la familia y comunidad incluyendo la participación activa de nuestros aliados estratégicos y la coordinación de los actores sociales. Se aprecia, que la Micro Red Yauri es la que alberga la mayor concentración poblacional con el 30% (52,874 habitantes), en segundo lugar, se encuentra la Micro red Techo Obrero con un 20% (35,198 habitantes).

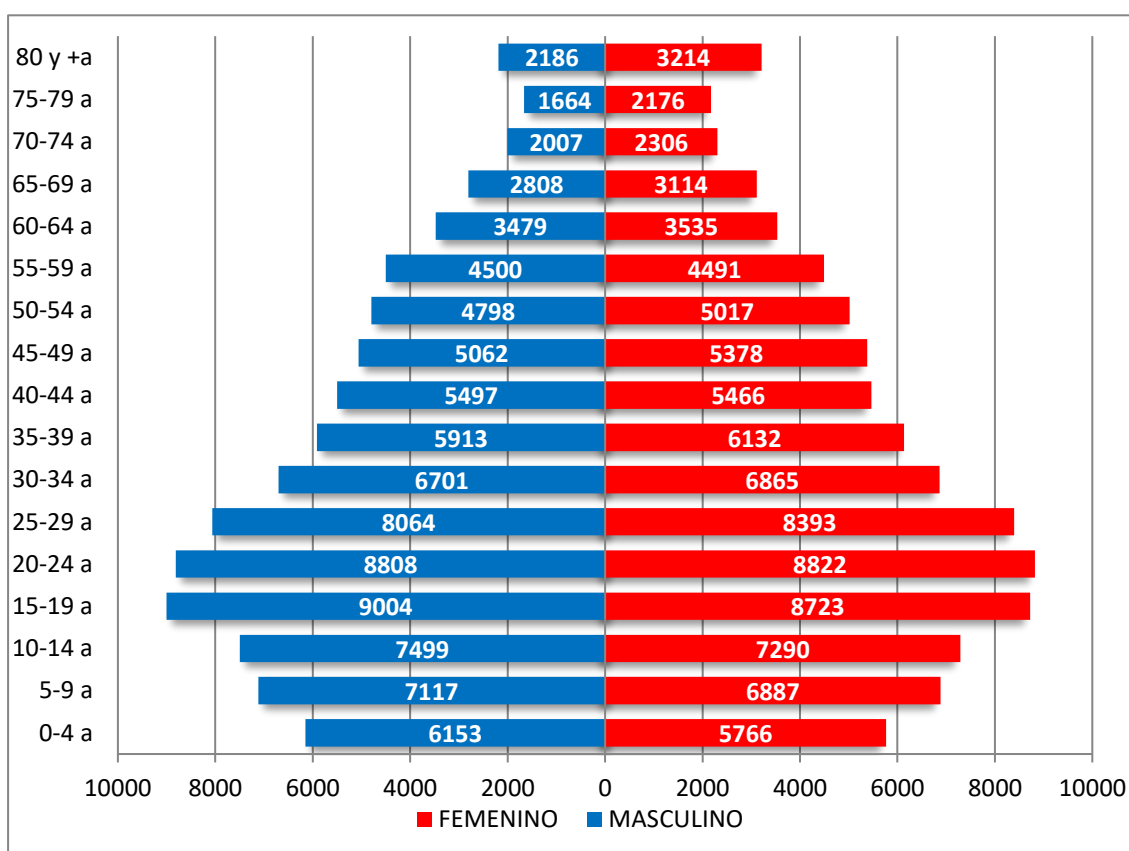
POBLACION PROYECTADA POR ETAPAS DE VIDA 2022							
MICRORED	EESS	NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS	AOLESCENTE 12-17	JOVEN 18-29	ADULTO 30-59	ADULTO MAYOR 60+	TOTAL
COMBAPATA	MOSOQLLACTA	162	121	279	514	211	1287
	CHECACUPE	820	542	1302	2076	793	5533
	COMBAPATA	627	307	868	1310	441	3553
	CHIARA	399	196	517	836	282	2230
	PITUMARCA	1503	857	1840	2716	936	7852
	TINTA	957	518	1273	2400	1046	6194
TOTAL MR COMBAPATA		4468	2541	6079	9852	3709	26649
YANAOCA	YANAOCA	1253	862	1737	2503	1251	7606
	PONGOÑA	302	209	421	607	304	1843
	HAMPATURA	231	160	324	462	230	1407
	PAMPAMARCA	274	197	420	736	359	1986
	HUINCHIRI	226	173	369	497	212	1477
	QUEHUE	312	240	512	691	290	2045
	SURIMANA	101	69	162	272	121	725
	TOCOCCORI	148	106	246	416	184	1100
	TUNGASUCA	221	155	363	608	271	1618
TOTAL MR YANAOCA		3068	2171	4554	6792	3222	19807
DESCANSO	CHECCA	890	677	1406	1911	840	5724
	EL DESCANSO	1001	632	1450	2240	839	6162
	CHITIBAMBA	171	129	267	363	161	1091
TOTAL MR EL DESCANSO		2062	1438	3123	4514	1840	12977
PAMPAPHALLA	PAMPAPHALLA	2891	1657	3318	5212	1879	14957
	LA FLORIDA	524	301	604	948	340	2717
	QUEHUAR	658	376	755	1184	426	3399
	UZCUPATA	394	226	452	708	256	2036
	PHINAYA	187	104	228	337	115	971
	SAN PABLO	455	293	672	1279	633	3332
	SANTA BARBARA	332	212	486	927	455	2412
	SAN PEDRO	388	227	629	1416	703	3363
TOTAL MR PAMPAPHALLA		5829	3396	7144	12011	4807	33187
TECHO OBRERO	TECHO OBRERO	3024	1733	3462	5447	1966	15632
	HERCCA	263	151	301	475	172	1362
	MARANGANI	903	605	1459	2370	986	6323
	CCUYO	173	113	274	444	183	1187
	CHECTUYOC	203	137	330	538	225	1433
	CONDE VILUYO	73	58	136	238	115	620
	OCCOBAMBA	433	287	688	1118	466	2992
	LANGUI	288	228	544	950	457	2467
	LAYO	1146	752	1506	2307	934	6645
TOTAL MR TECHO OBRERO		6506	4064	8700	13887	5504	38661
YAURI	YAURI	4482	2030	3506	5208	1614	16840
	TINTAYA MARQUI	183	82	142	215	66	688
	CONDOROMA	124	107	220	449	201	1101
	COPORAQUE	860	725	1611	2445	1017	6658
	HAUYHUAHUASI	420	354	787	1196	498	3255
	URINSAYA	723	607	1346	2046	852	5574
	OCORURO	210	131	274	646	319	1580
	PALLPATA	1340	722	1418	2343	1042	6865
	PICHIGUA	506	338	604	1171	514	3133
	SAN MIGUEL	271	181	350	630	275	1707
	SUYKUTAMBO	378	326	703	1189	472	3068
ACCOCUNCA	411	294	617	1226	537	3085	
TOTAL MR YAURI		9908	5897	11578	18764	7407	53554
TOTAL GENERAL		31841	19507	41178	65820	26489	184835

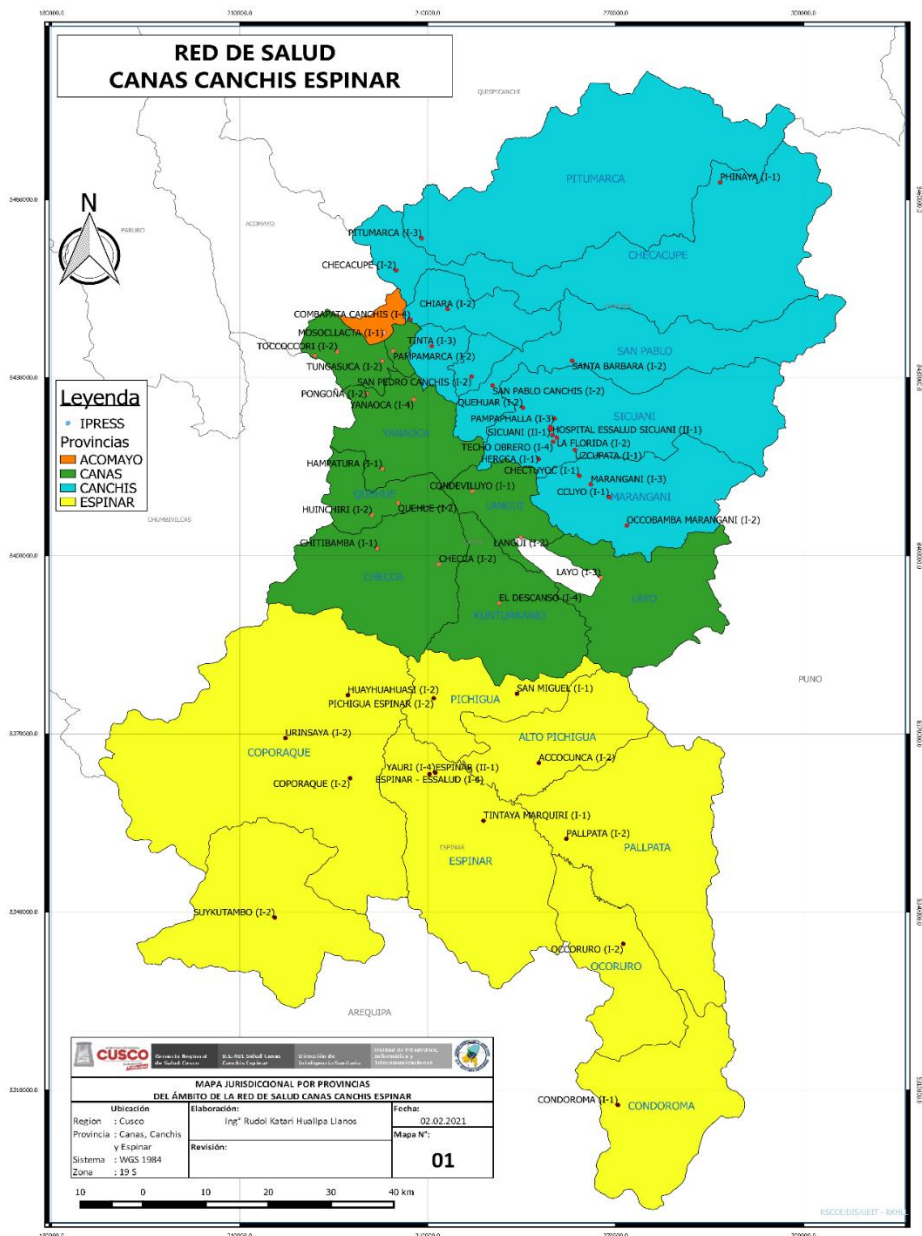
FUENTE: Dirección de Inteligencia Sanitaria

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, brinda servicios del primer nivel de atención con 49 IPRESS en los 25 distritos de las Provincias de Canas, Canchis, Espinar (08 de cada/uno), más 01 distrito de la provincia de Acomayo (Mosocllacta, por la accesibilidad a la Micro red de Combapata), está organizada en 06 micro redes, dentro de las cuales se incorporaron 02 centros de salud mental comunitario.

PIRÁMIDE POBLACIONAL RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR - 2022

ÁMBITO DE INTERVENCIÓN SANITARIA





III. MARCO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

3.1 Misión y Visión Institucional

La misión institucional de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar es:

“Somos una Red de Salud, Articulada, líder en gestión, promoción y prevención de salud en todas las etapas de vida a través de servicios integrales, con recursos humanos capacitados y especializados desde lugares no accesibles comprometida en garantizar el derecho fundamental de la salud, logrando la participación social para contribuir al bienestar de la población de Canas Canchis y Espinar”.

“Al año 2026, consolidarnos como Red de Salud líder, descentralizada con una sólida estructura organizacional, ética con capacidad resolutive que garantiza la prestación de los servicios de salud con calidad y calidez en el marco de la atención integral de salud, con servicios de salud organizados y personal calificado”.

3.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL

3.2.1 Componente de Gestión:

3.2.2 Organización Institucional:

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, ejerce la autoridad en salud, en el ámbito de las provincias de Canas Canchis Espinar, sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten directa o indirectamente a la salud de la población. Para el mejor cumplimiento de sus funciones, la organización territorial, considera 06 Micro redes: Techo Obrero, Pampaphalla, Yauri, Combapata, Yanaoca y Descanso. según Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Ordenanza Regional N°082-2014 CR7GR-CUSCO, tiene la siguiente estructura:

3.2.1.1 Estructura Orgánica:

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, para el cumplimiento de su misión y logro de sus objetivos funcionales cuenta con la siguiente estructura orgánica:

1. Órgano de Dirección:

1.1 Dirección Ejecutiva.

2. Órgano de Control.

2.1 Oficina de Control Institucional.

3. Órgano Consultivo

3.1 Comité de Gestión

4. Unidades orgánicas de Asesoramiento

- 4.1 Unidad de Planeamiento Presupuesto y Desarrollo Institucional.
- 4.2 Unidad de gestión de Riesgos situación de salud e investigación
- 4.3 Unidad de Asesoría Jurídica

5. Unidades orgánicas de Apoyo

- 5.1 Unidad de Administración y financiera
 - 5.1.1 Unidad de Economía
 - 5.1.2 Unidad de Logística.
 - 5.1.3 Unidad de Control Patrimonial
- 5.2 Unidad de Tecnologías de la información y comunicación
- 5.3 Unidad de Desarrollo Humano.

6. Unidades Orgánicas de Línea.

- 6.1 Dirección de Cuidado Integral
 - 6.1.2 Dirección de gestión de servicios de salud
- 6.2 Dirección de Articulación Intersectorial y Gestión Territorial
- 6.3 Dirección de Fiscalización
- 6.4 Dirección de Regulación

7. Unidades Desconcentradas:

- 7.1 06 Micro Redes de salud:
 - 7.1.1 Micro red Techo Obrero (09 IPRESS):
 - Centro de Salud Techo Obrero
 - Puesto de Salud Hercca
 - Puesto de Salud Marangani
 - Puesto de Salud Chectuyoc
 - Puesto de Salud Ccuyo
 - Puesto de Salud Occobamba
 - Puesto de Salud Langui
 - Puesto de Salud Condeviluyo
 - Puesto de Salud Layo
 - 7.1.2 Micro red Pampaphalla (09 IPRESS):
 - Centro de Salud Pampaphalla

- Puesto de Salud La Florida
- Puesto de Salud San Pablo
- Puesto de Salud San Pedro
- Puesto de Salud Tinta
- Puesto de Salud Santa Barbara
- Puesto de Salud Phinaya
- Puesto de Salud Uzcupata
- Centro de Salud Mental Comunitario Sicuani

7.1.3 Micro red Combapata (06 IPRESS)

- Centro de Salud Combapata
- Puesto de Salud Mosocllacta
- Puesto de Salud Checacupe
- Puesto de Salud Pitumarca
- Puesto de Salud Chiara
- Puesto de Salud Tinta.

7.1.4 Micro red El Descanso (03 IPRESS)

- Centro de Salud El Descanso
- Puesto de Salud Checca
- Puesto de Salud Chitibamba.

7.1.5 Micro red Yanaoca (09 IPRESS)

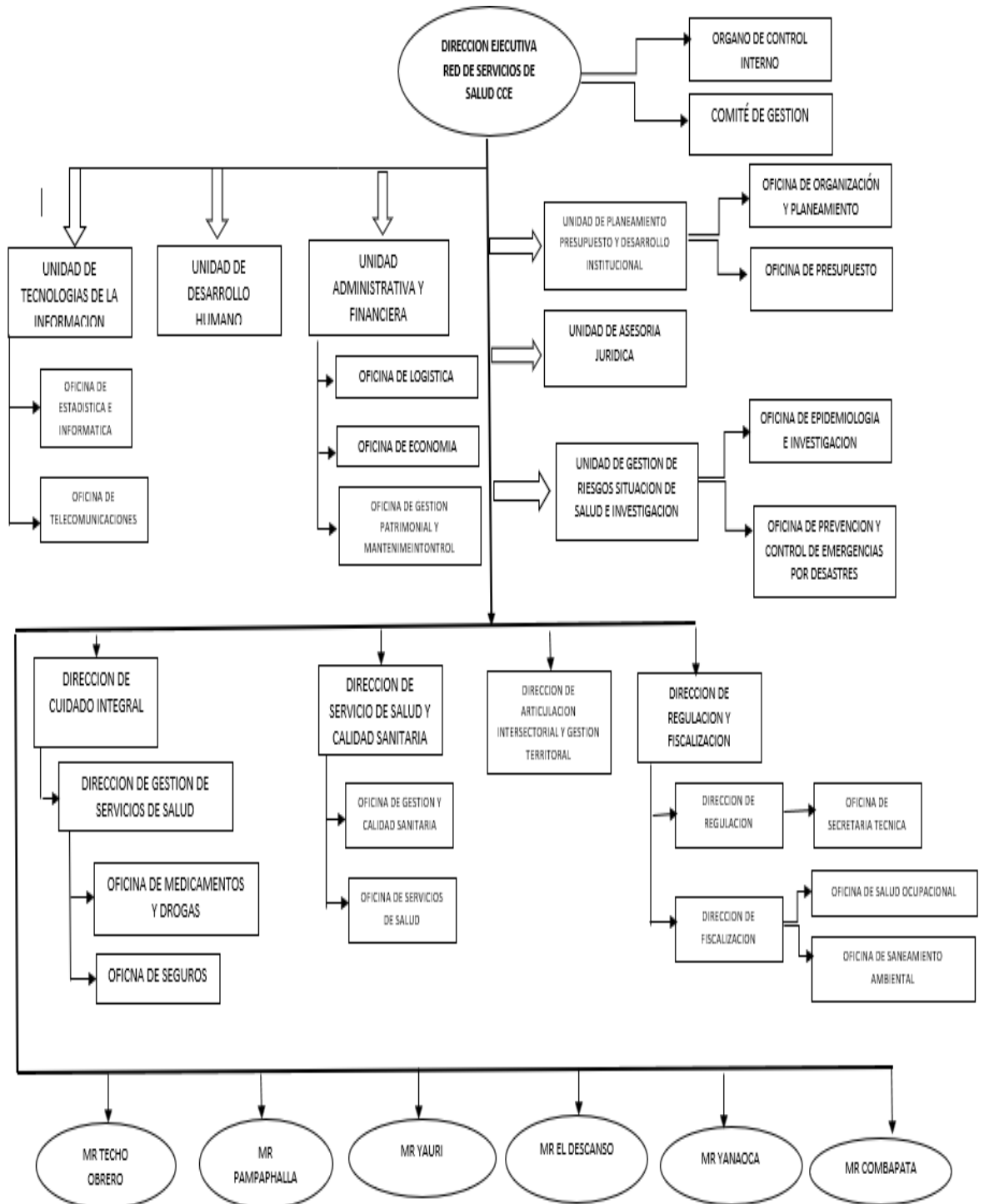
- Centro de Salud Yanaoca
- Puesto de Salud Hampatura
- Puesto de Salud Pongoña
- Puesto de Salud Pampañarca
- Puesto de Salud Tococcori
- Puesto de Salud Surimana
- Puesto de Salud Quehue
- Puesto de Salud Huinchiri

7.1.6 Micro red Yauri (13 IPRESS)

- Centro de Salud Yauri
- Puesto de Salud Condoroma
- Puesto de Salud Coporaque
- Puesto de Salud Urinsaya
- Puesto de Salud Huayhahuasi
- Puesto de Salud Ocoruro
- Puesto de Salud Pallpata
- Puesto de Salud Pichigua
- Puesto de Salud San Miguel
- Puesto de Salud Suykuyambo
- Puesto de Salud Acocunca
- Puesto de Salud Yintaya Marquiri
- Centro de Salud Mental Comunitario Musuq kawsay

La presente estructura orgánica puede apreciarse en el organigrama siguiente:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL U.E 401: RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.



3.2.2 Recursos Humanos.

En el año 2021 el número de recursos humanos de La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, es de 820 trabajadores, con la siguiente composición:

- El 62% lo constituye el régimen laboral del Decreto Legislativo 276 (505 trabajadores, en su gran mayoría Nombrados y en un pequeño porcentaje reemplazo a plazas vacantes existentes),
- 24% personas (194) con contrato CAS,
- Un 10% con plazas cubiertas por personal SERUMS (83) de los sorteos Regional y Nacional.
- Y debido a la emergencia sanitaria se cuenta con personal por contrato CAS COVID en un total de 121 trabajadores que hacen el 14.8%

A nivel de establecimientos de salud periféricos de las Micro redes de salud se cuenta con 820 trabajadores que representa el 86% del total de trabajadores, visualizándose una concentración en la micro red Yauri con un 20%. Seguida de micro red Techo Obrero con un 16%, la micro redes de Pampaphalla, Combapata tiene una concentración de 14%, se suma la sede central administrativa con un 14% de personal.

Como problemas a resolver, está vigente la brecha de recursos humanos para cubrir los establecimientos del primer nivel de atención del I-2 al I-4, con personal profesional Médico y no médico.

Escalas Remunerativas poco atractivas y diferenciadas del CAS COVID, para el personal del régimen CAS regular, lo cual origino una deserción continua en los puestos laborales del primer nivel de atención, desabasteciendo a las IPRESS por temporadas de profesionales, la misma que no garantiza las atenciones de calidad a los usuarios externos.

RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES POR ESPECIALIDAD					
U.E. N° 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR (1129)					
GRUPO / CARGO	REGIMEN 276	REGIMEN 1057	CAS COVID	SERVICIO DE TERCEROS	TOTAL
MEDICO	53	11	15		79
ENFERMERA	112	25	24		161
OBSTETRA	82	16	12		110
ODONTOLOGO	22	5			27
BIOLOGO	19	4	7		30
NUTRICIONISTA	7	6			13
PSICOLOGO	4	15			19
QUIMICO FARMACEUTICO	3	4			7
TECNOLOGO MEDICO					-
TRABAJADORA SOCIAL	3	3			6
TECNICOS ESPECIALIZADOS					-
PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	8	13			21
TECNICO ADMINISTRATIVO	20	49			69
TECNICO ASISTENCIAL	167	20	56		243
AUXILIAR ASISTENCIAL	5	23			28
CHOFER			7		7
TOTAL GENERAL	505	194	121	-	820

Cuadro de Recursos Humanos según Grupo Ocupacional y Distribución en Micro Redes.

GRUPO OCUPACIONAL	MR TECHO OBRERO					MR PAMPAPHALLA					MR COMBAPATA					MR YANA OCA					MR YAURI					MR EL DESCANSO				CS MENTAL			E ADMINISTRATIVA			TOTAL GENER	
	NOM	SER	CON	TEM	TOT	NOM	SER	CON	TEM	TOT	NOM	SER	CON	TEM	TOT	NOM	SER	CON	TEM	TOT	NOM	SER	CON	TEM	TOT	NOM	SER	CON	TOT	NOM	CON	TOT	NOM	CON	TOT		
DIRECTIVOS					-					0					-					-												1		1	1		
FUNCIONARIOS					-					0					-					-												4		4	4		
MEDICO	8	6	4	1	19	12	3	2	2	19	12	4	2		18	5	6	1	1	13	8	9	3	2	22	3	2	1	6			3	2	5	102		
MEDICO EN FAMILIA					-					0					-					-											1		1		-	1	
MEDICO PSQUIA TRA					-					0					-					-										1		1		-	1		
CIRUJANO DENTISTA	2	2			4	4				4	6		2		8	3	1			4	3		1		4	1		1	2			3	1	4	30		
QUIMICO FARMACEUTICO		1	1		2		1			1		2			2	1	1			2	1	1			2			-		2	2	1	1	2	13		
BIOLOGO	3	1	1	1	6	2	1		1	4	4		1	5	2	1			3	4	1	1	2	8	1		1			-	3	1	4	31			
ASISTENTE EN LABORATORIO					-				1	1					-				1	1														-	2		
TRABAJADORA SOCIAL	1				1			1		1					-				-	1				1							2	2	1		1	6	
PSICOLOGO		1	3		4	1	1	1		3	1	2	1		4		1	1		2	1			1			2	2		6	6	1		1	23		
NUTRICIONISTA	2	1	1		4	1	1			2	1	1	2		4	1	1			2		1	3		4	1	1		2			1		1	19		
ENFERMERA	22	2	2		26	19	2	2	3	26	21	3	2		26	12	3	3	1	19	22	1	4		27	7	1	3	11		10	10	9	1	10	155	
OBSTETRA	18		3		21	14	1			15	11	1	4		16	9	3	3		15	18	7	3		28	7		2	9			5	1	6	110		
TEC. ASISTENCIALES	30		2	1	33	24		2	2	28	25		1	26	26		5	1	32	51	5	1	2	59	9		3	12		4	4	6		6	200		
TEC. EN FARMACIA					-					0					-					-											2	2			1	1	3
PROF. ADMINISTRATIVO					-					0					-					-												6	14	20		20	
TEC. ADMINISTRATIVOS					0					0					0	1				1					0				0		2	2	17	9	26	29	
TECNICO EN TRANSPORTE					0					0					0					0					0				0				2	2		2	
TECNICO EN COMPUTACION					0					0					0					0					0			0		2	2			0		2	
DIGITADORES			5		5			5		5	1		3		4			4		4			5		5			2	2			0	0	9	9	34	
VIGILANTE			1		1			1		1					0					0					0			2	2		4	4	0	4	4	12	
MANTENIMIENTO					0					0					0					0					0			0		0	0	2	2		2	2	
LIMPIEZA			2		2			1		1					0					0			1		1			2	2		4	4	0	1	1	11	
TOTAL	86	14	25	3	128	77	10	15	9	111	82	13	16	2	113	60	17	17	4	98	109	25	22	6	162	29	4	18	51	1	39	40	61	49	110	813	

Fuente: UGDPH/ Área de Remuneraciones/RS CCE.

3.2.3 Infraestructura.

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, Brinda atención en 49 Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, 8% de los cuales no cuentan con infraestructura propia, por lo cual se atiende en precarias condiciones sanitarias, el 57% tiene infraestructura deteriorada con más de 15 años de antigüedad y no se encuentra acorde a las exigencias de la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud: "Categoría de Establecimientos del sector Salud", que define los criterios para establecer las categorías de establecimientos de salud y las características técnicas correspondientes. Un 35% se encuentra ofertando cartera de servicios de salud con una buena a regular condición de su infraestructura.

La sede administrativa, hasta la actualidad no cuenta con infraestructura y a la fecha continúa ocupando el tercer piso del local de propiedad del municipio provincial en cesión de uso, por ocho años consecutivos bajo la condición de pago de todos los servicios básicos del inmueble. Así mismo se tiene, un almacén Central y Almacén SIMED en otras ubicaciones que no brindan las condiciones de salubridad y perjudica en la articulación con las unidades y órganos de la Red.

Establecimientos de Salud Según Categoría

MICRORED	EE.SS.	CODIGO RENAES	CATEGORIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS					
			S/C	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1
COMBAPATA	COMBAPATA	2386					1	
	CHIARA	2387			1			
	CHECACUPE	2885			1			
	PITUMARCA	2392				1		
	TINTA	2397				1		
	MOSOCLLACTA	2320		1				
TECHOBRERO	TECHOBRERO	2380					1	
	HERCCA	2379		1				
	MARANGANI	2388				1		
	CHECTUYOC	2389		1				
	CCUYO	2390		1				
	OCCOBAMBA	2391			1			
	LANGUI	2369			1			
	CONDEVILUYOC	2370		1				
	LAYO	2371				1		
YAURI	YAURI	2410					1	
	CONDOROMA	2411		1				
	COPORAQUE	2412			1			
	URINSAYA	2413			1			
	HUA YHUAHUASI	2414			1			
	OCCORURO	2415			1			
	PALLPATA	2416			1			
	PICHIGUA	2417			1			
	SAN MIGUEL	2418		1				
	SUYKUTAMBO	2419			1			
	ACCOCUNCA	2420			1			
	TINTAYA MARQUIRI	6745		1				
	Cent ro de Salud Mental		1					
YANA OCA	YANA OCA	2364					1	
	HAMPATURA	18241		1				
	PONGONA	2365			1			
	PAMPAMARCA	2372			1			
	TUNGASUCA	2376			1			
	TOCCOCORI	2377			1			
	SURIMANA	2375		1				
	QUEHUE	2373			1			
	HUNCHIRI	2374			1			
	PAMPAPHALLA	2384				1		
PAMPAPHALLA	L FLORIDA	2383			1			
	UZCUPATA	2382		1				
	QUEHUAR	2381			1			
	PHINAYA	2393		1				
	SAN PABLO	2394			1			
	SANTA BARBARA	2395			1			
	SAN PEDRO	2396			1			
	Cent ro de Salud Mental	26387			1			
	EL DESCANSO	7700					1	
EL DESCANSO	CHECCA	2366			1			
	CHITIBAMBA	2367		1				
	HOSPITAL II-1	2378						1
HOSPITAL II-1	H SICUANI	2378						1
	H ESPINAR	7135						1
TOTAL			1	13	25	5	5	2

3.2.4 Presupuesto.

Para el 2022 el presupuesto institucional de apertura (PIA) asignado a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, por toda fuente de financiamiento es de S/ 38,048,934.00 con una variación de 2.6% respecto al 2021. se prevé que el presupuesto Institucional Modificado (PIM) llegue a superar la variación del año 2021. De esta asignación corresponde un 75.2% a la Genérica de Gasto 2.1 Personal y obligaciones Social, en la Genérica de Gasto 2.3 correspondiente a Bienes y Servicios con un 22.86% deduciendo de esta el gasto correspondiente al pago de Haberes del personal CAS; dejando un margen insuficiente para Adquisición de Bienes y Servicios y cubrir la demanda de los 49 establecimientos de salud del ámbito institucional.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA
1. RECURSOS ORDIANRIOS	35,382,027
2.2 Pensiones y otras prestaciones sociales	10,000.00
2.1. personal y obligaciones sociales	28,611,617
2.3. bienes y servicios	6,304,088
2.5. otros gastos	456,322
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	
2.3. Bienes y servicios	194,790
3. RECURSOS DETERMINADOS	
2.3. Bienes y servicios	80,000
4. RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO	
2.3. Contrato Administrativo de servicios	2,392,117
TOTAL	38,048,934

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

El presupuesto institucional de apertura (PIA) asignado a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, para el año 2021 por toda fuente de financiamiento fue de S/ 37.056.550, y el presupuesto Institucional Modificado (PIM) llego a S/ 53,447.310 haciendo una variación del 67%, llegando a una ejecución presupuestal del 97.4%, por un valor de S/ 46.499.441.95, con una importante asignación presupuestal habilitada por estado de Emergencia COVID-19.

Ejecución Presupuestal Según Fuente de Financiamiento 2021.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PIA	PIM	DEVENGADO	AVANCE%
Recursos Ordinarios	36,822,857	42,153,372	41,803,788.51	99.2
Recursos Directamente recaudados	233,693.60	357,288	180,130.15	50.5
Recursos por operaciones de crédito		6,966,411	6,228,838.78	89.4
Donaciones y transferencias		4,981,667	4,850,115.50	97.4
Recursos Determinados		387,279.00	384,227.55	99.2
TOTAL	37,056,551	54,846,017	53,447,100.49	97.4

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

Ejecución Financiera de los Programas Presupuestales 2021.

RECURSOS ORDINARIOS						
	Programas	PIA	PIM	Total Devengado	saldo	Porcentaje
1	PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	8822122	8598640	8598640	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	2747666	2747666	2738208.95	9457.05	100%
2	MATERNO NEONATAL					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	8067658	7636068	7636067.79	0.21	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	788515	788515	787687.64	827.36	100%
16	TBC-VIH SIDA					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	1670715	1670715	1670715	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	222311	222311	222303.81	7.19	100%
17	ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	300367	300367	300367	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	93076	93076	93072.99	3.01	100%
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	1822832	1822832	1822832	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	124089	132621	129615.86	3005.14	98%
24	PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	2539079	2539079	2539079	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	281125	281125	281119.27	5.73	100%
51	PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CONSUMO DE DROGAS					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	33434	33214	220	99%
68	REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	60169	60169	60169	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	153735	100385	100072.92	312.08	100%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	53350	53343.07	6.93	100%
104	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	308398	308398	308398	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	4000	4000	3997.85	2.15	100%
129	PREVENCION Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	5000	5000	4998.65	1.35	100%
131	CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	99752	99752	99752	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	945619	1795807	1694394.08	101412.92	94%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	22400	22400	21893	507	98%
9001	ACCIONES CENTRALES					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3163967	2487691	2464364.06	23326.94	99%
2.2	PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	10000	70000	69767.44	232.56	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	988288	963140	961814.43	1325.57	100%
2.5	OTROS GASTOS	0	1494843	1494843	0	100%
9002	ASIGNACION PRESUPUESTAL QUE NO RESULTAN EN PRODUCTO					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	2367330	4368319	4182904.57	185414.43	96%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	738252	3291773	3098300.83	193472.17	94%
2.5	OTROS GASTOS	476392	476392	473985.9	2406.1	99%

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

DONACIONES Y TRANSFERENCIAS						
Programas		PIA	PIM	Total Devengado	saldo	Porcentaje
1	PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	376718	369305.93	7412.07	98%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	157170	152641.81	4528.19	97%
2	MATERNO NEONATAL					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	436600	433678.7	2921.3	99%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	263400	263380.37	19.63	100%
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	712809	710572.28	2236.72	100%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	292365	292324.72	40.28	100%
9002	ASIGNACION PRESUPUESTAL QUE NO RESULTAN EN PRODUCTO					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	0	115656	115656	0	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	1291969	1197873.42	94095.58	93%
2.5	OTROS GASTOS	0	312148	312148	0	100%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	1001099	980801.27	20297.73	98%

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

RECURSOS DETERMINADOS						
Programas		PIA	PIM	Total Devengado	saldo	Porcentaje
1	PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	230036	227788.66	2247.34	99%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	97002	96662.76	339.24	100%
2	MATERNO NEONATAL					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	34818	34354.33	463.67	99%
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	25423	25421.8	1.2	100%

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CREDITO						
Programas		PIA	PIM	Total Devengado	saldo	Porcentaje
9002	ASIGNACION PRESUPUESTAL QUE NO RESULTAN EN PRODUCTO					
2.1	PERSONAL Y OBLIGACIONES	0	2082599	1668776	413823	80%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	0	4865294	4544062.78	321231.22	93%

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS						
Programas	PIA	PIM	Total Devengado	saldo	Porcentaje	
9002	ASIGNACION PRESUPUESTAL QUE NO RESULTAN EN PRODUCTO					
2.3	BIENES Y SERVICIOS	134500	164095	27776.41	136318.59	17%
9001	ACCIONES CENTRALES					
2.6	ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	98349	98348.16	0.84	100%
2.3	BIENES Y SERVICIOS	80500	76151	54215.58	21935.42	71%
2.5	OTROS GASTOS	18693	18693	0	18693	0%

Fuente: Unidad de Presupuesto RS CCE.

3.2.5 Indicadores de Sanitarios.

Los indicadores del estado de salud del ámbito de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar y parte de la Provincia de Acomayo se ven reflejados en los siguientes indicadores:

Morbilidad

La información procesada por la Dirección de Inteligencia Sanitaria del registro HIS en reporte 038 refleja que durante el 2020 se registraron un total 93,089 Atenciones por Consulta Externa en la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, similar a comportamiento a año anterior la primera causa de morbilidad la Faringitis aguda en las etapas de niño y adulto, seguida de Gastritis y Duodenitis en la etapa adulto mayor, ocupa un tercer lugar al Anemia por deficiencia de Hierro en la etapa de vida niño.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPOS DE EDAD - RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR 2021

N°	CIE-X	ENFERMEDAD	0 - 28 DIAS	29 DIAS - 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 11 AÑOS	12 - 17 AÑOS	18 - 29 AÑOS	30 - 59 AÑOS	60 + AÑOS	Total general
1	J02	FARINGITIS AGUDA	15	577	1510	840	207	507	1324	2659	1100	8739
2	K02	CARIES DENTAL	4	4	781	1053	300	588	1411	1093	297	5531
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	54	783	967	429	76	244	647	1143	559	4902
4	E66	OBESIDAD	4	169	114	67	49	135	1375	2368	570	4851
5	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	6	34	175	93	24	137	837	1768	1067	4141
6	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS			11	12	17	113	439	1656	1750	3998
7	M54	DORSALGIA	1			4	3	62	347	1792	1729	3938
8	K04	ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	1	3	247	675	210	495	831	911	471	3844
9	A64	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA						49	1037	1928	44	3058
10	G44	OTROS SINDROMES DE CEFALEA	3	3	22	30	16	134	410	1179	806	2603

Fuente: Dirección de Inteligencia Sanitaria (Unidad Estadística)

ANALISIS:

Del cuadro se deduce que para el año 2021 la principal morbilidad en todos los grupos etareos, son las enfermedades del sistema respiratorio, seguida por enfermedades de la cavidad bucal y algo muy resaltante a tomar en cuenta es el incremento de la obesidad en todos los grupos etareos siendo la cuarta causa de morbilidad coincidiendo esta con el incremento de la mortalidad por COVID como primer lugar en nuestra Red ya que e considerado un factor de riesgo.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR 2021

CIE-X	ENFERMEDAD	TOTAL
U07	Covid 19	192
J10-J18	Neumonía y Bronconeumonía	37
C15-C26	Tumores malignos de los organos digestivos	36
I20-I25	Enf.Izquémica del corazón	36
E40-E46	Desnutrición	34
I30-I52	Otras formas de Enf del Corazón	30
I10-I15	Enfermedades Hipertensivas	27
J40-J47	Enf.crónicas vías resp.inf.	22
K70-K77	Enfermedades del Hígado	20
N17-N19	Insuficiencia renal	20

Fuente: Dirección de Inteligencia Sanitaria (Unidad Estadística)

ANALISIS:

A nivel del ámbito de la U.E. 401 SCCE la primera causa de mortalidad atendida el año 2021 en los establecimientos de salud es la enfermedad del COVID-19, seguida de enfermedades del sistema respiratorio por lo general un patrón importante presente durante la pandemia del coronavirus, las prácticas de hábitos y estilos de vida saludables jugaron un papel importante para la prevención de contagios y la condiciones insuficientes de saneamiento básico y ambiental, inadecuada manipulación de alimentos, problemas persistentes en la accesibilidad a la prestación de servicios de salud, entre otros fueron pieza clave para no contagiarse del virus del coronavirus. Variables que son manejables por otros programas de prevención y promoción que necesitan ser fortalecidos multisectorialmente.

SITUACION DEL COVID EN LA RED CANAS CANCHIS ESPINAR 2021

1. PROVINCIA DE CANAS ENFERMEDAD POR SARS-COV-2

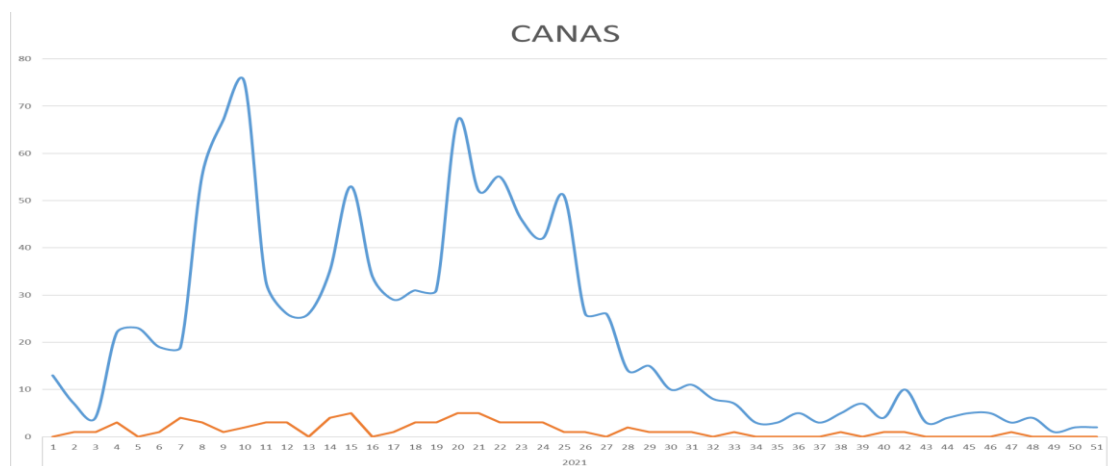
Durante el año 2021 se han reportado 1101 casos de infecciones el SARS-CoV-2 en pobladores de la provincia de Canas superando los datos del año 2020 y recordando el primer caso reportado de COVID-19 en la provincia de canas, el 12 de mayo del 2020, hasta el 31 de diciembre del 2020 que se confirmaron un total de 351 casos.

1.1. Curva epidemiológica y tendencia de casos por SARS-CoV-2

A nivel de la Provincia de Canas la tendencia de casos se incrementó desde la SE-05 llegando a tener 5 picos durante su tendencia teniendo esta provincia, el pico máximo de 75 casos para la SE-10, posterior a esta tiene una tendencia ondulante en descenso hasta la SE-52

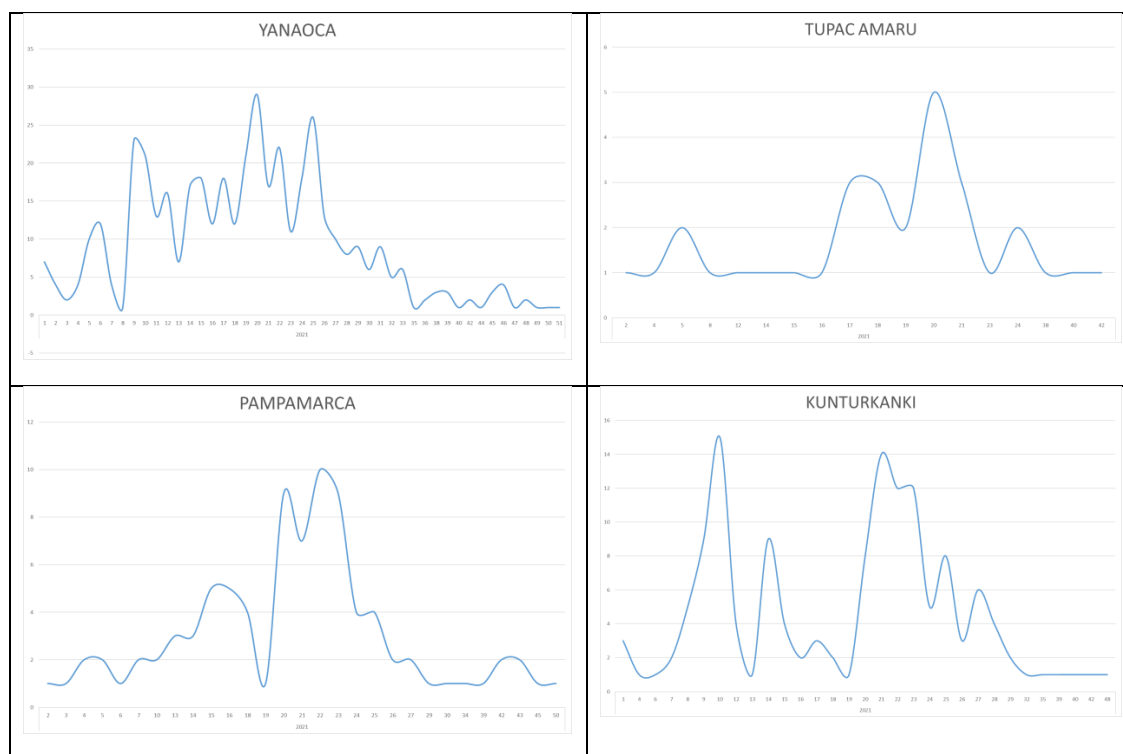
Así mismo en la figura se puede apreciar la tendencia de la cantidad de fallecidos teniendo un acumulado de 70 fallecidos durante el año 2021, siendo el 6% de letalidad y el 18.09 TASA DE MORTALIDAD X 10,000 hab.

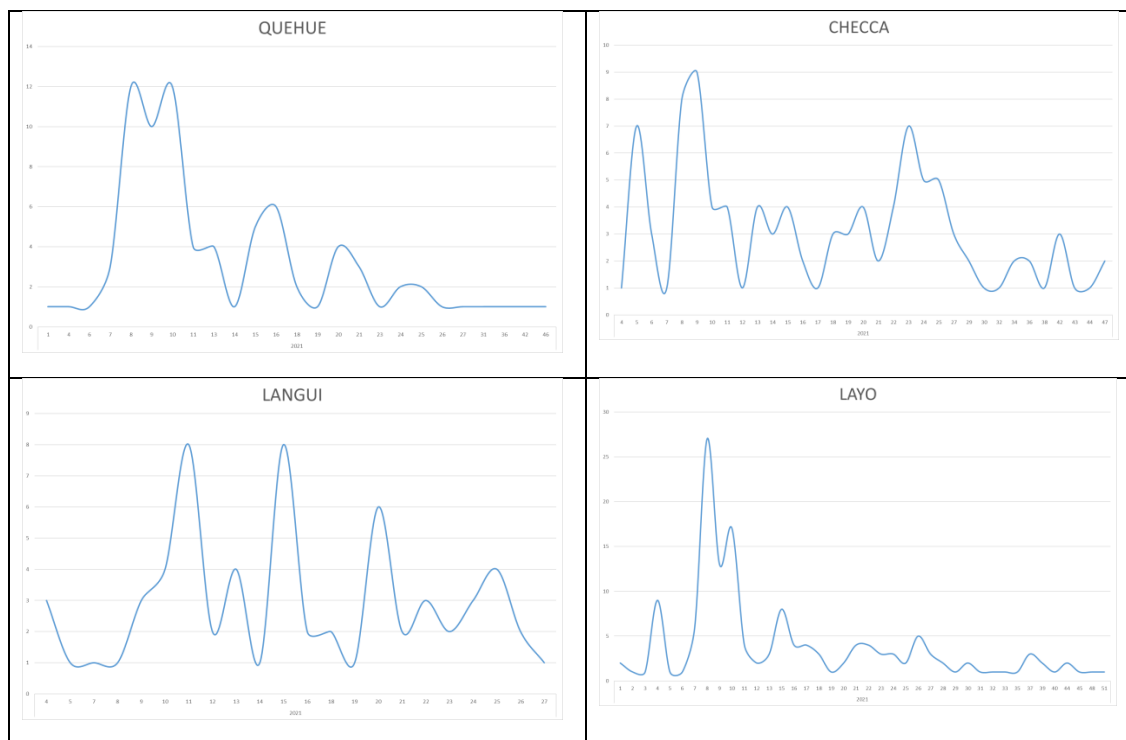
Figura 1. Curva epidemiológica de enfermedad por SARS-COV-2, Provincia de Canas 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID/ Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

FIGURA 2. CURVA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR SARS-COV-2, PROVINCIA DE CANAS 2021



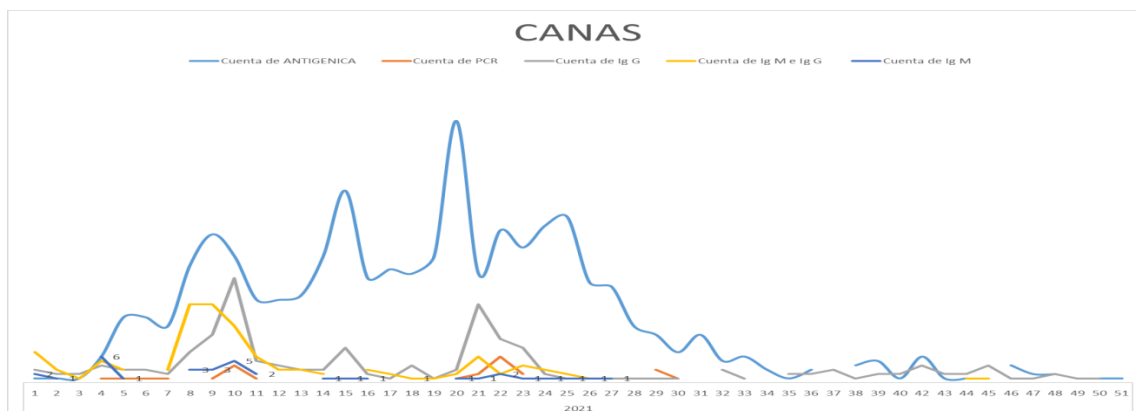


Fuente: NOTICOVID – SISCOVID/ Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Pruebas diagnosticas

Durante el 2021 las pruebas rápidas antigénicas fueron el principal método diagnóstico en la Provincia de Canas, basado en la detección del virus, dicho método diagnóstico fue utilizada por normativas del Ministerio de Salud y disponibilidad de las mismas que se encontraban a disposición en los establecimientos de salud.

Figura 3. Tasa de positividad general y por tipo de prueba por semana epidemiológica en pacientes con COVID-19, Provincia de Canas 2021



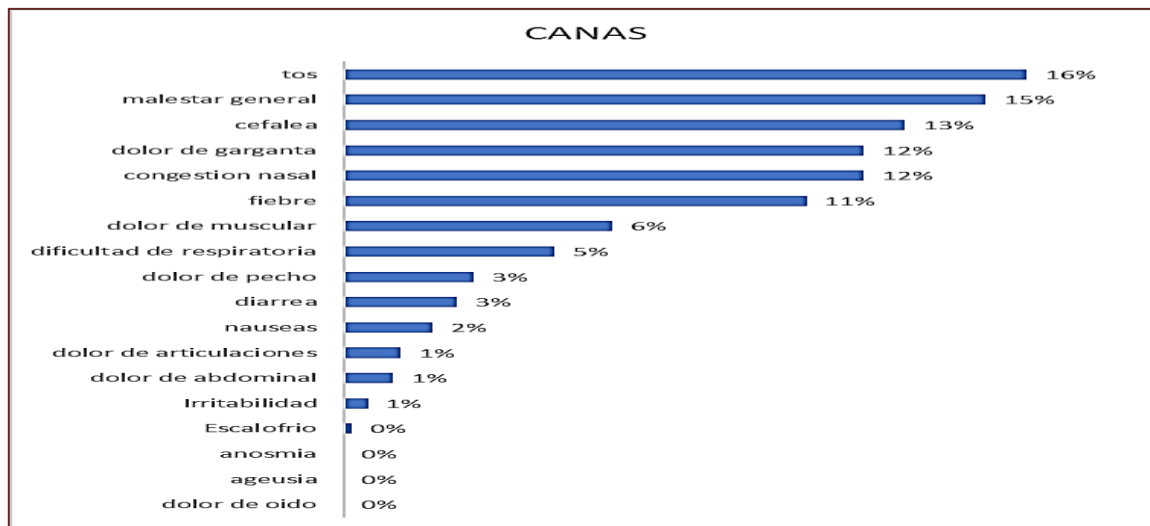
Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Características clínicas

En población general el cuadro clínico de la infección por SARS-CoV-2 se caracterizó por síntomas como fiebre, tos y fatiga, el tiempo de incubación en promedio va de cinco a seis días hasta 14 días generalmente son casos leves que ameritan manejo ambulatorio y sólo 30% requerirá tratamiento intrahospitalario.

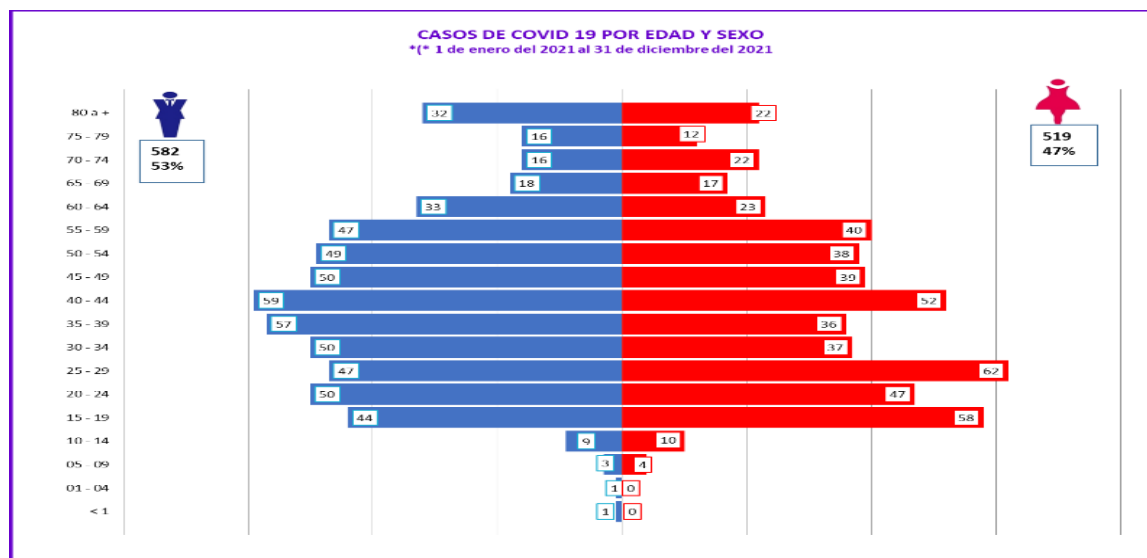
En la Provincia de Canas se evidencia que las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con resultado positivo para COVID-19 son tos en un 16%, seguida por malestar general en el 15%, cefalea en un 13%.

Figura 4. Manifestaciones clínicas en pacientes con COVID-19, provincia de Canas 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

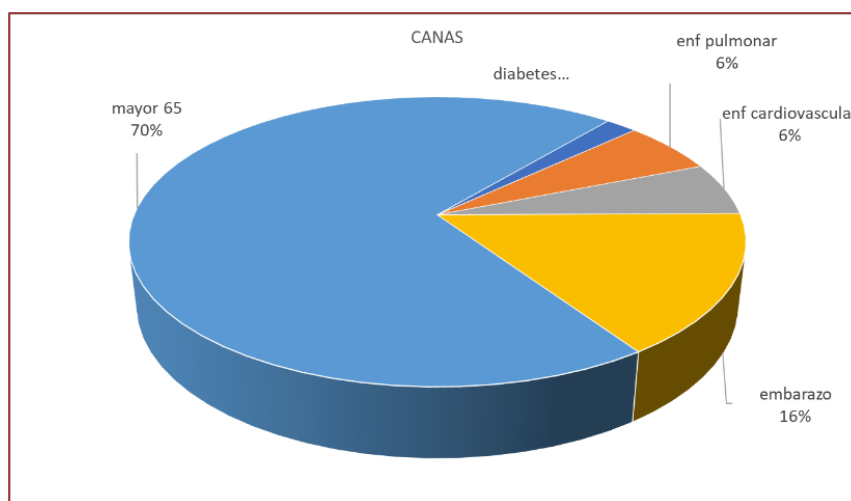
Figura 5. Casos confirmados de COVID-19, según grupo de edad y sexo en la Provincia de Canas 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2, PROVINCIA DE CANAS

FIGURA 6. CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19, SEGÚN GRUPO DE COMORBILIDAD, PROVINCIA DE CANAS 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

PROVINCIA DE CANCHIS ENFERMEDAD POR SARS-COV-2

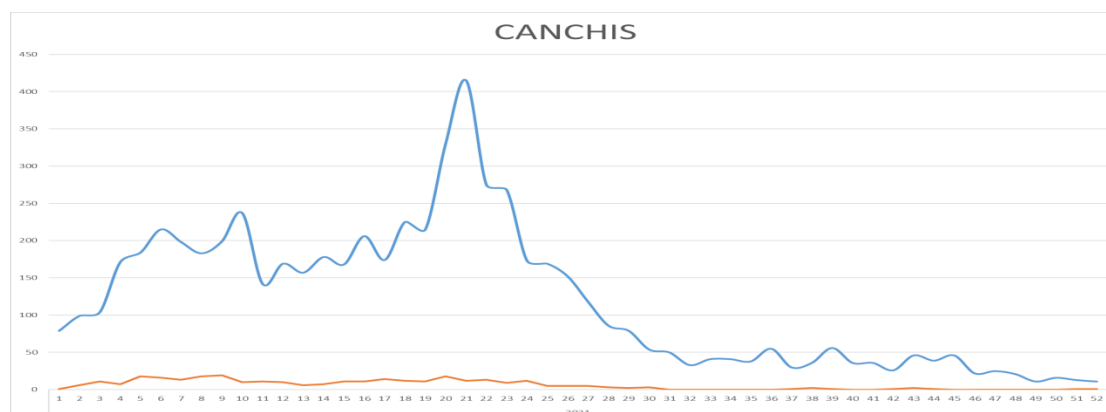
Durante el año 2021 se han reportado 6150 casos de infecciones el SARS-CoV-2 en pobladores de la provincia de Canchas superando los datos del año 2020 y recordando el primer caso reportado de COVID-19 en la provincia de Canchas, el 18 de abril del 2020, hasta el 31 de diciembre del 2020 que se confirmaron un total de 4093 casos.

Curva epidemiológica y tendencia de casos por SARS-CoV-2

A nivel de la Provincia de Canchas la tendencia de casos se incrementó desde la SE-05 llegando a tener 3 picos durante su tendencia teniendo esta provincia el pico máximo de 415 casos para la SE-21, posterior a esta tiene una tendencia ondulante en descenso hasta la SE-52

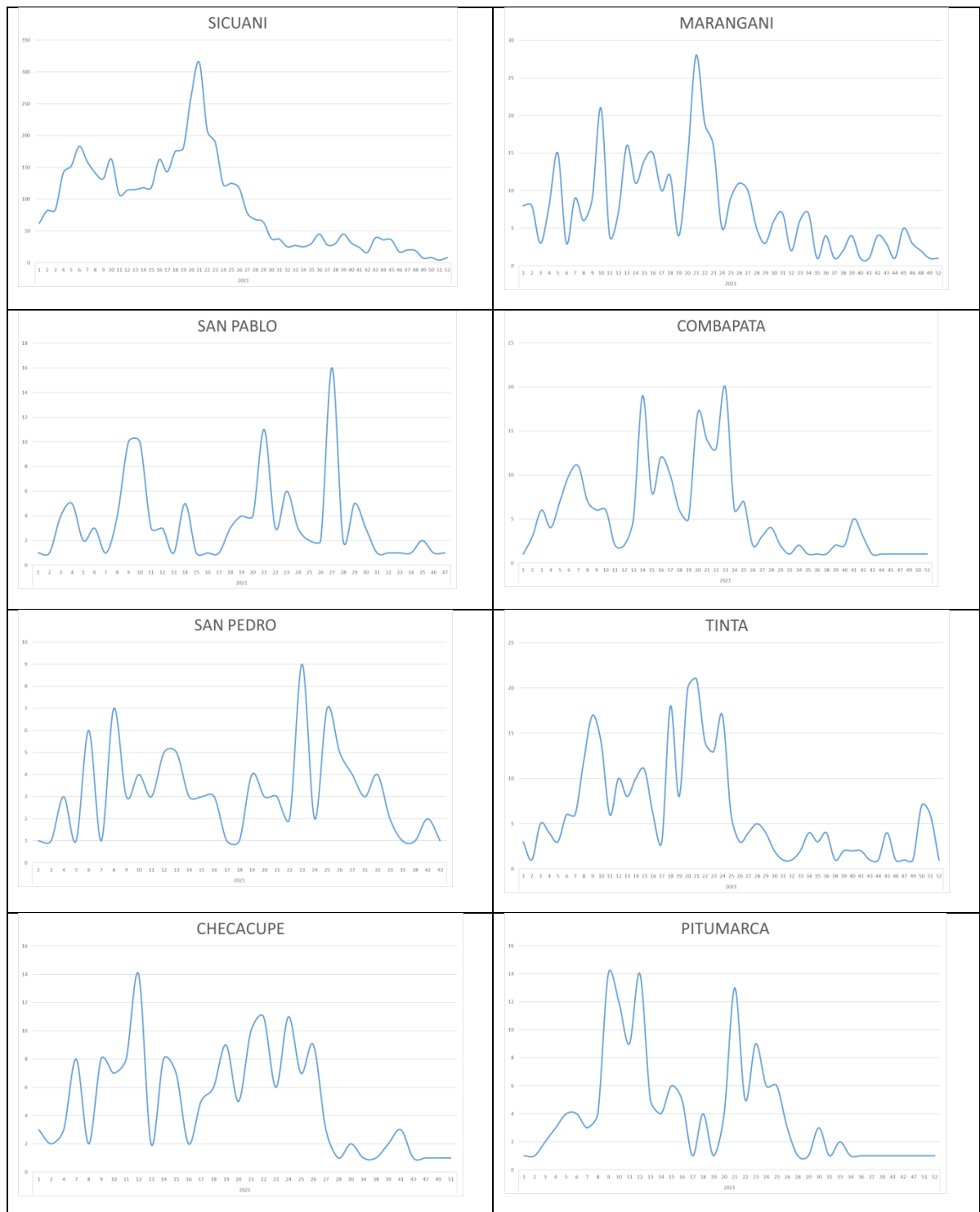
Así mismo en la figura se puede apreciar la tendencia de la cantidad de fallecidos teniendo un acumulado de 317 fallecidos durante el año 2021, siendo el 5% de letalidad y el 29.75 la TASA DE MORTALIDAD X 10,000 hab.

FIGURA 7. CURVA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR SARS-COV-2, PROVINCIA DE CANCHIS 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Curva epidemiológica de enfermedad por SARS-COV-2, por Distritos, Provincia de Canchas 2021

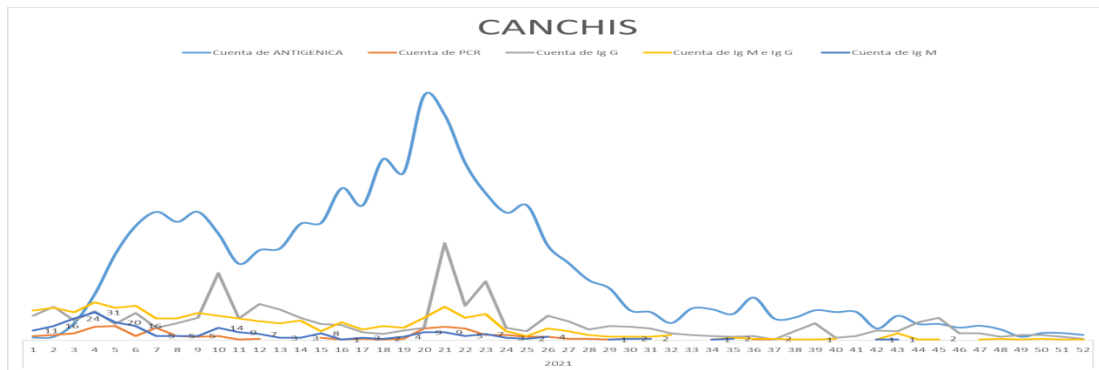


FUENTE: Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Pruebas diagnosticas

Durante el 2021 las pruebas rápidas antigénicas fueron el principal método diagnóstico en la Provincia de Canchis, basado en la detección del virus, dicho método diagnóstico fue utilizada por normativas del Ministerio de Salud y disponibilidad de las mismas que se encontraban a disposición en los establecimientos de salud.

Figura 7. Tasa de positividad general y por tipo de prueba por semana epidemiológica en pacientes con COVID-19, Provincia de Canchis 2021



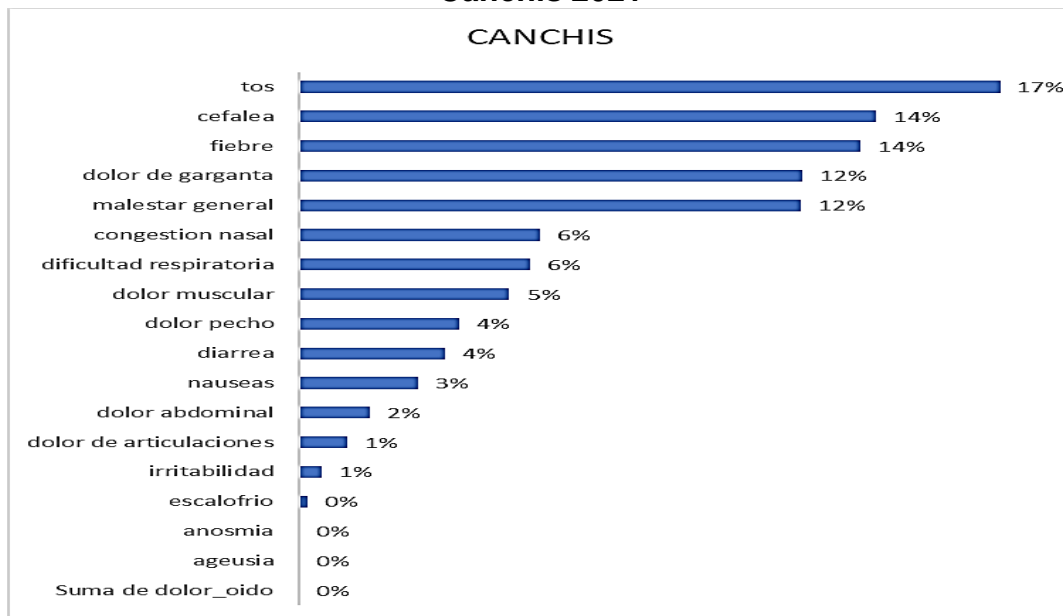
Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Características clínicas

En población general el cuadro clínico de la infección por SARS-CoV-2 se caracterizó por síntomas como fiebre, tos y fatiga, el tiempo de incubación en promedio va de cinco a seis días hasta 14 días generalmente son casos leves que ameritan manejo ambulatorio y sólo 30% requerirá tratamiento intrahospitalario.

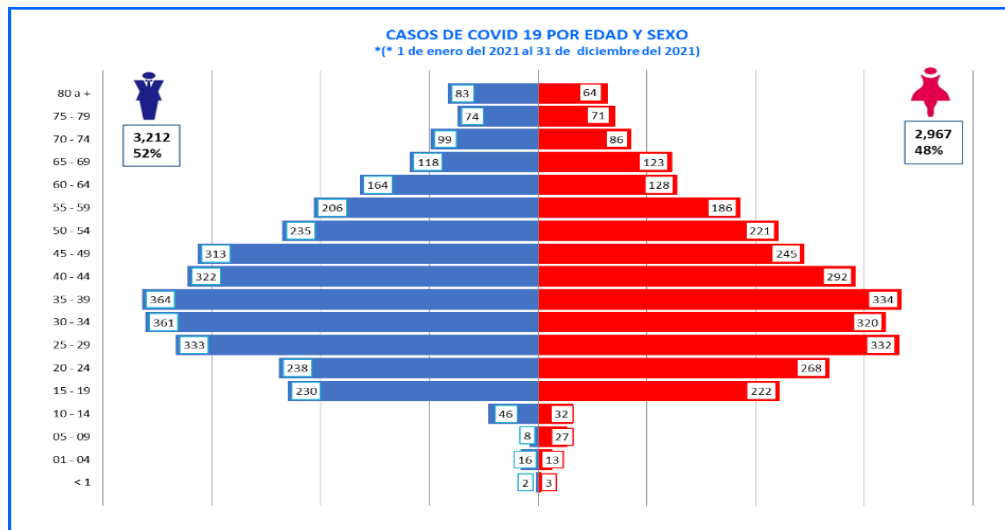
En la Provincia de Canchis se evidencia que las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con resultado positivo para COVID-19 son la cefalea en un 28.67%, seguida por dolor muscular en el 15.70%, dolor de pecho en un 12.20%, dolor de garganta en un 10.82%. Las manifestaciones menos frecuentes fueron irritabilidad, diarrea, fiebre, náuseas y vómitos.

Figura 8. Manifestaciones clínicas en pacientes con COVID-19, Provincia de Canchis 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

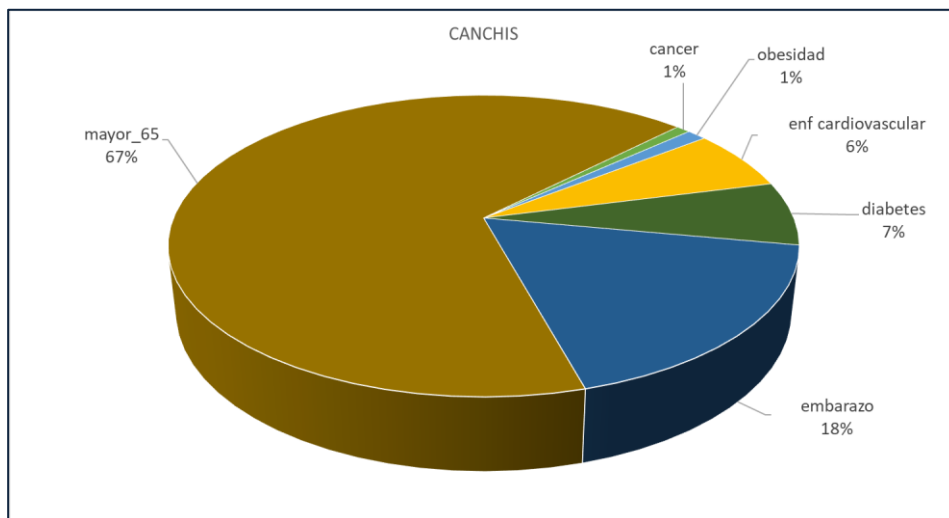
Figura 9. Casos confirmados de COVID-19, según grupo de edad y sexo, Provincia de Canchis 2020



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV-2, PROVINCIA DE CANCHIS

Figura 10. Casos confirmados de COVID-19, según grupo de Comorbilidad, Provincia de Canchis 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

PROVINCIA DE ESPINAR ENFERMEDAD POR SARS-COV-2

Durante el año 2021 se han reportado 3071 casos de infecciones el SARS-CoV-2 en pobladores de la provincia de Espinar superando los datos del año 2020 y recordando el primer caso reportado de COVID-19 en la provincia de Espinar, el 22 de abril del 2020, hasta el 31 de diciembre del 2020 que se confirmaron un total de 2412 casos.

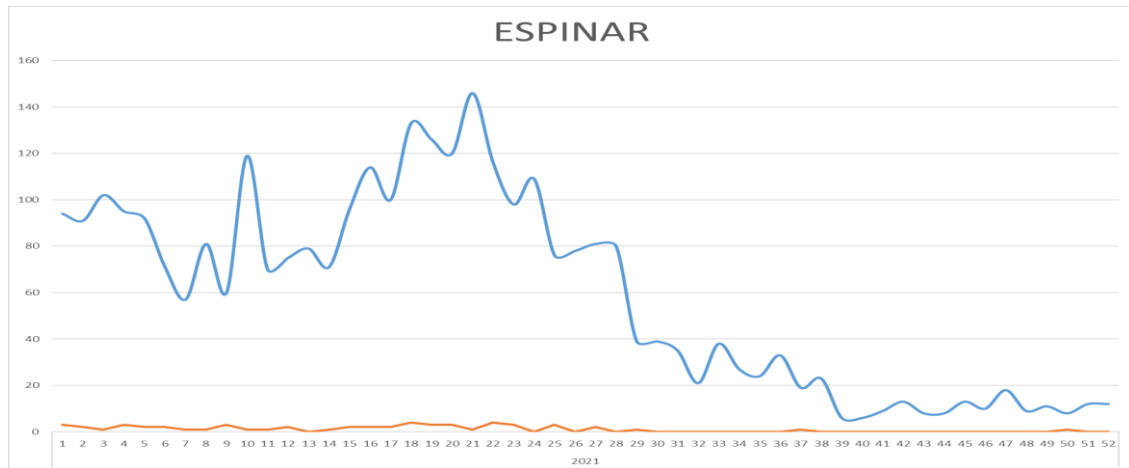
Curva epidemiológica y tendencia de casos por SARS-CoV-2

A nivel de la Provincia de Espinar la tendencia de casos se incrementó desde la SE-01 llegando a tener 5 picos durante su tendencia teniendo esta provincia el pico máximo de 146

casos para la SE-21, posterior a esta tiene una tendencia ondulante en descenso hasta la SE-52

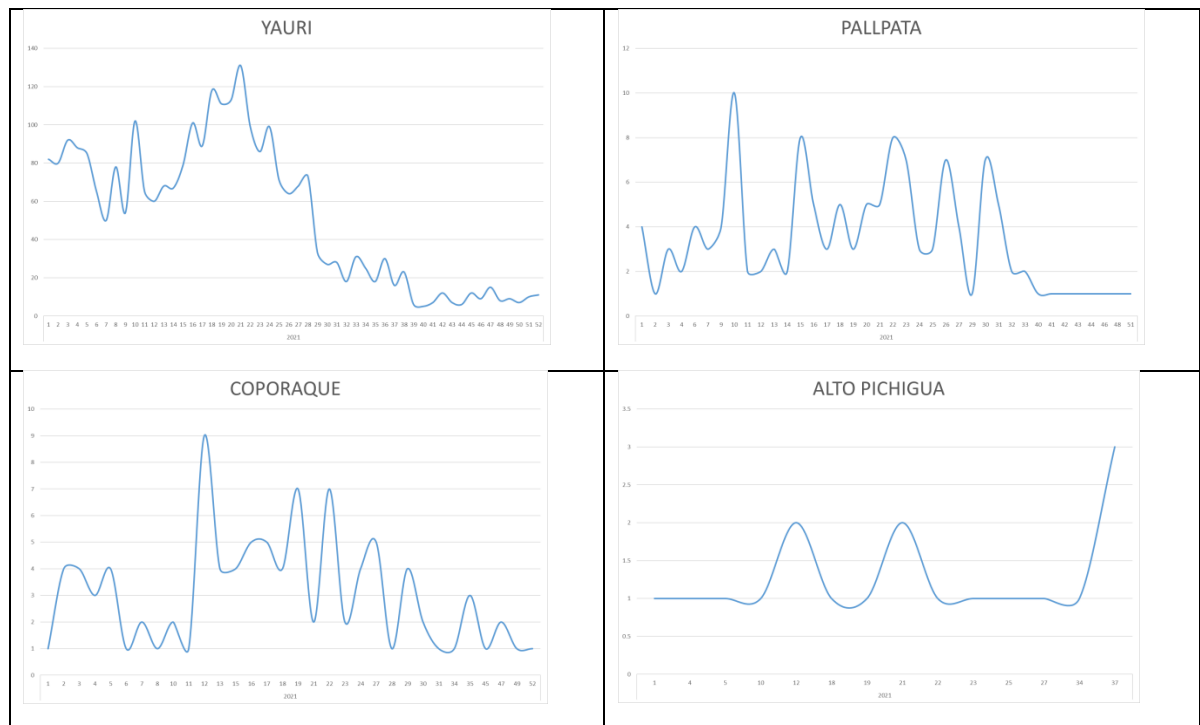
Así mismo en la figura se puede apreciar la tendencia de la cantidad de fallecidos teniendo un acumulado de 56 fallecidos durante el año 2021, siendo el 2% de letalidad y el 7.84 la TASA DE MORTALIDAD X 10,000 hab.

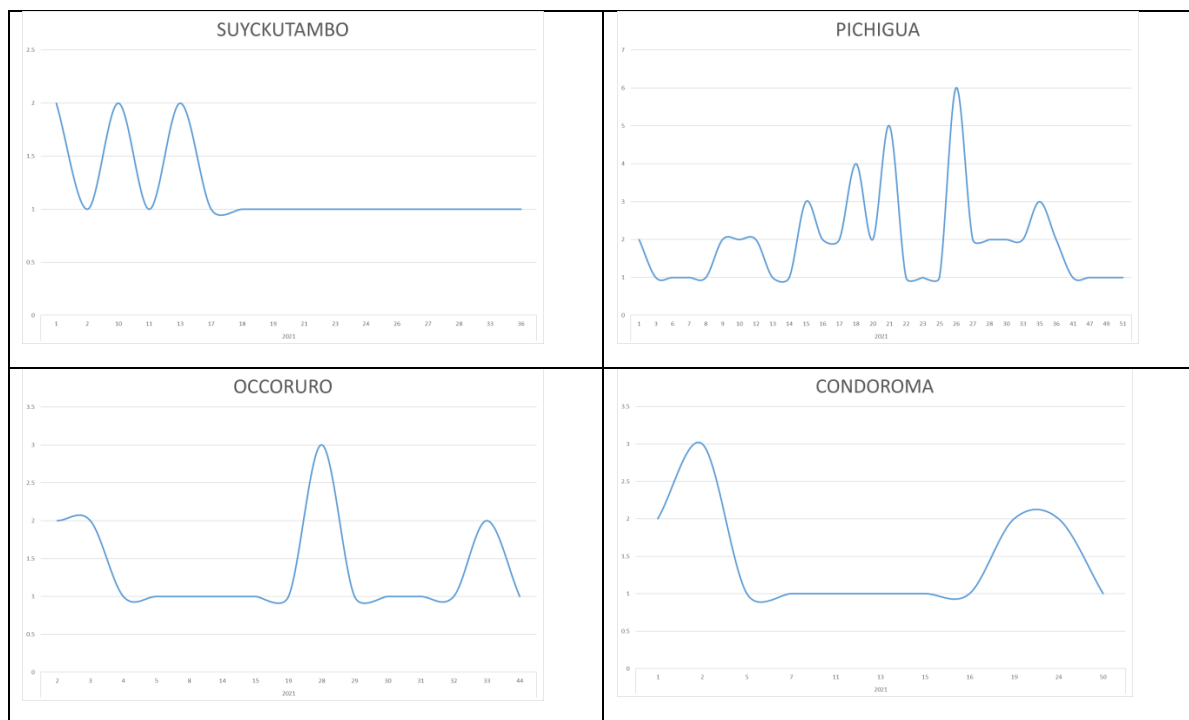
Figura 11. Curva epidemiológica de enfermedad por SARS-COV-2, Provincia de Espinar 2021.



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Figura 12. Curva epidemiológica de enfermedad por SARS-COV-2, Provincia de Espinar 2021



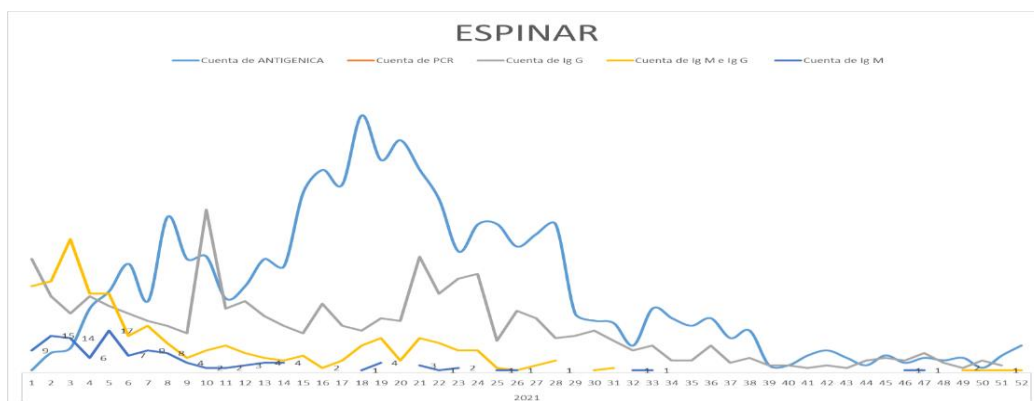


FUENTE: Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Durante el 2021 las pruebas rápidas antigénicas fueron el principal método diagnóstico en la Provincia de Canchis, basado en la detección del virus, dicho método diagnóstico fue utilizada por normativas del Ministerio de Salud y disponibilidad de las mismas que se encontraban a disposición en los establecimientos de salud.

Figura 13. Tasa de positividad general y por tipo de prueba por semana epidemiológica en pacientes con COVID-19, Provincia Espinar 2021



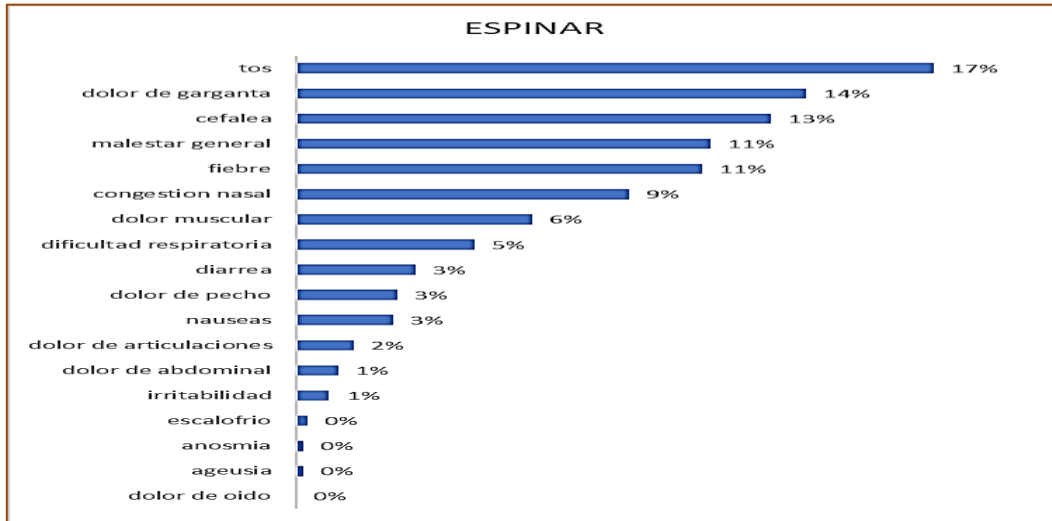
Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Características clínicas

En población general el cuadro clínico de la infección por SARS-CoV-2 se caracterizó por síntomas como fiebre, tos y fatiga, el tiempo de incubación en promedio va de cinco a seis días hasta 14 días generalmente son casos leves que ameritan manejo ambulatorio y sólo 30% requerirá tratamiento intrahospitalario.

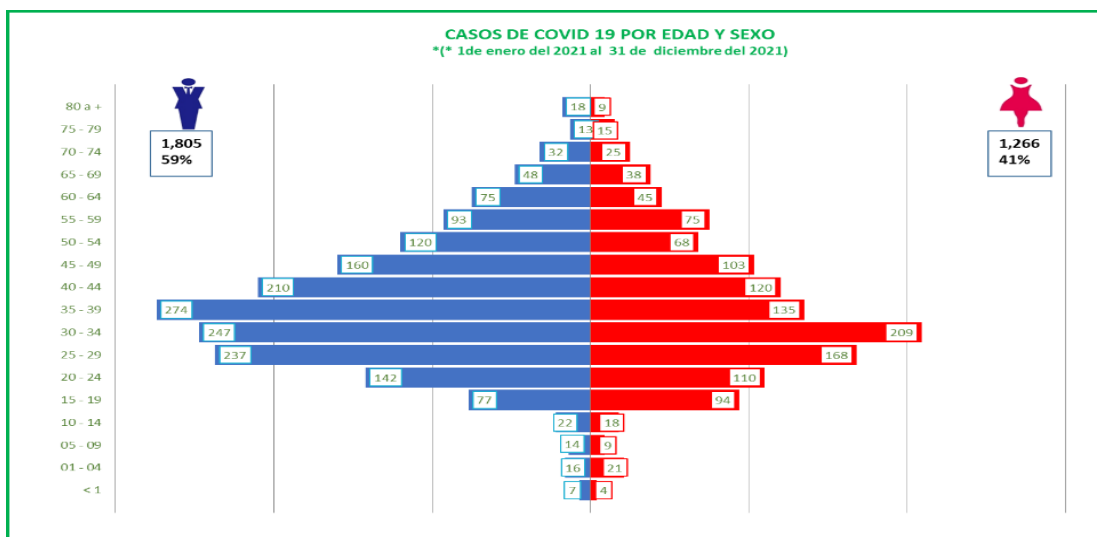
En la Provincia de Espinar se evidencia que las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes con resultado positivo para COVID-19 son tos en un 17%, seguida por dolor de garganta en el 14%, Cefalea en un 13%.

Figura 14. Manifestaciones clínicas en pacientes con COVID-19, de Espinar 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

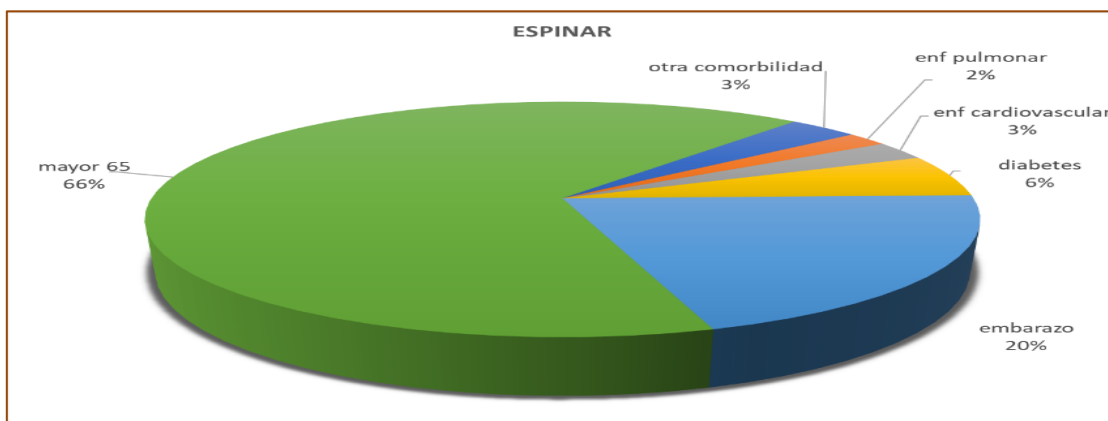
Figura 15. Casos confirmados de COVID-19, según grupo de edad y sexo en la Provincia de Espinar 2020



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

Comorbilidades de los pacientes con infección por sars-cov-2, provincia de espinar

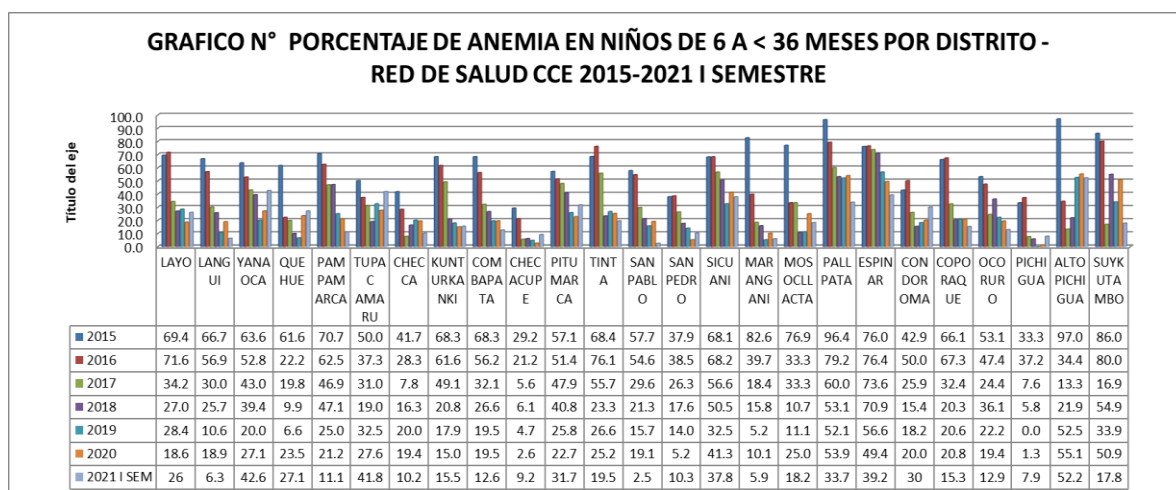
Figura 15. Casos confirmados de COVID-19, según grupo de comorbilidad, Provincia de Espinar 2021



Fuente: NOTICOVID – SISCOVID / Unidad De Estadística Informática Y Telecomunicaciones – U.E. 401-SCCE

3.2.6 Principales Indicadores por programas presupuestales 2021.

Programa Presupuestal Articulado Nutricional

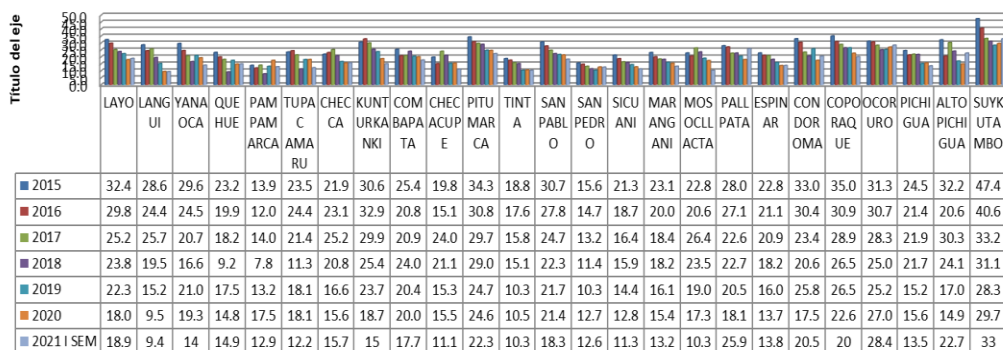


FUENTE: Información HIS de la Unidad de Estadística e Informática 2,021 U.E 401

La anemia en niños es otro problema de salud pública que amerita una vigilancia epidemiológica primordial. La Red Canas Canchis Espinar presenta una proporción de anemia en niños de 29.1 % al año 2021, evidenciándose una disminución de 1.7% del 2020 al 2021.

A nivel de los 25 Distritos de la Provincia de Canas, Canchis y Espinar, los distritos con mayor porcentaje de anemia en niños para el año 2021 son Alto Pichigua 52.2%, Yanaoca 42.6%, Tupac Amaru 41.8%, Espinar 39.2%, Sicuani 37.8%, representa la población infantil con Anemia de a 6 menor de 36 meses, población que asiste a los Establecimientos de Salud de nuestro ámbito.

GRAFICO N° PORCENTAJE DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR DISTRITO - RED DE SALUD CCE 2015-2021 I SEMESTRE



FUENTE: Información HIS de la Unidad de Estadística e Informática 2,021 U.E 401

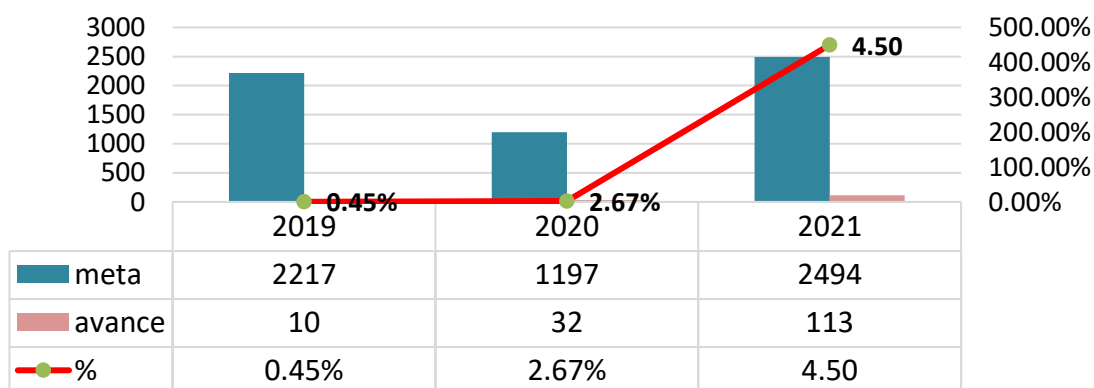
De acuerdo a los resultados del Mapa de Desnutrición Crónica de Niños Menores de cinco años del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2015 – 2021; durante el 2021 I Semestre el 14.7% de los niños menores de cinco años de las Provincias de Canas Canchis Espinar fueron desnutridos crónicos. Evidenciándose una disminución de 1.3% del año 2020 al 2021.

El patrón de referencia utilizado para comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo, fueron las tablas propuestas por la OMS durante el 2006, que se sustentan en un estudio longitudinal representativo de la población mundial de niños.

A nivel de los 25 Distritos de la Provincia de Canas, Canchis y Espinar, los distritos con mayor porcentaje de Desnutrición Crónica para el año 2021 son Suykutambo 33%, Ocoruro 28.4%, Pallpata 25.9%, 22.7% Alto Pichigua, Pitumarca 22.3%, Condoroma 20.5%, representa la población infantil con Desnutrición crónica, población que asiste a los establecimientos de salud de nuestro ámbito.

P.P ARTICULADO NUTRICIONAL.

PROPORCIÓN DE NACIDOS CON BAJO PESO AL NACER EVALUACIÓN 2019 – 2021

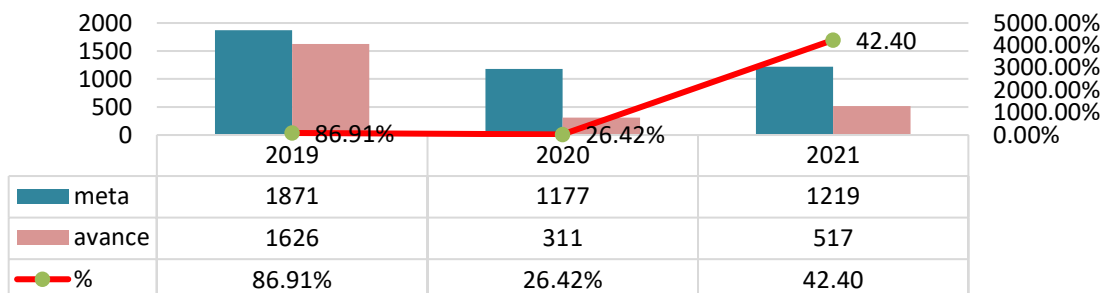


FUENTE: ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

ANÁLISIS:

En cuanto a la proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer del total de partos ocurridos ha incrementado el nacimiento de niños prematuros, sumado a ello la resistencia de las gestantes por acudir a los controles prenatales debido al temor y posible contagio de COVID.

**PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA
EVALUACIÓN 2019 – 2021**

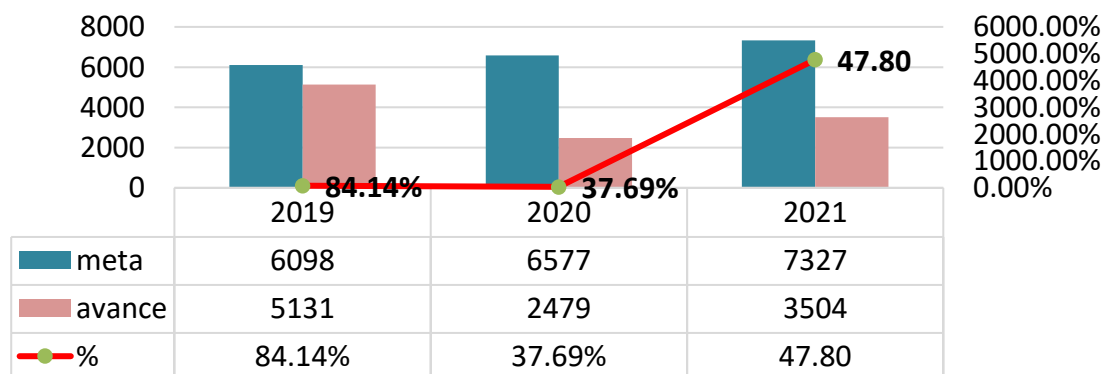


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMÁTICA.

ANALISIS:

En cuanto al indicador de Lactancia Materna, para el presente año, se registra un ligero incremento ello debido a la implementación del D.S 171 permitió la atención presencial en servicios no respiratorios, alcanzando para el presente año un 42.4%

**PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETOS PARA SU EDAD.
EVALUACIÓN 2019 – 2021**

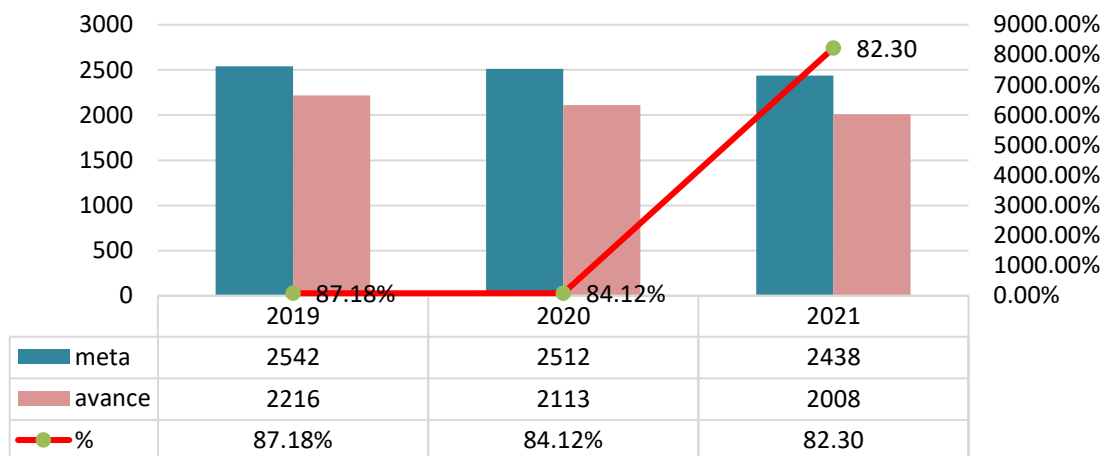


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMÁTICA.

ANALISIS:

En cuanto a la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad se evidencia una leve recuperación en relación al año 2020 periodo de inicio de la Pandemia. Esto debido a la mejora de la oferta en el servicio de Niño Sano y la implementación de los servicios diferencias en el ámbito de la Red.

PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON 2DA ROTAVIRUS EVALUACIÓN 2019 – 2021

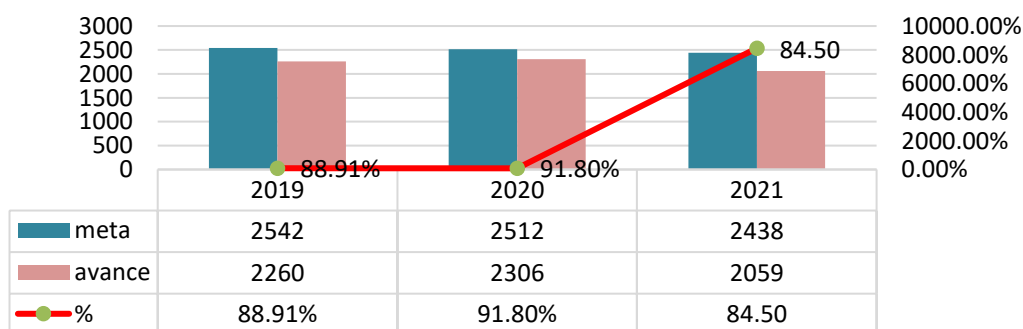


FUENTE: ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

ANÁLISIS:

En relación al indicador de proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el Rotavirus se logró un avance de 82.3 % con ligero descenso en relación al año 2,020 esto debido a la implementación de las campañas de vacunación contra la COVID-19 que en cierta manera constituye una recarga en el trabajo del personal responsable de la estrategia de inmunizaciones.

PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON 2DA NEUMOCOCO EVALUACIÓN 2019 – 2021



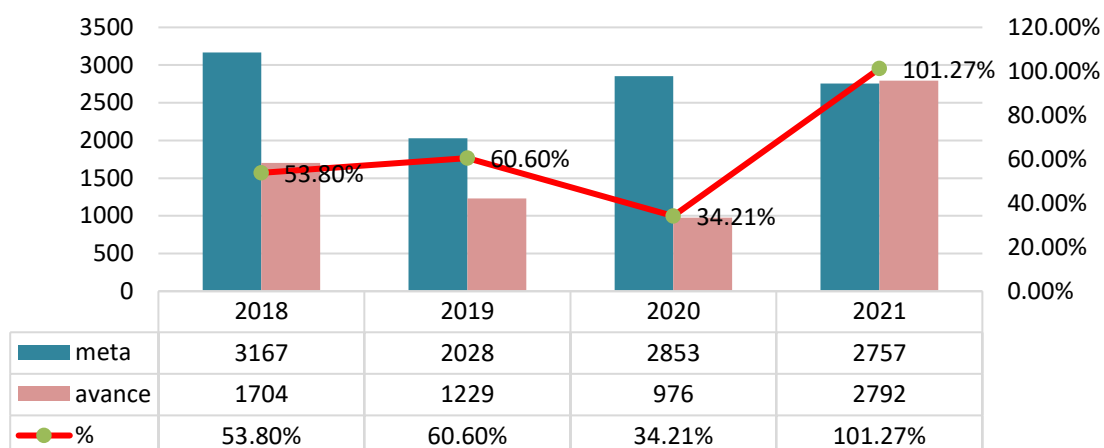
ANÁLISIS:

FUENTE: ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

En relación a la proporción de menores de 12 meses con vacuna contra el neumococo para su edad, se observa un descenso ligero en relación al año 2,020 debido a la recarga de trabajo en el personal responsable de la estrategia por implementación de las campañas de vacunación contra la COVID-19.

COBERTURA DE NIÑOS < DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO

EVALUACIÓN 2018 – 2021

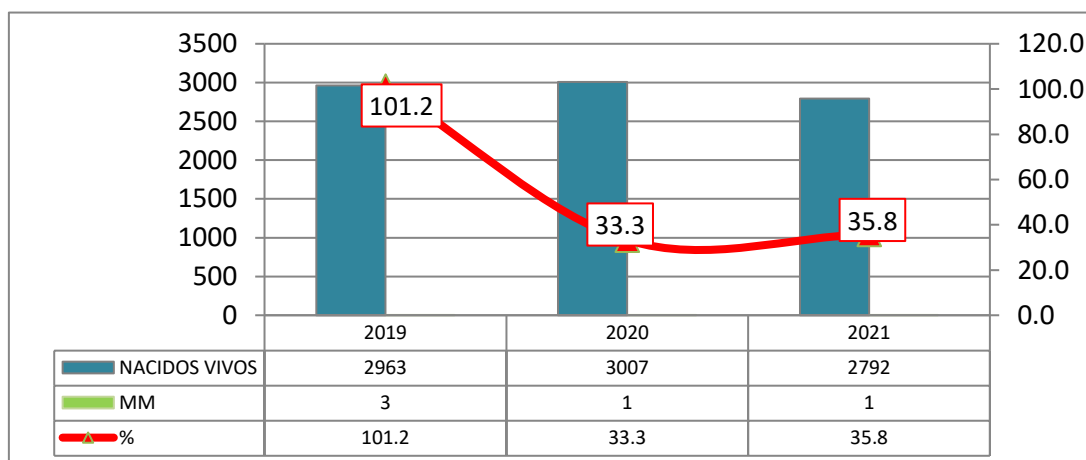


FUENTE: ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

ANÁLISIS: La suplementación en niños menores de 36 meses con TA, para el 2021 de ha mejorado la cobertura, esto debido a que se realiza el monitoreo nominal de los niños y la suplementación mediante las visitas domiciliarias.

P.P.MATERNO NEONATAL

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA 2019 – 2021



Fuente: Unidad de EPIDEMIOLOGIA – RED CANAS CANCHIS ESPINAR

ANÁLISIS:

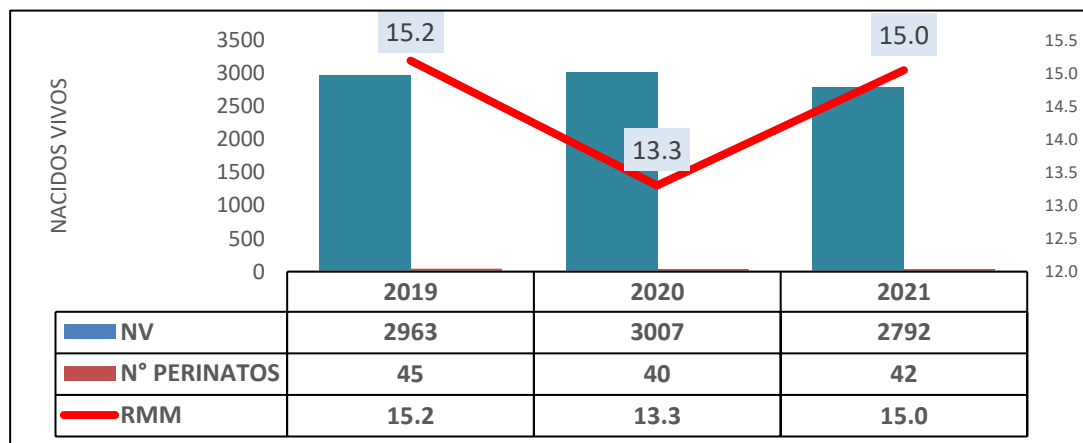
En el periodo del año 2021, la razón de mortalidad materna fue del 35.8 MM x 100,000 NV, 01 casos de Muertes Materna Directa, del puesto de salud Pitumarca, de la jurisdicción de la micro red Combapata, con diagnóstico de síndrome HELLP.

AÑO	Nº	CALIFICACIÓN	DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DIAGNOSTICO
2018	1	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANAS	YANAOCA	ECLAMPSIA
2018	2	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANCHIS	SICUANI	ABORTO SÉPTICO
2018	3	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANCHIS	TINTA	SÍNDROME HELLP
2018	4	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	ESPINAR	ESPINAR	SÍNDROME HELLP
2018	5	MUERTE MATERNA INCIDENTAL	CUSCO	CANCHIS	SICUANI	ACCIDENTE DE TRANSITO
2019	1	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANCHIS	SAN PABLO	SÍNDROME HELLP
2019	2	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANCHIS	SICUANI	SHOCK HEMORRÁGICO
2019	3	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	ESPINAR	ESPINAR	SÍNDROME HELLP
2020	1	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	ESPINAR	OCCORURO	SHOCK HEMORRÁGICO
2021	1	MUERTE MATERNA DIRECTA	CUSCO	CANCHIS	PITUMARCA	SÍNDROME HELLP

Fuente: Unidad de EPIDEMIOLOGIA – RED CANAS CANCHIS ESPINAR

El comportamiento de la mortalidad materna directa, según grupo de causa se ha mantenido a través de los años; como mayor causa de muerte, las Hipertensiones arteriales (síndrome HELLP, y eclampsia) con 06 casos en los cuatro años, y el diagnóstico de Hemorragias como se aprecia en el siguiente cuadro la segunda causa, 02 casos, seguida de aborto séptico. Siendo el 99% la causa directa de mortalidad materna en la población gestante, estos casos de muerte maternas están relacionadas a la falta de calidad en la atención prenatal, del parto, pues son prevenibles y la existencia de brecha en los establecimientos de salud de no contar con recurso humano, acorde a normativa vigente de categorización, sobre todo en este contexto de pandemia COVID y por la población que se resiste acudir a los establecimientos de salud por temor al contagio, pone en riesgo de mortalidad materna en la población gestante. Por lo tanto, es importante que a nivel de los establecimientos de salud se mejore la calidad atención prenatal, parto y puerperio, y personal de salud este siendo capacitado en forma permanente, con relación a la difusión permanente en los medios de comunicación masivos, de los signos de alarma del embarazo, así como la invitación a la población acudir a los EESS, se tiene programado para el presente año 2022.

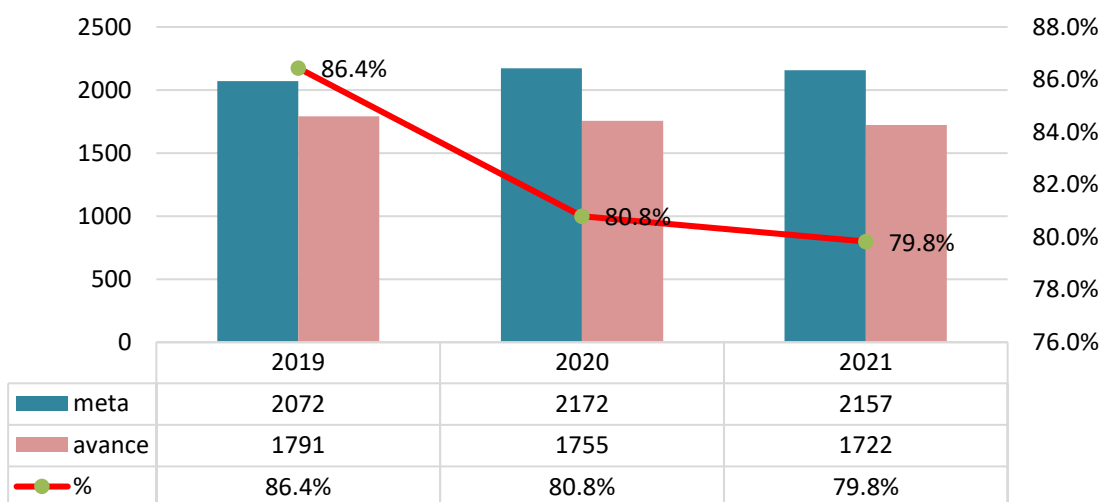
Tasa de Mortalidad Perinatal: RSCCE: 2018 - 2021



Fuente: Unidad de EPIDEMIOLOGIA – RED CANAS CANCHIS ESPINAR

En relación a la mortalidad neonatal el año 2021 se tuvo 42 muertes resultado una tasa de mortalidad perinatal de tal del 15.0 X 1000 NV, de las cuales 19 fueron fetales y 23 neonatales, ello evidencia que la calidad de atención prenatal tiene deficiencias y se debe de realizar planes que permitan enfocar el problema y abordarlo de mejor manera según el contexto actual de pandemia Covid 19, geográfico-asistencial.

PORCENTAJE DE GESTANTE CON 6 ATENCIONES PRENATALES 2019 - 2021

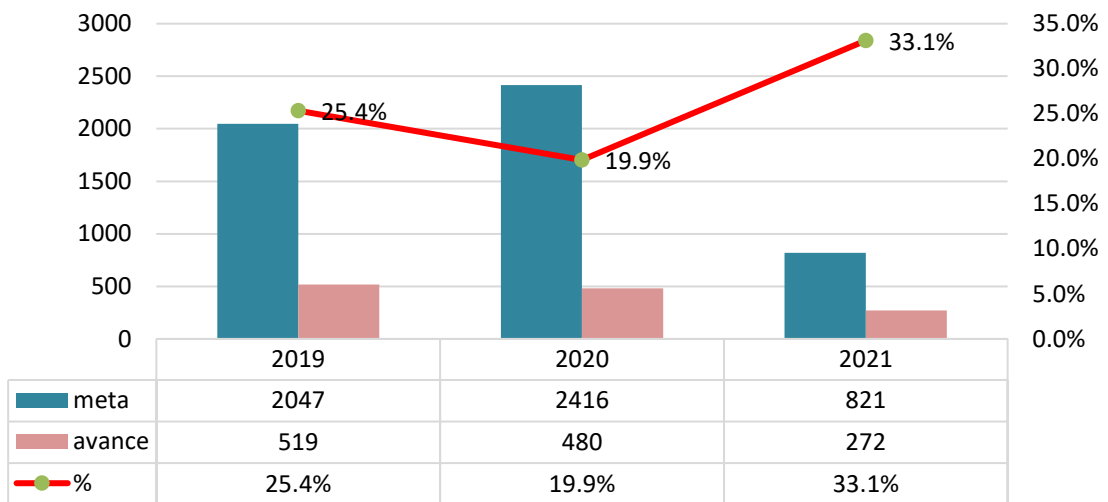


Fuente: Unidad de Estadística Informática y telecomunicaciones – RED CANAS CANCHIS ESPINAR

ANALISIS:

En el presente cuadro se evidencia que el porcentaje de gestante controlada a disminuido en un punto porcentual en relación al año 2020, las Microrredes que tuvieron mayor porcentaje gestantes controladas, fueron Techo Obrero (87%), Combapata (85%), Yanaoca (81%), Yauri (76%), y los que presentaron menor avance son, Pampaphalla (75%), El Descanso (76%). Del total de embarazos presentados en el año 2021, solo recibieron atención preconcepcional, solo el 43%, lo que significa que el 57% de embarazos fueron no planificados e iniciaron durante el primer trimestre del embarazo el 61% sus atenciones prenatales, llegando a tener 6 atenciones prenatales el 79.8%, es necesario mencionar que el contexto de pandemia que actualmente venimos atravesando a nivel mundial, nacional y local ha generado que la población regrese a sus lugares de origen lo que ha provocado que los establecimientos de salud atiendan población migrante y transeúnte, ello no ha permitido una atención adecuada, teniendo en cuenta que el temor al contagio que existe de parte de la población y acudir a los establecimientos, viene dificultando al personal de salud, cubrir las necesidades de salud que tiene la población gestante. En ese sentido es necesario tomar acciones para mejorar este indicador.

PORCENTAJE DE GESTANTE QUE RECIBEN EL PAQUETE BASICO DE ATENCION 2019 – 2021



Fuente: Unidad de Estadística Informática y telecomunicaciones – RED CANAS CANCHIS ESPINAR

ANALISIS:

La U.E. 401 SCCE el año 2021 entrego el paquete básico de atención al 33.1% a la población gestante, las Microrredes que tuvieron mayor porcentaje, fueron Techo Obrero (52%), Pampaphalla (46%), y los que presentaron menor avance son, Combapata (20.39%), Yauri (27%), Yanaoca (26.6%), El Descanso(27%), evidenciándose la necesidad de seguir trabajando para brindar oportunamente el conjunto de intervenciones durante la atención prenatal a la gestante y disminuir los riesgos de morbilidad materna y perinatal. Si se realiza un análisis comparativo, con los años anteriores, se ha incrementado ligeramente en relación al año 2019, por ello es necesario mencionar que el contexto de pandemia no ha permitido realizar la atención como regularmente se realizaba.

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC / VIH- SIDA



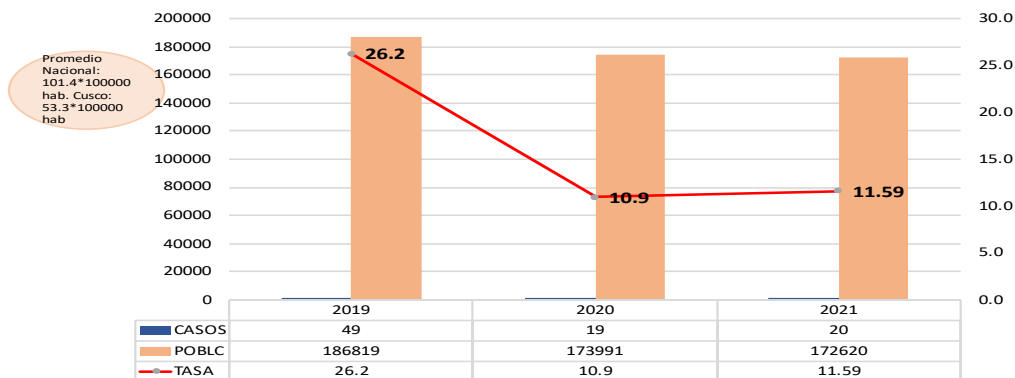
**GOBIERNO REGIONAL
CUSCO**
Integridad

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS
CANCHIS ESPINAR.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD.



TASA DE MORBILIDAD "TUBERCULOSIS" EVALUACIÓN ANUAL 2019 – 2021



FUENTE: UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. UE 401.

ANALISIS;

A nivel mundial y nacional se espera disminuir los casos de Tuberculosis al 2030. A nivel de UE. 401 SCCE estamos contribuyendo en la disminución de casos. Sin embargo, en relación al año 2018, en el año 2,019 se incrementaron los PAT en 17 casos, Para el año 2020 y 2021 el comportamiento es estacionario, debido a la Pandemia Mundial del Covid-19. En el año 2021 se implementó la NTS 171 en los EE. SS, sin embargo, por el temor al contagio fue débil la captación del SRI.

La tasa de morbilidad de Tuberculosis nos muestra, que, la UE 401-SCCE, se encuentra por debajo de los valores promedios nacional y regional, siendo catalogados como una Zona de Bajo Riesgo.($< = 29$ casos TB).

En tanto, tenemos persistentes niveles de pobreza importantes en el ámbito jurisdiccional, consideramos que es necesario fortalecer y mejorar las acciones de lucha contra la tuberculosis como la captación activa y temprana de casos, mejorar la eficiencia y eficacia del tratamiento, dar tratamientos apropiados a los pacientes y fundamentalmente desde el nivel político tanto a nivel regional como nacional se realicen actividades integrales que permitan realizar con eficacia y efectividad acciones de prevención primordial que será lo único que puede garantizar un control efectivo del daño a nivel poblacional.



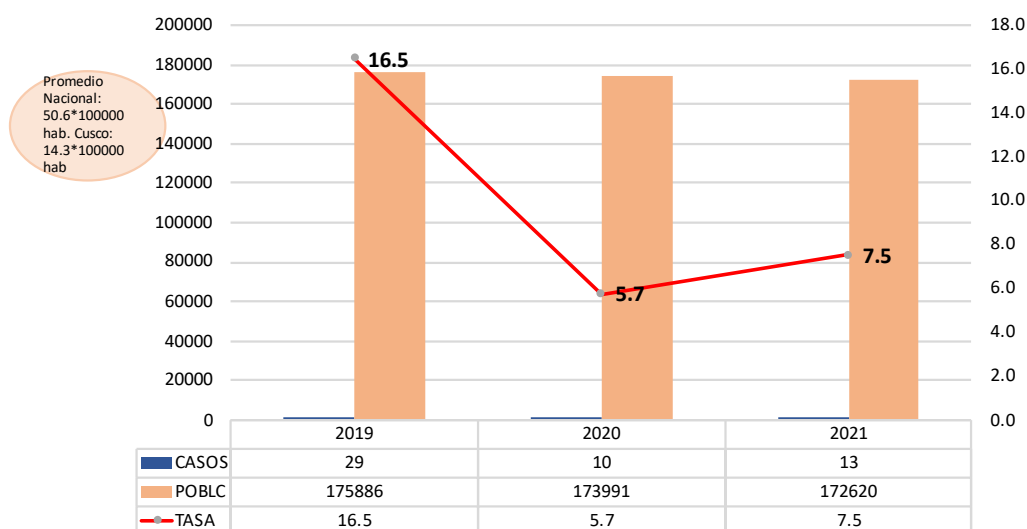
GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Trabajamos con Integridad

UNIDAD EJECUTORA 401 SALUD CANAS
CANCHIS ESPINAR.

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD.



TASA DE INCIDENCIA DE TB PULMONAR FROTIS POSITIVO EVALUACIÓN ANUAL 2019– 2021



FUENTE: UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. UE 401.

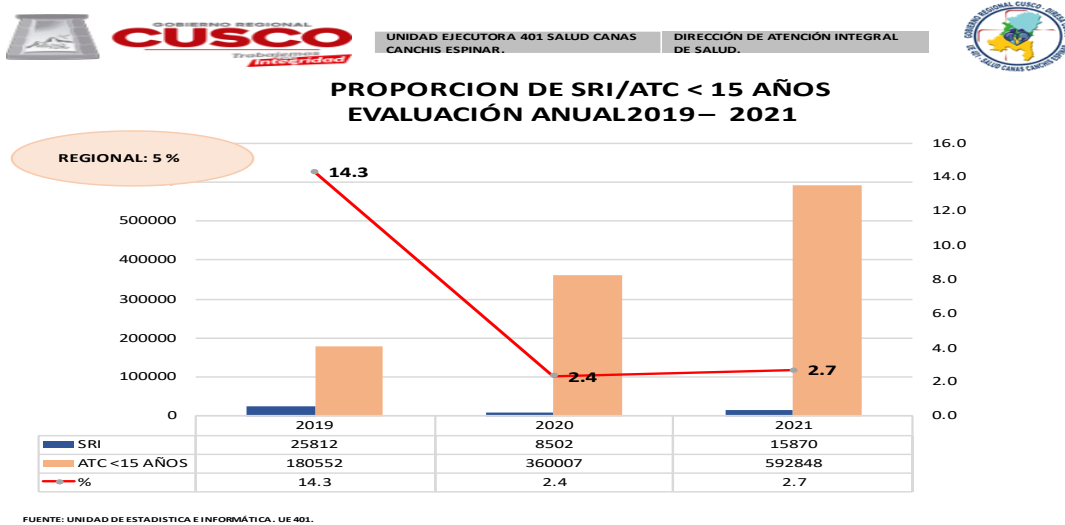
ANALISIS

El número de casos de Tuberculosis Pulmonar Sensible Frotis Positivo en la UE. 401. Salud Canas, Canchis Espinar disminuyo en relación al año 2019.

Así mismo la captación de Sintomáticos Respiratorios / Atenciones mayores de 15 años en el año 2019 supero el indicador trazador nacional del 5%, observándose que en los años 2020 y 2021 este indicador esta en promedio del 2.5% debido a la pandemia mundial del covid 19.

Es necesario tener presente frente a esta situación, que la medida preventiva más eficaz es evitar el contagio eliminando nuevas fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y completo de estos casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, en el cual la localización bacteriológica de casos es uno de los pilares de la ESPCTB, esta pesquisa bien dirigida es de alto rendimiento, especialmente a nivel de Atención Primaria.

La incidencia de Tuberculosis Multidrogoresistente se viene incrementando a nivel nacional, debido a la presencia de cepas resistentes por lo que es necesario mejorar y fortalecer la captación activa de los sintomáticos respiratorios, a partir del cual se tenga una idea cabal de las tendencias del daño. A nivel de UE. 401. SCCE, no se reportaron TB MDR en los últimos 5 años, pero si, se trataron PAT con drogas de 2da línea por presentar RAM Severo.



ANÁLISIS:

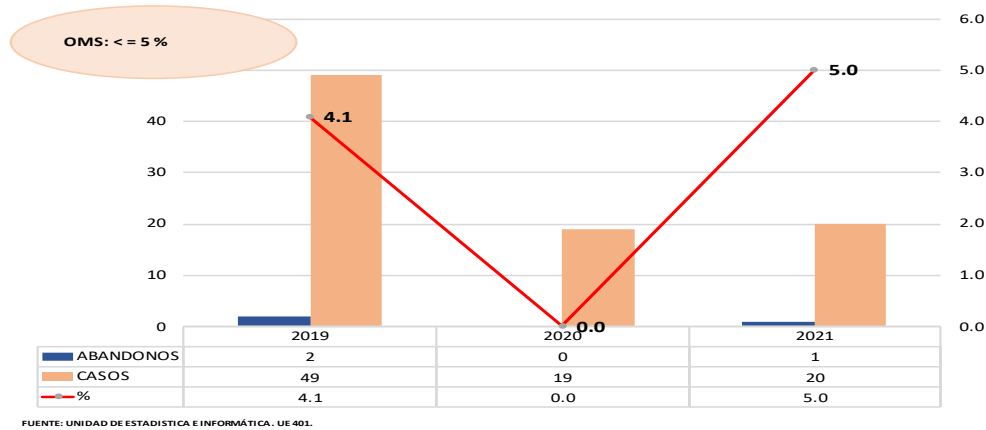
El indicador trazador “Captación de Sintomáticos Respiratorios Identificados entre las atenciones mayores de 15 años”, observamos que, para el año 2019 superamos el indicador trazador nacional, sin embargo, los años 2020 y 2021 se muestra un comportamiento estacionario debido a la pandemia mundial del covid-19, a pesar de haber implementado la NTS 171 en el año 2021 en los EE.SS.

Así mismo, en relación al número de SRI captados en el año 2021 es casi el doble de lo captado en el año 2020 así como las atenciones, este incremento es debido al registro de la vacunación covid-19 como parte de las atenciones, lo cual afecta considerablemente en la captación del SRI.

Concluyéndose que, debemos continuar realizando la captación activa y precoz al SRI, cumplir con el seguimiento al diagnóstico de acuerdo al caso y lograr la curación del PAT.



PROPORCIÓN DE ABANDONOS EVALUACIÓN ANUAL 2019- 2021



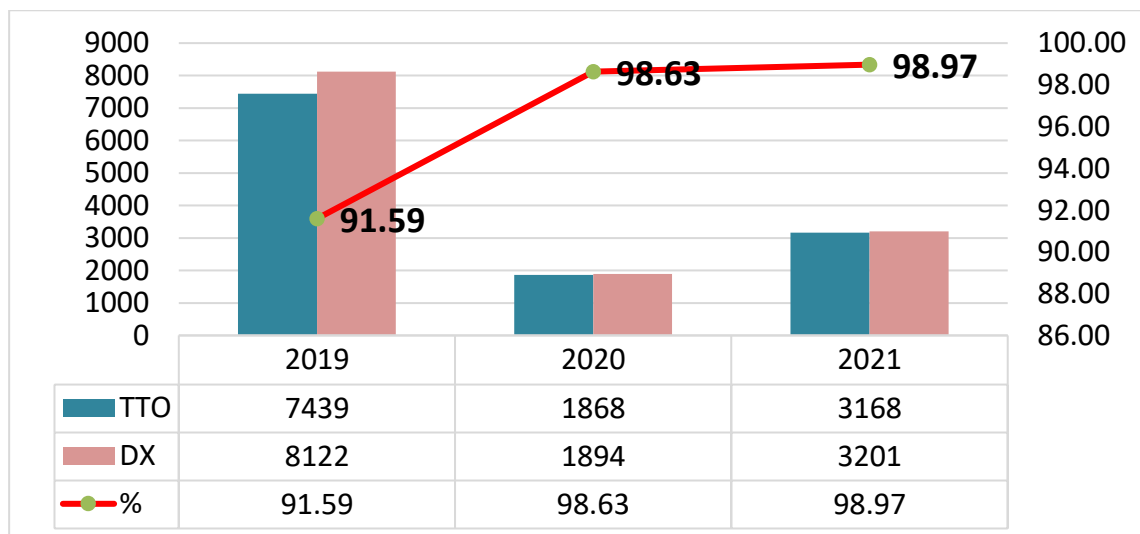
ANÁLISIS:

El % de Abandonos a tratamiento por TB Sensible a nivel nacional es obtener un porcentaje menor o igual al 5%. La UE 401-SCCE, en el año 2020 no reporto casos de Abandono a tratamiento x TB. A diferencia del año anterior en el cual se reportaron 2 casos, uno en el C.S. Yauri y el otro en el P.S. San Pablo, ambos casos fueron TB Extrapulmonar, PAT con comorbilidades (Alcohólico y Esquizofrénico).

Así mismo para el año 2021, reportamos un abandono del C.S. Layo, un PAT con TB Extrapulmonar (Ovario), diagnosticado en la Clínica Diospy Sullana. Curahuasi. Abancay. La cual inicia tratamiento y abandona debido a la incredulidad por aceptar su enfermedad. Se realizó la intervención con autoridades de la localidad, sin embargo, persiste la negativa por reiniciar su tratamiento.

Porcentaje de personas diagnosticadas con ITS que reciben tratamiento

Evaluación anual -2019-2020-2021



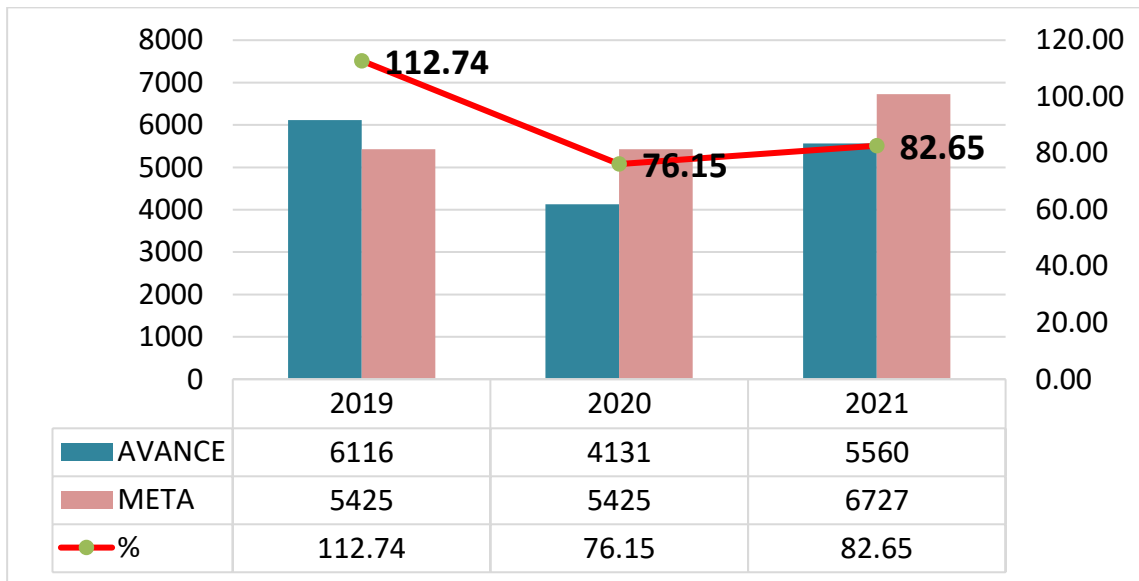
FUENTE: HIS

ANALISIS:

Las atenciones realizadas en esta actividad está en aumento a diferencia del año pasado, sin embargo del total de diagnosticados con las ITS solo recibieron tratamiento un 98.9% se tuvo dificultades en el control de calidad de la información.

PORCENTAJE DE ADULTOS Y JOVENES RECIBEN CONSEJERIA Y TAMIZAJE PARA INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH/SIDA

EVALUACION ANUAL 2019-2020-2021



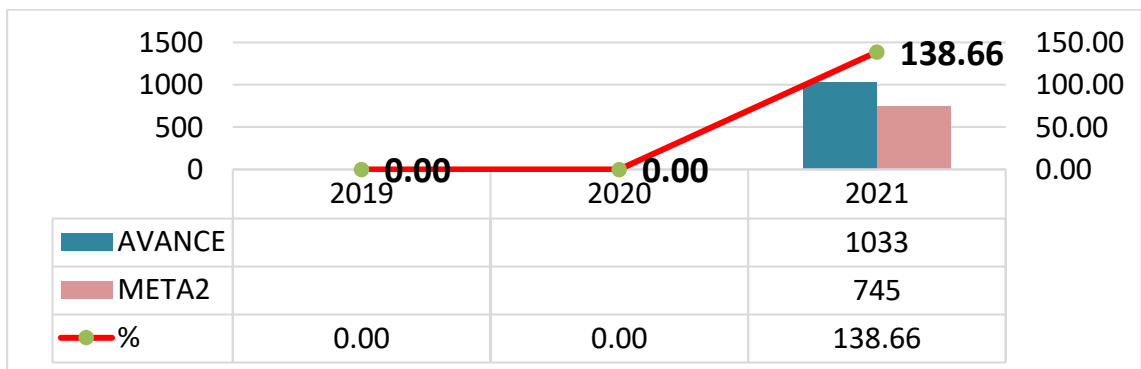
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA

ANALISIS:

En el presente producto se tubo dificultad como la falta del trabajo con atencion integral ,a pesar de eso se logro un 83% de avance, gracias a la busqueda activa en el extramural.

PORCENTAJE DE POBLACION ADOLESCENTE INFORMADA SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL y VIH/SIDA

EVALUACION ANUAL 2018-2019-2020

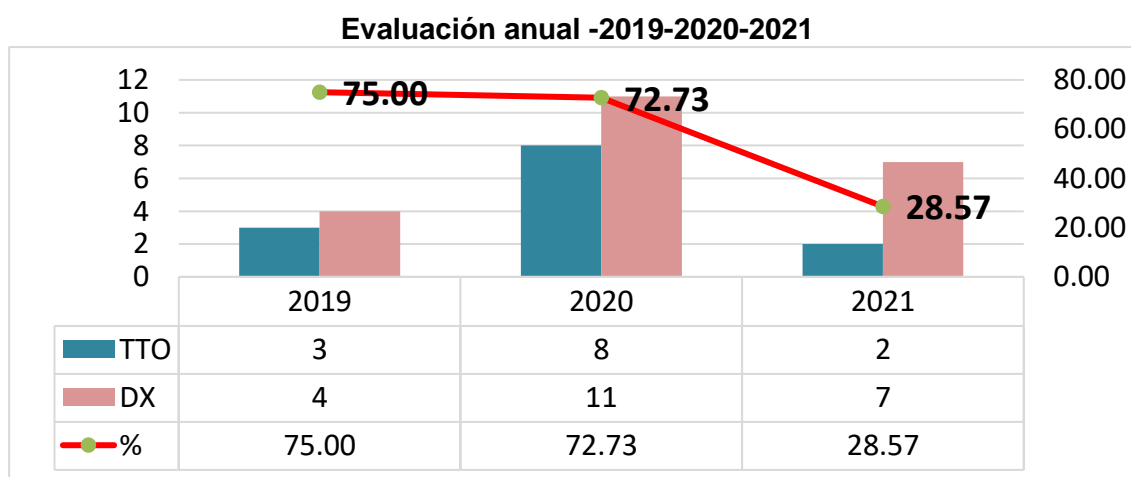


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA

ANALISIS:

En el presente indicador se tubo dificultades ya que este grupo de población fue dispersada debido a la pandemia y la poca afluencia a un EESS para recibir su adecuada consejería y tamizaje. Sin embargo se continua con la búsqueda activa de este grupo poblacional en el extra muro y se logró cumplir con la meta y se continua con la oferta de servicio de los consultorios diferenciados en cada EESS en temas propios del programa.

PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES REACTIVAS A SIFILIS Y SUS CONTACTOS Y RECIEN NACIDOS EXPUESTOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO



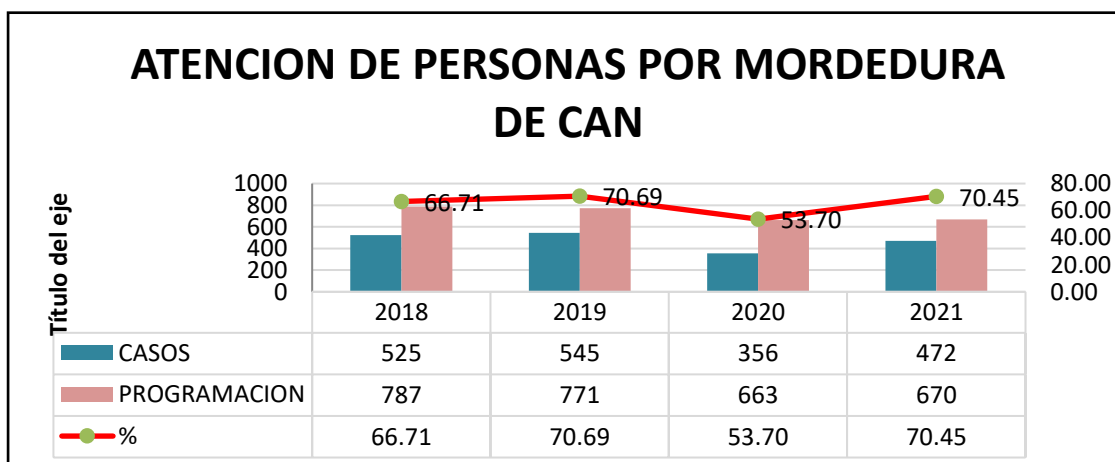
FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA

ANALISIS:

En el presente indicador se encuentra todavía dificultad con el reporte y un adecuado cruce de información, control de calidad, ya que los casos que se presentan en el cuadro en cada año son en diferentes micro redes, respecto al seguimiento del tratamiento tanto de la gestante como las parejas se realizó, sin embargo, no se puede evidencias en el reporte HIS.

P.P METAXENICAS Y ZONOSIS

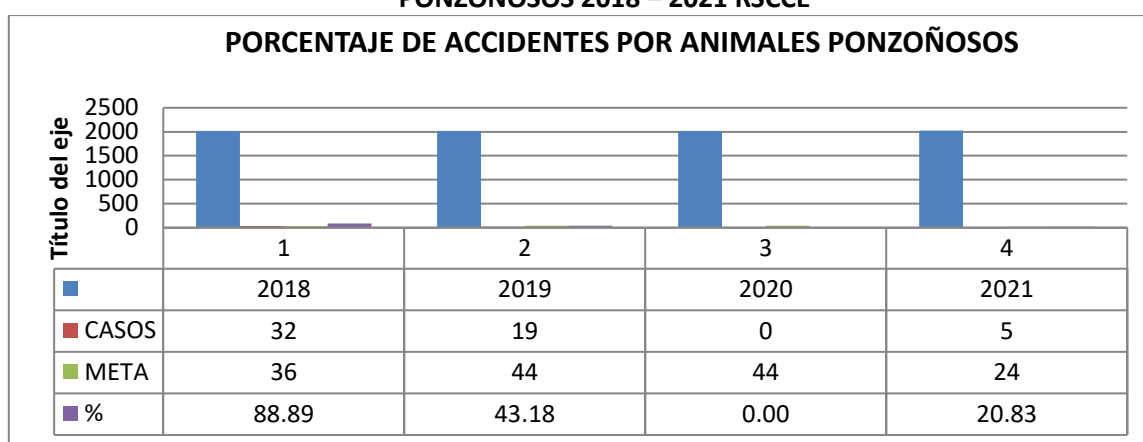
**PROPORCIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS A RABIA
EVALUACIÓN 2018 – 2021**



Análisis:

Un indicador son las atenciones realizadas a personas expuestas a mordedura por canes, para el año 2021 se presentaron 472 casos coberturando un 70.45%, de la meta programada, se observa en el grafico que a través de los años se mantienen en un promedio de 500 atenciones, sin embargo existe un sub-registro, en el cual se debe realizar búsqueda activa de personas mordidas y difundir la triada preventiva de la rabia. Se emitieron dos alertas epidemiológicas de transmisión de rabia canina y potencial rabia humana en nuestra región, lo que avivó la vigilancia de casos de mordedura en nuestra jurisdicción. Para el año 2020, bajo la cobertura de atención a 356 casos de personas expuestas a mordeduras por canes obteniendo un 53.7% de la meta programada, debido a la pandemia.

PORCENTAJE DE MANEJO PRIMARIO DE ACCIDENTES POR TODO TIPO DE ANIMALES PONZOÑOSOS 2018 – 2021 RSCCE

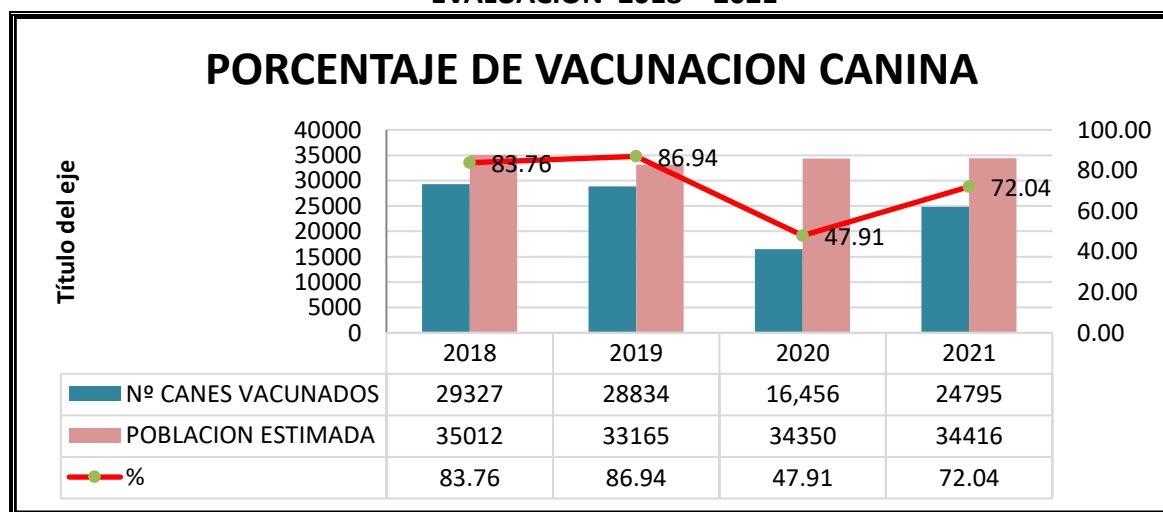


ANALISIS:

Los casos de atención por animales ponzoñosos como Red CCE para el 2021, se tuvo 05 atenciones, debido a que la población no acude regularmente a los establecimientos de salud, sobre todo en el primer trimestre del año. Las mordeduras notificadas son por arácnidos, picaduras de insectos, avispas y avispones.

PORCENTAJE DE CANES VACUNADOS

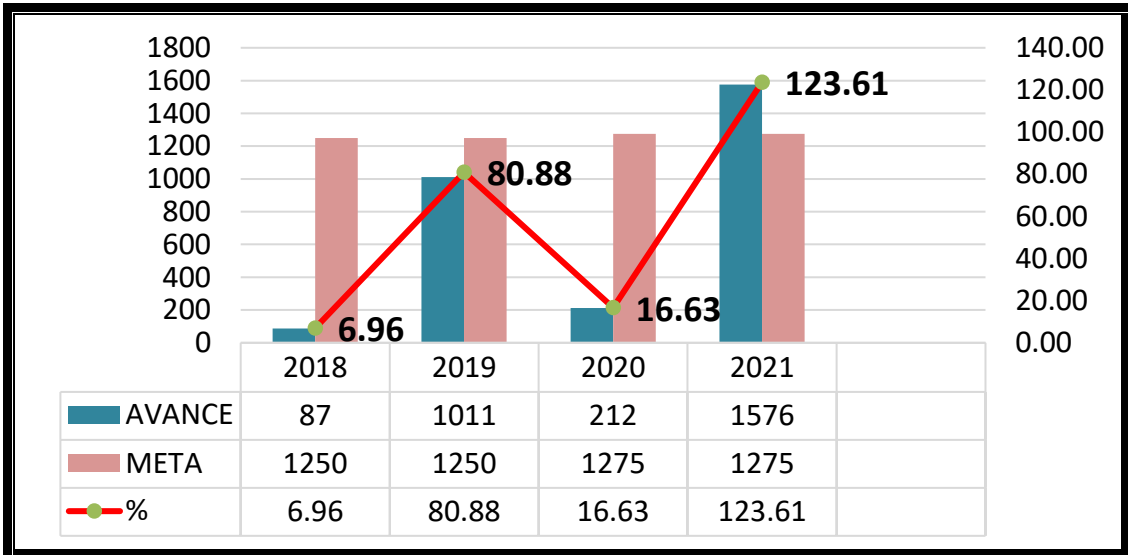
EVALUACIÓN 2018 – 2021



ANALISIS:

El producto de Vacunación Canina para el año 2021 se alcanzó a cubrir un 72.04% (24795) solo a nivel de la RSCCE, identificándose población canina sin dueño o los llamados canes callejeros en porcentajes considerables y forman parte de la población canina estimada, a los que el personal de salud no puede acceder para vacunarlos por los riesgos que conlleva esta situación. El año 2020 dado el Estado de Emergencia frente al SARS CoV-2 no se pudo cumplir con la meta programada dada las Normativas establecidas por el estado, es por ello que se cobertura el 47.91%.

PORCENTAJE DE PERSONAS TAMIZADAS AFECTADAS POR METALES PESADOS 2019 – 2021

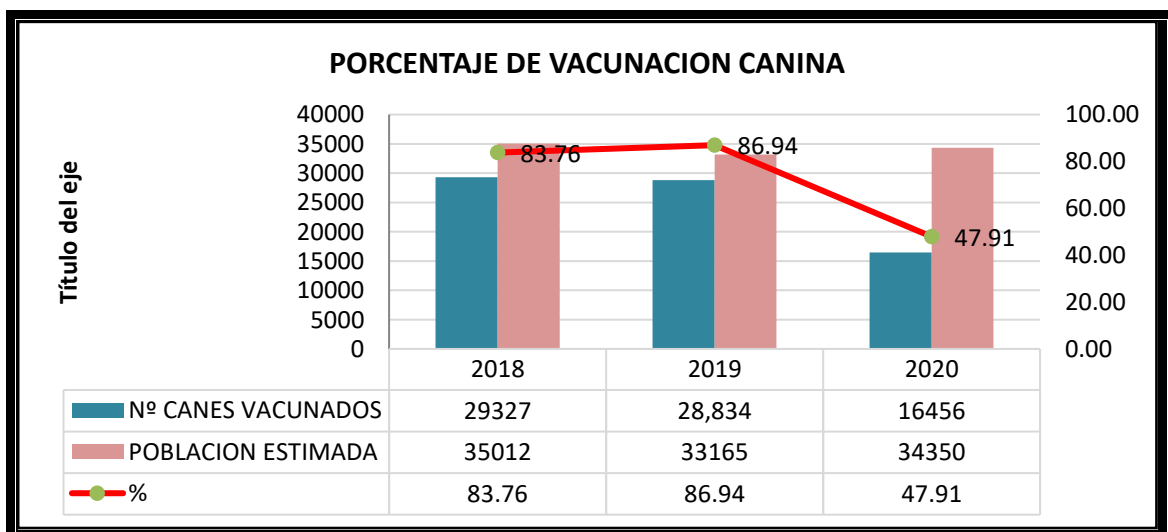


ANALISIS:

La Estrategia de Metales Pesados, en la M.R Yauri, para el 2021 se atendió a 1576 personas expuestas a metales pesados, este incremento se debe a que se realizaron dos atenciones médicas especializadas en los establecimientos de Yauri, Pallpata y Tintaya Marquiri abarcando también los diferentes grupos etareos.

PORCENTAJE DE MANEJO PRIMARIO DE ACCIDENTES POR TODO TIPO DE ANIMALES PONZOÑOSOS 2018 – 2020 RSCCE

PORCENTAJE DE CANES VACUNADOS 2018 – 2021

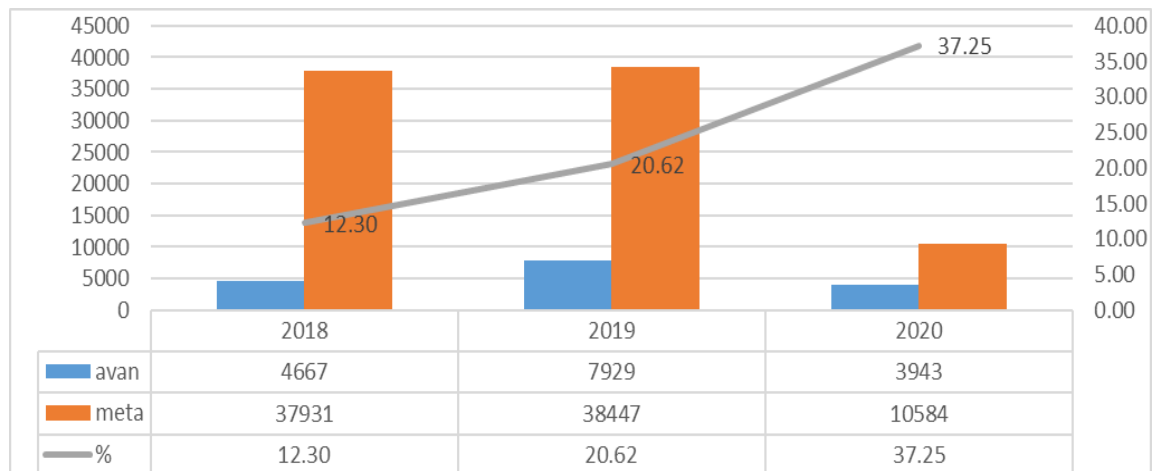


ANALISIS

La Red CCE, para el año 2018 se logró vacunar a 29327 canes alcanzando un 83% de la cobertura, para el año 2019, se vacuno 28834 canes, logrando una cobertura de 86.94%. Para el 2020, el cumplimiento de metas no fue una prioridad debido a la Pandemia que se enfrentó y que continuamos enfrentando frente al SARS CoV2.; por tal motivo a nivel de la Red CCE, se determinó cumplir con un 50% de lo programado y a nivel de las demás Unidades Ejecutoras dentro de la DIRESA-Cusco, la Red CCE se programó mayor cantidad de perros a vacunar; cumpliendo un 47.91%, que hace un total de 16456 canes vacunados.

P.P ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Porcentaje de personas mayores de 50 años o más con tamizaje de su agudeza visual

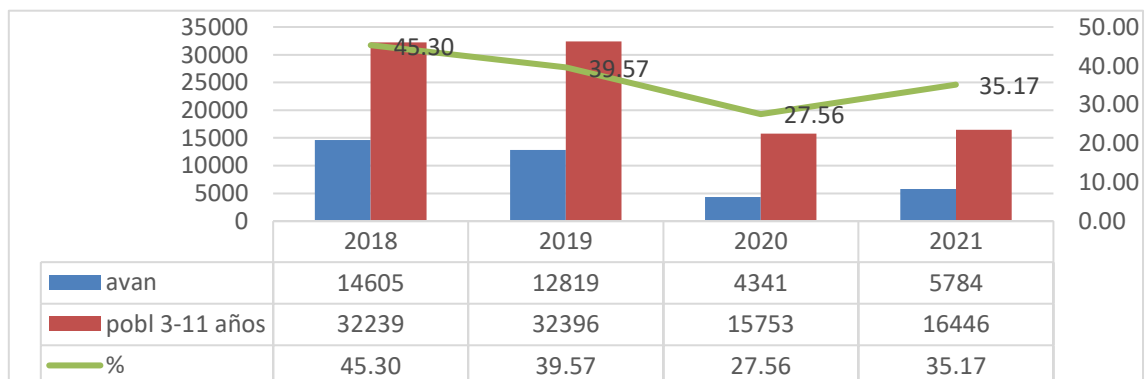


ANALISIS:

En el año 2021 se cobertura el 22.78% de la meta programada siendo una cobertura nada aceptable, esto debido a que no se desarrollaron las actividades forma normal en relación a la toma de la agudeza visual debido a que son procedimientos en el cual el contacto con el usuario es directo, en ese sentido y por la limitación de la atención en los servicios de salud es que se tuvo mencionada cobertura. Así mismo mencionar de que los criterios de programación para el año 2020 variaron en relación a los años anteriores es por eso que la meta es reducida.

Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud

2018 - 2021 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar



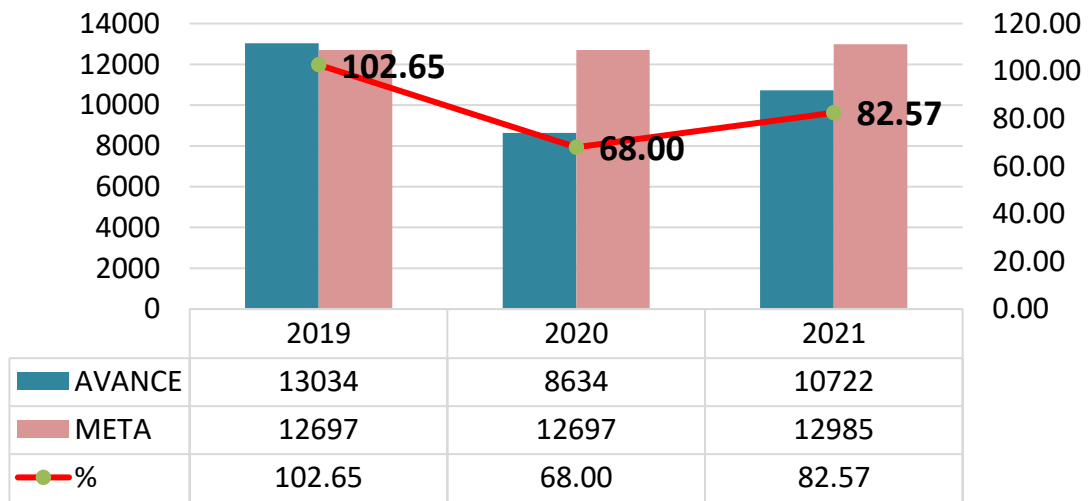
FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS:

En el año 2021 se cobertura el 35.17% de la meta programada siendo una cobertura nada aceptable, esto debido a que no se desarrollaron las actividades forma normal en relación a la toma de la agudeza visual debido a que son procedimientos en el cual el contacto con el usuario es directo, en ese sentido y por la limitación de la atención en los servicios de salud es que se alcanzó esta cobertura. De la misma manera mencionar de que esta actividad se desarrolla con niños de 3 a 11 años y ellos por disposiciones del gobierno estaban limitados a salir por ende no se pudo desarrollar mencionada actividad,

P.P.CONTROL DE CANCER

**PORCENTAJE DE CONSEJERIA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER
EVALUACIÓN ANUAL -2019-2020-2021**

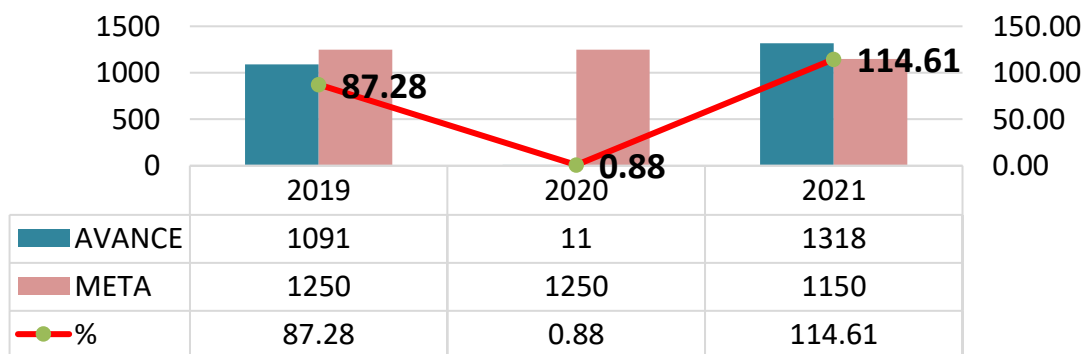


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 SCCE

ANALISIS

En este indicador se logró el 82.57% .Se evidencio la falta de seguimiento a las primeras consejerías, dentro de las dificultades se tiene la falta de personal en los EESS por que se acogieron al decreto de urgencia, se tuvo personal que salió con permiso con Maternidad y en la actualidad están con permiso por lactancia, situaciones que contribuyeron al inadecuado seguimiento a las primeras consejerías.

**COBERTURA DE NIÑAS PROTEGIDAS CON VACUNA VPH
EVALUACIÓN ANUAL -2019-2020-2021**



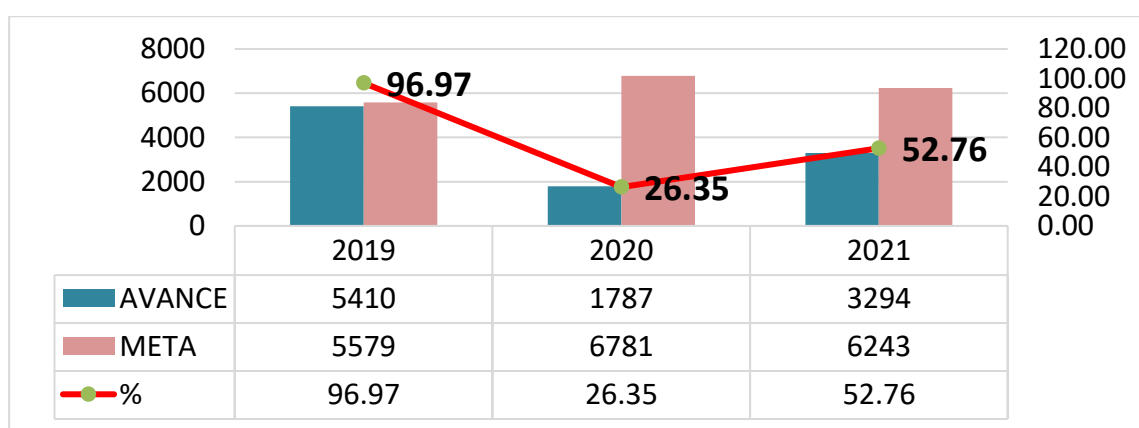
FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

El presente indicador se logró un 114% ya que está incluido las niñas que no completaron su segunda dosis en el año 2020.

Debido a la Pandemia se inició con la vacunación en el mes de Julio y Agosto con las primera dosis y esto se realizó buscando a la población casa por casa, tal es el caso que solo se protegió a 11 niñas a nivel de la red en el 2020, sin embargo se logró vacunar con la primera dosis a 1095 niñas en las que se lograra realizar su segunda dosis en los meses de enero y febrero del 2021.

PROPORCION DE MUJERES TAMIZADAS PARA CANCER DEL CUELLO UTERINO EVALUACIÓN ANUAL -2019-2020-2021

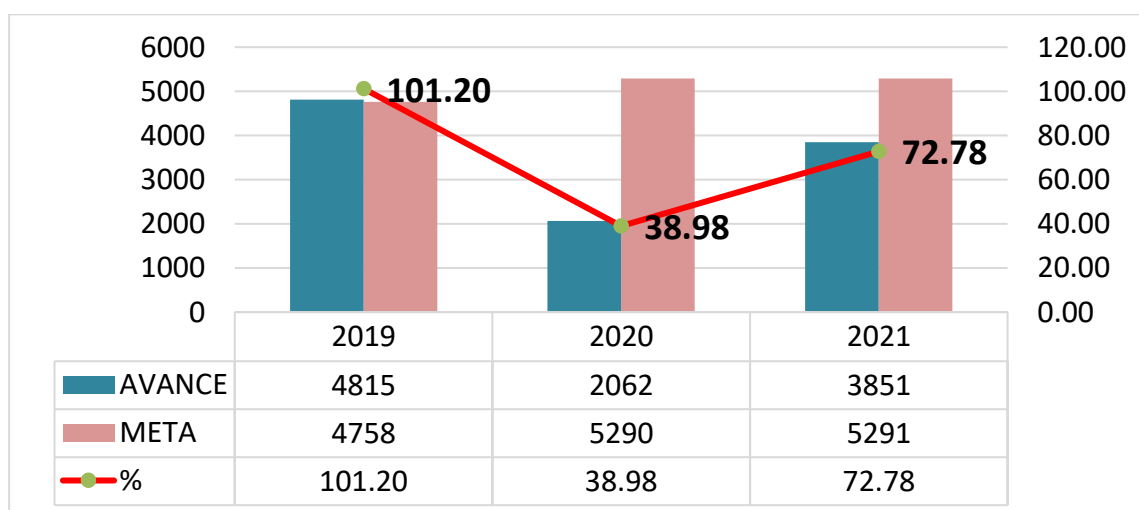


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

La falta de afluencia a los EESS en este grupo poblacional, la falta de proyección extramural para realizar la oferta de servicio, como también se sigue presentando demora en la entrega de resultados de PAP en los EESS el recurso humano de laboratorio es insuficiente para realizar las lecturas de las láminas de PAP.

PROPORCION DE MUJERES TAMIZADAS EN CANCER DE MAMA EVALUACIÓN ANUAL - 2019-2020-2021

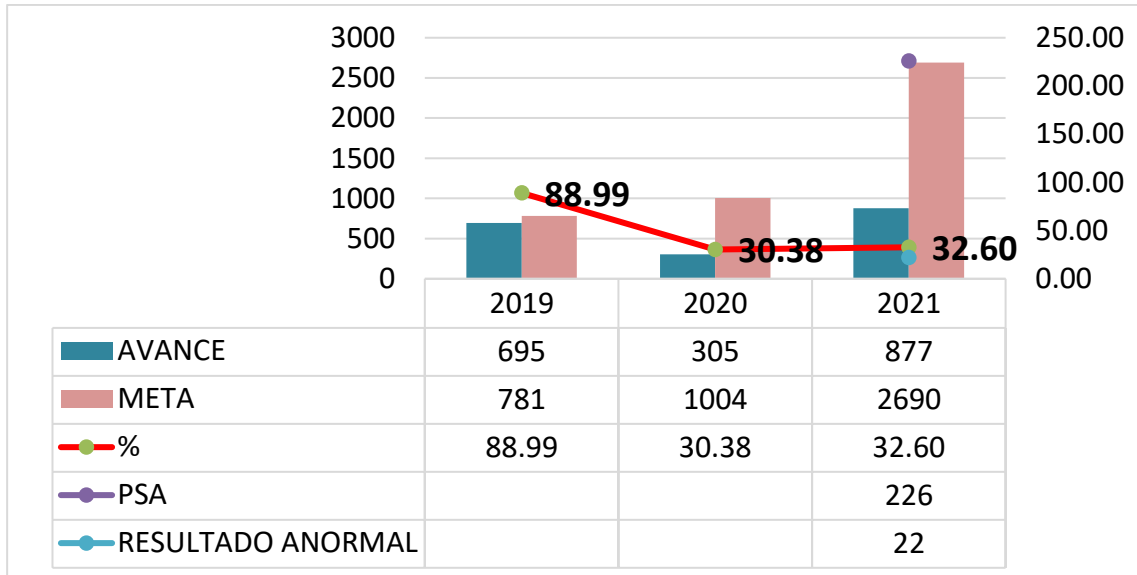


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

En el presente producto afecto mucho que la población no quiera acudir al EESS por miedo al contagio, se suma a esto la falta de actividad extramural para realizar oferta de servicio, el personal se aboca a apoyar en la vacunación covid.

PROPORCION DE VARONES CON TAMIZAJE EN CANCER DE PROSTATA EVALUACIÓN ANUAL -2019-2020-2021

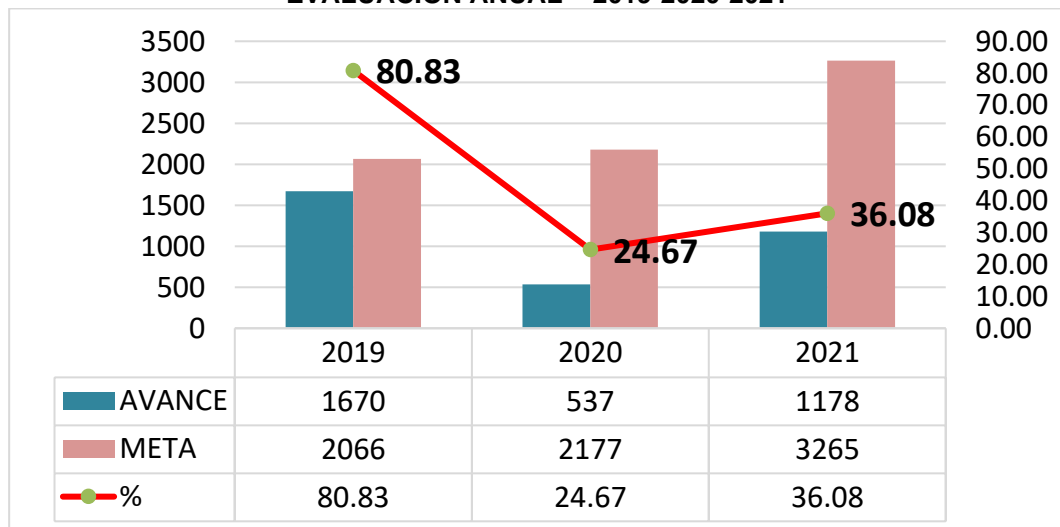


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

En el mes de setiembre del año 2021 se inició a realizar el dosaje del PSA en a tamizar con Se tubo muchas dificultades en los EESS uno de ellos es la falta de personal médico y la poca afluencia de pacientes en este grupo atareó por miedo al contagio del covid 19, y la falta de entrega de resultados del PSA, sin embargo continuando con la oferta de servicio.

PORCENTAJE DE TAMIZAJE DE CANCER DE COLON RECTO EVALUACIÓN ANUAL – 2019-2020-2021

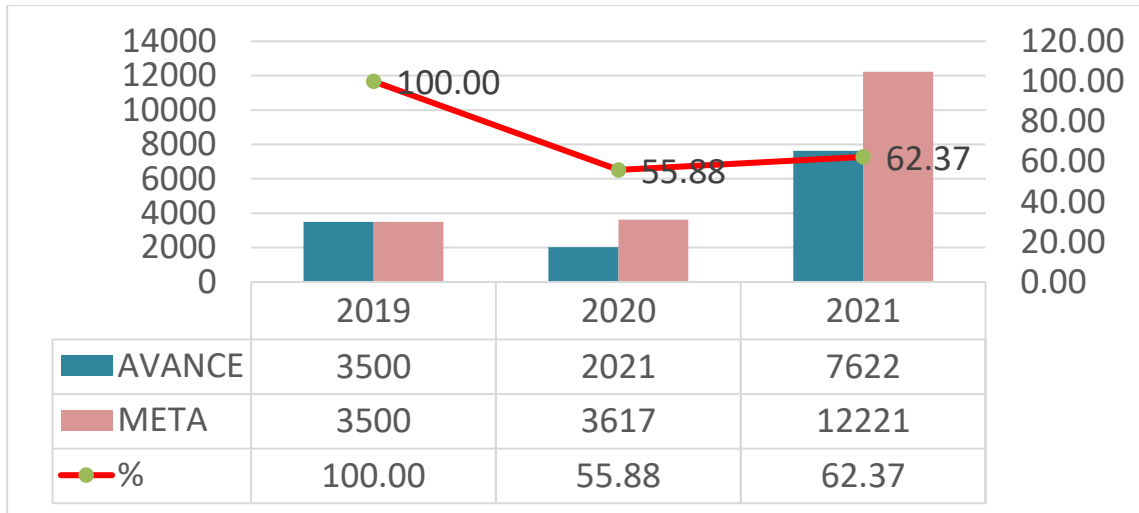


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

Se cuenta con personal limitado especialmente el profesional médico como profesional Biólogo ya que este estaba más abocado a la búsqueda y diagnóstico y seguimiento de Covid.a esto se suma la falta de involucramiento del personal para realizar la actividad

PORCENTAJE DE TAMIZAJE PARA EL CANCER DE PIEL EVALUACIÓN ANUAL -2019-2020-2021

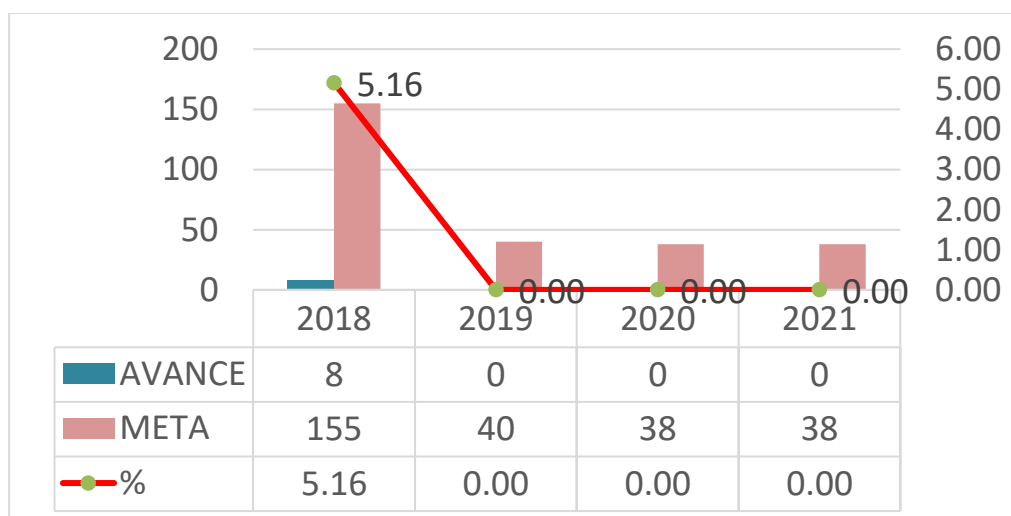


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

En el presente producto se evidencia falta de organización del personal que realiza la actividad a esto se suma la limitación en las atenciones en los establecimientos de salud debido a la pandemia. Sin embargo se tiene que continuar con la oferta de servicio para que los pacientes conozcan de este servicio y se realicen el descarte.

MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS ATENCIÓN DE PACIENTES CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACION EVALUACIÓN ANUAL 2018-2019-2020-2021



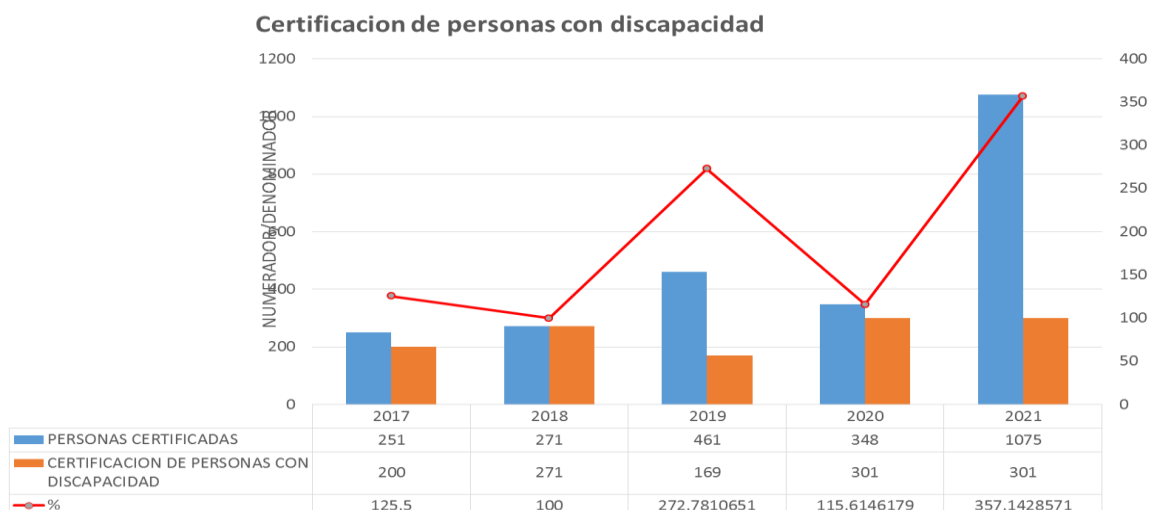
FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS

Se evidencia la falta de personal Médico capacitado para realizar la actividad como también la implementación con equipos de apoyo al diagnóstico como Colposcopia y previa biopsia para el tratamiento según la nueva directiva, hace que no se cumpla con lo programado.

P.P DISCAPACIDAD.

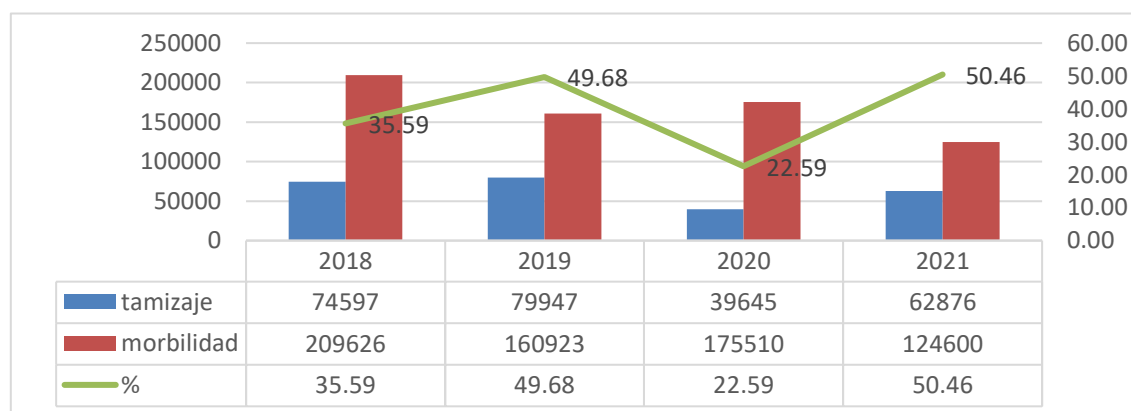
PROPORCIÓN DE CERTIFICACION A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EVALUACIÓN 2018 – 2019 - 2020 – 2021



ANALISIS: En cuanto a la certificación de personas con discapacidad se aprecia que en el 2021 se realizó dicha actividad según demanda, los años anteriores, dicha demanda no era tan elevada y se espera para el presente año no vuelva a ser tan elevada ya que se cubrió las certificaciones en su gran mayoría.

P.P SALUD MENTAL.

COBERTURA DE ATENCION EN SALUD MENTAL EVALUACIÓN 2018 – 2019 - 2020 – 2021



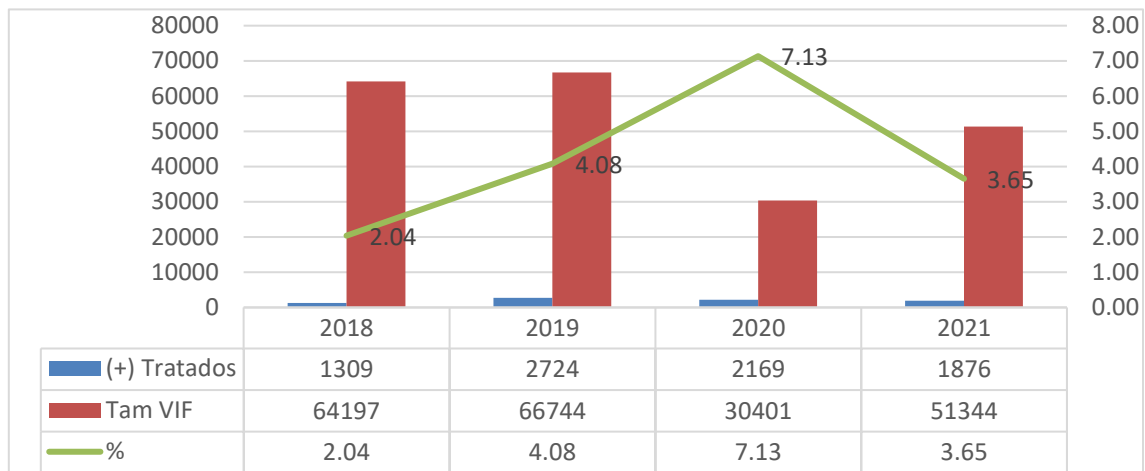
ANALISIS:

En relación al presente indicador se tiene una cobertura de atención en salud mental del 50.46% esto debido a que en el año 2021, mencionar que las atenciones preventivas como

son la aplicación de los tamizajes de salud mental, no se realizan con normalidad debido a que la gran mayoría de población nos encontrábamos en cuarentena y por ende los servicios de salud se limitaron en la atención ordinaria. Así mismo podemos determinar que la aplicación de tamizajes en comparación a años anteriores es evidente que se vio limitada.

Porcentaje de personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento

2018 - 2021 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar



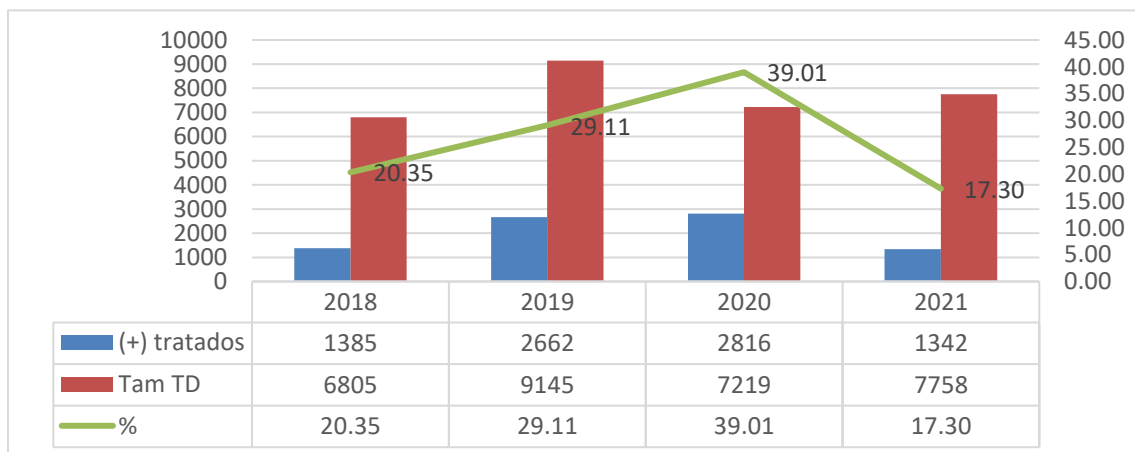
FUENTE: UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANÁLISIS:

En el año 2021 se pudo cubrir el 3.65% siendo una cobertura muy baja, teniendo presente de que se pudo aplicar 51344 tamizajes de violencia intrafamiliar de los cuales solo el 3.65% salieron positivos, evidenciándose de que los tamizajes no están cumpliendo el objetivo para lo que fueron aplicados.

Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad reciben diagnóstico y tratamiento

2018 – 2021 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar



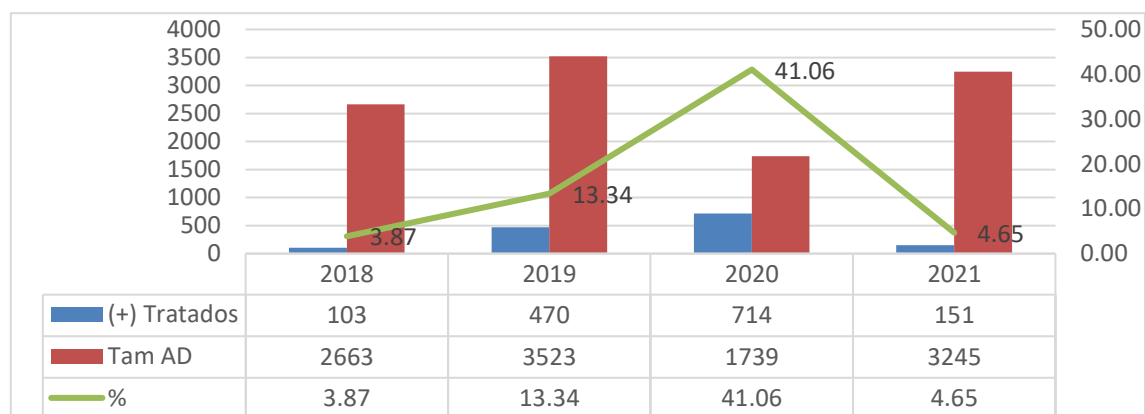
FUENTE: UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANÁLISIS:

En el año 2021 se logró captar el 17.30% de casos positivos del total de los tamizajes aplicados siendo muy baja la captación por lo que se evidenciaría de que el trabajo de

captación no se está desarrollando adecuadamente en los EESS del primer nivel de atención.

**Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del Comportamiento debido al consumo del alcohol, son tratadas oportunamente
2018 - 2021 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar**

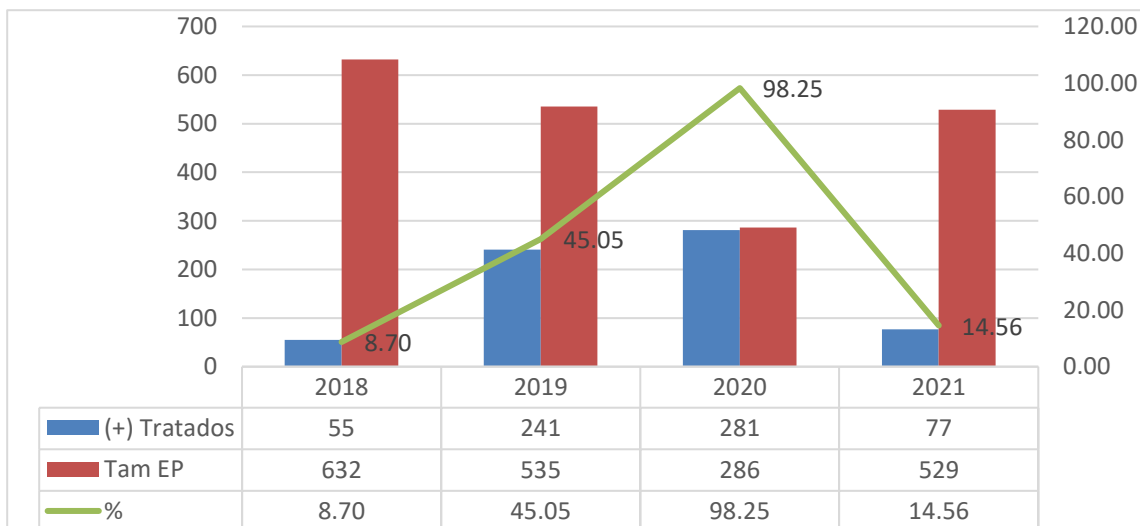


FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS:

En este indicador en el año 2021 de igual manera se vio limitado su avance debido a que no se tiene o no se está realizando la búsqueda correcta y aplicación de los tamizaje de alcoholismo.

**Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia), son tratadas oportunamente
2018 - 2021 U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar**



FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DE LA U.E. 401 S CCE

ANALISIS:

De la misma manera este indicador no logro tener el alcance que se pretendía conseguir pese a que en la aplicación de tamizajes se logró a 529 usuarios de los cuales soles el

14.569% salido positivo, el trabajo a realizar es la coordinación con los CSMC para que se pueda captar mayor cantidad de usuarios.

3.2.7 Análisis Matriz FODA 2021.

De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las potencialidades, las cuales nos indican las acciones que la institución debe considerar las limitaciones están determinadas por la combinación de debilidades y amenazas que nos advierten. En tanto los riesgos, que son la combinación de Fortalezas - amenazas y los desafíos en la combinación de debilidades y Oportunidades, determinada por su correspondiente combinación de factores, exigirán una cuidadosa consideración en la toma de decisiones de la institución.

MATRIZ DE ESTRATEGIAS		
FORTALEZAS	FO	FA
<p>F1. Existencia de los comités de vigilancia de mortalidad materna en el 100 de EESS.</p> <p>F2. 91.% de la población asignada afiliados al Seguro Integral de Salud SIS disminuyendo las brechas de acceso.</p> <p>F2. Contar con presupuesto Asignado.</p> <p>F3. Contar disponibilidad mayor al 90% de productos farmacéuticos para las atenciones de los pacientes en todos los EESS.</p> <p>F4- Equipo Administrativo Completo y Trabajo Sectorizado.</p> <p>F5. Se cuenta con Establecimientos Estratégicos</p>	<p>FO1. Fortaleciendo las reuniones interinstitucionales e intersectoriales formando alianzas estratégicas.</p> <p>FO2.integracion y corresponsabilidad entre gobiernos locales, Red, EESS y actores sociales</p> <p>FO3. Proponer un programa de desarrollo personal profesional y técnico orientado a la motivación, capacitación y adhesión hacia los fines organizacionales.</p> <p>FO4. Implementar Sistema de Información y comunicación Automatizada de procesos.</p> <p>FO5. Mejorar los procesos de abastecimiento.</p>	<p>FA1. Fortalecer los procesos de aseguramiento.</p> <p>FA2. Mejorar las actividades operativas de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes.</p> <p>FA3. Realizar Seguimiento al proceso de Auto evaluación en Categorización en los establecimientos de salud.</p> <p>FA4. Optimización de la Gestión Administrativa</p>
DEBILIDADES	DO	DA
<p>D1. Cultura Organizacional no óptima para el desarrollo de las actividades sanitarias.</p> <p>D2. Insuficiente Mantenimiento de Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de Salud.</p> <p>D3. Bajos niveles de satisfacción del usuario interno y externo en un 60%</p> <p>D4. Inoportuna dotación de Insumos, materiales y combustible.</p> <p>D5. Capacidad resolutive limitada en EESS</p> <p>D6. Escaso Análisis de Información estadística y Falta de Monitoreo de Metas Físicas/Presupuestales.</p> <p>D7. Atención por Cupos, Limita la Atención generando demanda insatisfecha en Servicios de Medicina.</p>	<p>DO1. Mejorar la cultura organizacional con asistencia técnica de la oficina de Calidad.</p> <p>DO2. Gestionar proyectos/planes de mantenimiento de equipos e infraestructura de los establecimientos de salud.</p> <p>DO3. Fortalecer el análisis de la información para la toma de decisiones.</p> <p>DO4. Fortalecer la promoción y prevención de la salud</p>	<p>DA1. Reasignar presupuesto para orientar a línea estratégica de capacitación.</p> <p>DA2. Operativizar el equipo Administrativo, Técnico y de Gestión para mejorar la toma de decisiones frente a la problemática de salud.</p> <p>DA3. Actualizar, Revisar y Socializar la aplicación de Documentos de Gestión, Protocolos y Guías de trabajo.</p> <p>DA4. Reconocimiento al Buen Desempeño.</p>
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	<p>O1. Incremento de atenciones a pacientes con Seguro SIS.</p> <p>O2. Trabajo intersectorial con Municipios para disminuir la anemia</p>	<p>A1. Incremento de Centros Médicos y Boticas particulares que captan población asegurada.</p> <p>A2. Restricciones en la atención de</p>

y desnutrición crónica. O3. Contrato de Personal por COVID mediante fuente de financiamiento ROOC. O4. Instituciones comprometidas con la salud de la población pero no suficientes para el cumplimiento de metas. O5. Capacitaciones técnicas al personal desde la Red, GERESA y nivel nacional	actividades estratégicas por Incremento de casos COVID. A3. Riesgo de Incremento de enfermedades prevalentes. A4. Establecimientos de salud con riesgo de NO Re categorizar por brecha de recursos humanos. A5.demanda diversificada y creciente vs presupuestos escasos
---	---

3.3 Acciones Estratégicas.

Las Actividades Operativas descritas en el POI Anual 2022, se encuentran alineadas a las Acciones Estratégicas Institucionales establecidas en el PEI 2020 - 2024 del Gobierno Regional de Cusco.

De acuerdo con ello, la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar tiene tres (02) Objetivos Estratégicos Institucionales, los cuales se encuentran articulados con quince (15) Acciones Estratégicas Institucionales priorizadas y cada cual vinculada a los programas presupuestales considerando como único objetivo estratégico: “Mejorar los Servicios de Salud en la Región”

Acciones Estratégicas Institucionales 2020 - 2024

Código OEI	Objetivo Estratégico Institucional	Código AEI	Acción Estratégica Institucional
OEI.01	GARANTIZAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SANEAMIENTO Y SALUD DE CALIDAD A LA POBLACION DE LA REGION CUSCO	AEI.01.04	ATENCION INTEGRAL PARA REDUCIR LA ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS.
		AEI.01.05	ATENCION INTEGRAL MATERNA NEONATAL
		AEI.01.06	ATENCION PREVENTIVA PARA LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD POR CANCER EN LA POBLACION
		AEI.01.07	ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
		AEI.01.08	ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL A LA POBLACION DE MUJERES Y HOMBRES.
		AEI.01.09	DE INTERVENCIONES SANITARIAS DE LAS ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS DE MANERA FOCALIZADA.
		AEI.01.10	ATENCION PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE MANERA INTEGRAL PARA LA POBLACION.
		AEI.01.11	ATENCION INTEGRAL PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA EN TBC, VIH/SIDA, HEPATITIS Y SIFILIS EN LA POBLACION.
		AEI.01.12	ATENCION DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS PARA LA POBLACION.
		AEI.01.13	IMPLEMENTACION DE UNA RED INTEGRADA DE SALUD PARA CONTAR CON SERVICIOS ORGANIZADOS Y ARTICULADOS QUE RESPONDAN A LA NECESIDADDE LA POBLACION.
		AEI.01.14	RE CA TEGORIZACION DE IPRESS PUBLICADAS BAJO SINCERAMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD.
		AEI.01.15	IMPLEMENTACION DE LA AUTOEVALUACION DE EESS PARA GARANTIZAR CALIDAD EN LA ATENCION DE LA POBLACION.
		AEI.01.16	IMPLENTACION DE TICS PARA MEJORA DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDOS A LA POBLACION
AEI.01.17	GESTION DE RRHH PARA CONTAR CON PERSONAL DE LA SALUD SUFICIENTE Y MOTIVADO PARA ATENDER A LA POBLACION.		
OEI.14	MODERNIZAR LA GESTION PUBLICA	AEI.14.01	PROCESO DE MODERNIZACION DE LA GESTION PUBLICA EN EL GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO.

Plan Estratégico Institucional 2020 – 2024 GORE CUSCO

IV. PLAN DE ACCION

El Plan de Acción del presente Plan Operativo Institucional, tiene por finalidad llevar a cabo las acciones estratégicas implementando las metas trazadas y formuladas la misma que se encuentra estructurada, con el enfoque de las Acciones Estratégicas y bajo los ejes de los programas presupuestales de acuerdo a la estructura organizacional. Asimismo, se han determinado algunos objetivos y resultados de cada una de las recomendaciones que se esperan lograr en un horizonte de corto plazo en los Planes Tácticos.

La implementación de El Plan Operativo Institucional POI, permitirán a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, avanzar en el cumplimiento de los AEI, vinculadas a la temática de salud.

ANEXO
MATRIZ N° 01

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
OPERATIVAS 2022

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2022

OBJETIVO ESTRATÉGICO	OBJ.01.00 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO
ACCION ESTRATEGICA	AB.01.01 ATENCION INTEGRAL PARA REDUCCION DE ENFERMEDADES NUTRICIONALES EN LOS NIÑOS
UNIDAD RESPONSABLE	
CENTO DE COSTO	
CATEG. PRESUPUESTAL	PROGRAMAS PRESUPUESTALES
PROGRAMA	001. ARTICULADO NUTRICIONAL

COD.PR OD	PRODUCTO	COD. ACTIVID AD	ACTIVIDAD	COD.SUB PRODUCT O	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ ADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS							
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DEMANDA GLOBAL	RO	RDR	D y T (SIS)	BRECHA = A-(B+C+D)			
									SIGA (A)	PIA 2022 (R)	PIA 2022 (C)	(D)																
3000001	ACCIONES COMUNES	5004424	VIGILANCIA INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS EN NUTRICION					12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20,602	70108	0	0	-48505.77
				3324401	VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO	INFORME	X	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20,602.23	70,108.00	0.00	0.00	-49,505.77	
				3324403	EJECUCION DE INVESTIGACIONES TRANSVERSALES	INFORME	X	0																			0.00	
				3324404	EJECUCION DE INVESTIGACIONES PROSPECTIVAS	INFORME	X	0																			0.00	
				3324405	EJECUCION DE REVISIONES SISTEMATICAS DE EVIDENCIAS	INFORME	X	0																			0.00	
				3324406	DESARROLLO DE TECNOLOGIAS PARA MEJORAR LAS INTERVENCIONES EN ALIMENTACION Y NUTRICION	INFORME		0																			0.00	
				3324407	TRANSFERENCIA DE TECNOLOGIAS	INFORME		0																			0.00	
				3324408	IMPLEMENTACION DE TECNOLOGIAS	INFORME		1														1					0.00	
		5004425	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN NUTRICION					2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	16077.44	500	0	0	15577.44			
				3324701	DESARROLLO DE DOCUMENTOS TECNICOS NORMATIVOS	NORMA		0																		0.00		
				3324702	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS NORMATIVOS	INFORME		2				1									1	16,077.44	500.00	0.00	0.00	15,577.44		
		5004426	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL					6	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	2	374034	221191	0	0	152843.00			
				4427602	MONITOREO DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	INFORME	X	6			1			2			1			2	374,034.00	221,191.00	0.00	0.00	152,843.00			
				4427603	EVALUACION DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	INFORME		2	1						1										0.00			
				4427604	SUPERVISION DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL	INFORME		4				2							2						0.00			
				4427605	EVALUACION DE DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO	INFORME		0																	0.00			
				4427606	EVALUACION DE LOS EQUIPOS DE CADENA DE FRÍO PARA VACUNA	INFORME TECNICO		0																	0.00			
3000609	COMUNIDAD ACCEDA A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	5004428	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO					732	60	60	64	60	60	62	60	60	64	60	60	62	1,846,930.82	30043	0	0	1816887.82			
				3326001	INSPECCION SANITARIA DE SISTEMAS DE AGUA	CENTRO POBLADO		730	60	60	62	62	62	62	62	60	60	60	60	60					0.00			
				3326002	MONITOREO DE PARAMETROS DE CAMPO ZONA URBANA	CENTRO POBLADO	X	8	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	1,846,930.82	30,043.00			1,816,887.82			
				3326003	MONITOREO DE PARAMETROS DE CAMPO ZONA RURAL	CENTRO POBLADO	X	724	60	60	62	60	60	60	60	60	62	60	60	60					0.00			
				3326004	INSPECCION ESPECIALIZADA ZONA URBANA	CENTRO POBLADO		2				1					1								0.00			
				3326005	INSPECCION ESPECIALIZADA ZONA RURAL	CENTRO POBLADO		0																	0.00			
				3326006	ANALISIS DE PARAMETROS BACTERIOLOGICOS	CENTRO POBLADO		732	60	60	62	62	62	62	62	62	60	60	60	60					0.00			
				3326007	ANALISIS DE PARAMETROS PARASITOLOGICOS	CENTRO POBLADO		732	60	60	62	62	62	62	62	62	60	60	60	60					0.00			
				3326008	ANALISIS FISICO / QUIMICOS	CENTRO POBLADO		732	60	60	62	62	62	62	62	62	60	60	60	60					0.00			
				3326009	ANALISIS DE METALES PESADOS	CENTRO POBLADO		732	60	60	62	62	62	62	62	62	60	60	60	60					0.00			
				3326010	ANALISIS Y REPORTES DE RIESGOS SANITARIOS	INFORME		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					0.00			
				3326011	ASISTENCIA TECNICA EN DESINFECTACION Y COLORACION EN CENTROS POBLADOS DEL AMBITO RURAL CON SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO	PERSONA CAPACITADA		214	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	17					0.00			

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL		OB.01 MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN																										
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL		AB.01.07 ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE MANERA INTEGRAL EN LAS POBLACIONES																										
UNIDAD RESPONSABLE		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD																										
CENTRO DE COSTO		DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD																										
CATEG. PRESUPUESTAL		PROGRAMAS PRESUPUESTALES																										
PROGRAMA		018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES																										
COD. PROYECTO	PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD. SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS							
									ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	DEMANDA SIGA (A)	RO PIA 2018 (B)	RDR PIA 2018 (C)	Dy T (SIS) (D)	BRECHA = A-(B+C+D)			
3000001	ACCIONES COMUNES	5004452	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			INFORME		4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	21479.00	31876.0			10397.0
				4386902	MONITOREO DEL PROGRAMA NO TRANSMISIBLES		X	4			1			1			1					1						
				4386903	EVALUACION DEL PROGRAMA DE NO TRANSMISIBLES			2					1									1						
				4386904	SUPERVISION DEL PROGRAMA DE NO TRANSMISIBLES			4			1			1			1					1						
				4386905	EVALUACION DEL DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO			0																				
		5004453	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			NORMA		4	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24795.00	0			-24795.0
				0043986	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		X	4			2	2																
				0043987	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS NORMATIVOS EN SALUD.			0																				
3000015	VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	5000113	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERME			PERSONA ATENDIDA		10885	906	906	906	906	906	906	906	907	908	908	908	908	906	906	53217.91	500.0				-52717.9
				5001501	PERSONAS DE 12 Y 17 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO.		X	1667	138	138	138	138	138	138	139	140	140	140	140	140	140							
				5001502	PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO		X	3002	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	252							
				5001503	PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO.		X	1534	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	126							
				5001504	PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO		X	1777	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	149							
				5001505	PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL		X	1370	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	114	112								
				5001506	POBLACION QUE ACCEDE A LABORATORIOS CLINICOS QUE CUENTAN CON PROGRAMA DE EVALUACION DE CALIDAD PARA EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES																							
				5001507	PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL		X	1535	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	128	127								

3000016	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	500114	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL	PERSONA ATENDIDA	401	35	35	35	35	35	35	35	35	36	30	30	30	30	29942.76	500.0	-28042.8	
				5001601	MANEJO DE EMERGENCIA O URGENCIA HIPERTENSIVA	41	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4				
				5001602	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA	1						1										
				5001603	PACIENTE HIPERTENSO DE NO ALTO RIESGO NO CONTROLADO, QUE RECIBE TRATAMIENTO	X																
				5001604	PACIENTE HIPERTENSO DE NO ALTO RIESGO Y CONTROLADO QUE RECIBE TRATAMIENTO	X	401	35	35	35	35	35	35	35	36	30	30	30	30			
				5001605	PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABOLICA ORGANIZADOS QUE RECIBEN EDUCACION PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD																	
				5001606	PERSONAS HIPERTENSAS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO																	
				5001607	PACIENTES HIPERTENSAS CON ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR																	
3000017	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	500115	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS	PERSONA ATENDIDA	91	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	1537706.11	1098.0	-1536608.1	
				5001701	MANEJO BASICO DE CRISIS HIPOGLUCEMICA O HIPERGLUCEMICA EN PACIENTES DIABETICOS	2				1				1								
				5001702	PACIENTE DIABETICO NO COMPLICADO NO CONTROLADO CON TRATAMIENTO	X																
				5001703	PACIENTE DIABETICO NO COMPLICADO CONTROLADO CON TRATAMIENTO.	X	91	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	8	8			
				5001704	PACIENTES DIABETICOS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO																	
				5001705	VALORACION DE COMPLICACIONES EN PERSONAS CON DIABETES																	
				5001706	MANEJO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD																	

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2022

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		OEI.01 MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGION																														
ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		AEI.01.10 ATENCION INTEGRAL PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA EN TBC, VIH/SIDA, HEPATITIS Y SIFILIS																														
UNIDAD RESPONSABLE		DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD																														
CENTRO DE COSTO		DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD																														
CATEG. PRESUPUESTAL		PROGRAMAS PRESUPUESTALES																														
PROGRAMA		016. TBC - VIH / SIDA																														
COD.PR OD	PRODUCTO	COD. ACTIVID AD	ACTIVIDAD	COD.SUB PRODUCT O	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZ ADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS											
									ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	DEMANDA GLOBAL	RO	RDR	DyT (SIS)	BRECHA = A/(B+C+D)							
									SIGA (A)	PIA 2022 (B)	PIA 2022 (C)	(D)																				
300001	ACCIONES COMUNES	5004433	MONITOREO SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE VIH/SIDA - TUBERCULOSIS			INFORME		4	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1										
				4395002	MONITOREO DEL PROGRAMA DE TB / VIH SIDA		X	4				1			1			1		1												
				4395003	EVALUACION DEL PROGRAMA DE TB / VIH SIDA			2		1					1																	
				4395004	SUPERVISION DEL PROGRAMA DE TB / VIH SIDA			4			1			1				1		1												
				4395005	EVALUACION DE DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO			0	0																							
		5004434	DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS VIH/SIDA Y TUBERCULOSIS			NORMA		4	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
				4395101	DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS EN VIH SIDA Y TUBERCULOSIS		X	4			2	2																				
				4395102	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS NORMATIVOS			0																								
300062	SINTOMATICOS RESPIRATORIOS CON DESPISTAJE DE TUBERCULOSIS	5004436	DESPISTAJE DE TUBERCULOSIS EN SINTOMATICOS RESPIRATORIOS			PERSONA ATENDIDA		2711	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	277,648.10	69414.00			-208234.10
				4396201	IDENTIFICACION Y EXAMEN DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS EN LAS ATENCIONES A PERSONAS > 15 AÑOS Y POBLACION VULNERABLE		X	2711	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226	226						
				4396202	SEGUIMIENTO DIAGNOSTICO AL SINTOMATICOS RESPIRATORIOS CON 2 RESULTADOS DE BACILOSCOPIA NEGATIVA			269	22	22	22	22	22	22	22	22	23	23	23	23	23	23	23	23	23							
300063	PERSONAS EN CONTACTO DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO (GENERAL, INDIGENA, PRIVADA DE SU LIBERTAD)	5004437	CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO DE CONTACTOS DE CASOS TUBERCULOSIS (GENERAL, INDIGENA, PRIVADA DE SU LIBERTAD)			PERSONA ATENDIDA		192	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	22974.78	500.00			-22474.78	
				4396301	ATENCION DE CONTACTOS		X	192	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16							
				4396302	ADMINISTRACION DE TERAPIA PREVENTIVA			5			1		1		1		1		1		1											
300064	PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS	5004438	DIAGNOSTICO DE CASOS DE TUBERCULOSIS			PERSONA ATENDIDA		34	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32163.22	3422.00			-28741.22		
				4396401	DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR		X	34	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3							
				4396402	DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR		X	0																								
300065	PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD TRATADAS	5004439	TRATAMIENTO DE CASOS DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD			PERSONA ATENDIDA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
				4396601	ATENCION CURATIVA ESQUEMA TB SENSIBLE PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD		X	0																								
				4396604	ATENCION CURATIVA DROGAS DE SEGUNDA TB RESISTENTE PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD		X	0																								
				4396605	ATENCION DE REACCIONES ADVERSAS A FARMACOS ANTI-TUBERCULOSOS PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD			0																								
				4396606	ATENCION DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN TRATAMIENTO TB QUE PRESENTAN COMPLICACIONES Y REQUIEREN HOSPITALIZACION			0																								

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2022

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL		OEI.01.00 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DECUSCO																							
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL		AEI.01.05 ATENCIÓN PREVENTIVA PERMANENTE DE ENFERMEDADES (TRANSMISIBLES INFECCIOSAS) PREVALENTES EN EL DEPARTAMENTO																							
UNIDAD RESPONSABLE		DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL																							
CENTO DE COSTO		DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL																							
CATEG. PRESUPUESTAL		PROGRAMAS PRESUPUESTALES																							
PROGRAMA		018. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES																							
COD.PROD	PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD.SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS				
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DEMANDA GLOBAL	RO	RDR	DyT(SIS)	BRECHA = A-(B+C+D)
																					SIGA (A)	PIA 2020 (B)	PIA 2020 (C)	(D)	
3043997	TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS	5000103	EXAMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACION DE METALES PESADOS					1275	106	106	106	106	106	106	106	109	106	106	106	106	0.00	0	0	0.00	0.00
				4399701	EVALUACION INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION A PERSONAS EXPUESTAS A METALES PESADOS	PERSONA ATENDIDA	X	1275	106	106	106	106	106	106	106	109	106	106	106	106					0.00
				4399702	TOMA DE MUESTRAS PARA DOSAJE DE METALES PESADOS, PERSONAS EXPUESTAS A FUENTES CONTAMINANTES	MUESTRAS TOMADAS		1020			255			255			255			255					0.00
				4399703	PERSONAS EXPUESTAS A METALES PESADOS CON PRUEBA DE LABORATORIO CONFIRMADO POR EL INS	PERSONA ATENDIDA		1020																	0.00
				4399704	ATENCIÓN DE SALUDA PERSONAS CON VALORES DE PLOMO DE 1 A 9.9 UG/DL (CATEGORÍA DE EXPOSICIONAL PLOMO I)	PERSONA ATENDIDA		0																	0.00
				4399705	ATENCIÓN DE SALUDA PERSONAS CON VALORES DE PLOMO DE 10 A 19.9 UG/DL (CATEGORÍA DE EXPOSICIONAL PLOMO II)	PERSONA ATENDIDA		0																	0.00
				4399706	ATENCIÓN DE SALUDA PERSONAS CON VALORES DE PLOMO DE 20 A 44.9 UG/DL (CATEGORÍA DE EXPOSICIONAL PLOMO III)	PERSONA ATENDIDA		0																	0.00
				4399707	ATENCIÓN DE SALUDA PERSONAS CON VALORES DE PLOMO DE 45 A 69.9 UG/DL (CATEGORÍA DE EXPOSICIONAL PLOMO IV)	PERSONA ATENDIDA		0																	0.00

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS- ACTIVIDADES OPERATIVAS 2022

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		08.01.00 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO																											
ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		A8.01.05 ATENCION INTEGRAL MATERNA Y NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO																											
UNIDAD RESPONSABLE																													
CENTRO DE COSTO																													
CATEG. PRESUPUESTAL		PROGRAMAS PRESUPUESTALES																											
PROGRAMA		002. SALUD MATERNO NEONATAL																											
COD. PROYECTO	PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD. SUB PRODUCTO	SUB PRODUCTO	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS								
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	DEMANDA GLOBAL	RO	RDR	DyT (SIS)	BRECHA = A-(B+C+D)				
									SIGA (A)	PIA 2020 (B)	PIA 2020 (C)	(D)																	
35-06	ACCIONES COMUNES	5004389	DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS EN SALUD MATERNO NEONATAL					2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3790.26	500	0	0.00	3290.26
				3328701	DESARROLLO DE NORMAS Y GUAS TECNICAS CON ADECUACION CULTURAL	NORMA		2			1						1												0.00
				3328702	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS CON ADECUACION CULTURAL	INFORME		0																	3,790.26	500.00			3,290.26
		5004430	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA SALUD MATERNO NEONATAL					2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	497,724.76	386566	0	0	101158.76
				4427702	MONITOREO DEL PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL	INFORME	X	2			1						1								486,266.48	386,566			99,700.48
				4427703	EVALUACION DEL PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL	INFORME		2			1						1								393.64				393.64
				4427704	SUPERVISION DEL PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL	INFORME		1			1														1,064.64				1,064.64
35-06	POBLACION INFORMADA SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y METODOS DE	5000059	BRINDAR INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL, SALUD REPRODUCTIVA Y					28867	2400	2410	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	68,274.00	32437	0	0	33837.00	
				5000201	POBLACION INFORMADA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR MEDIOS DE DIFUSION MASIVA	PERSONA INFORMADA	X	28867	2400	2410	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	2400	2410	64,874.00	32437			32,437.00	
				5000202	COMUNICADORES Y PERIODISTAS INFORMADOS EN TEMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	PERSONA INFORMADA		8		1	2		1		2		1		1		1		2,000.00				2,000.00		
				5000203	POBLACION INFORMADA EN SALUD REPRODUCTIVA POR MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACION	PERSONA INFORMADA		9000	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	1,400.00				1,400.00	
35-06	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENICION DEL EMBARAZO	5000058	BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENICION DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES					2237	186	186	186	189	186	186	186	186	188	186	186	186	186	186	186	8635.86	500	0	0	8135.86	
				5000602	ATENCION INTEGRAL PARA LA PREVENICION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	ADOLESCENTE ATENDIDA	X	2237	186	186	186	189	186	186	186	186	188	186	186	186	186	186	186	8,635.86	500.00			8,135.86	

			5000202	COMUNICADORES Y PERIODISTAS INFORMADOS EN TEMAS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	PERSONA INFORMADA	8		1	2	1	2	1	1	2,000.00				2,000.00						
			5000203	POBLACION INFORMADA EN SALUD REPRODUCTIVA POR MEDIOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACION	PERSONA INFORMADA	9000	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	1,400.00	1,400.00					
35406	ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	5000058		BRINDAR SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO A ADOLESCENTES		2237	186	186	186	189	186	186	186	186	188	186	186	186	8635.86	500	0	0	8135.86	
			5000602	ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO A ADOLESCENTE	ADOLESCENTE ATENDIDA	X	2237	186	186	186	189	186	186	186	186	188	186	186	186	8,635.86	500.00			8,135.86
35406	ADOLESCENTES CON ATENCIÓN PREVENTIVA DE ANEMIA Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	50006271		ADMINISTRAR SUPLENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FOLICO A ADOLESCENTES		1997	166	166	166	171	166	166	166	166	166	166	166	166	10176586.3	6101508	0	0	4075078.28	
			87901	ADOLESCENTE CON SUPLENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FOLICO	ADOLESCENTE ATENDIDA	X	1997	166	166	166	171	166	166	166	166	166	166	166	5,097.40	500.00			4,597.40	
35406	ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	5000037		BRINDAR ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA		2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	184	186	184	#####	3050504	0	0	2481493.20	
			3317201	ATENCIÓN A LA GESTANTE	GESTANTE CONTROLADA	X	2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	184	186	184	212,220.66	#####			-2,838,283.34
			3317202	VACUNA ANTI TETANUS A LA GESTANTE	GESTANTE PROTEGIDA		770	55	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	21,064.20				21,064.20	
			3317203	VISTA DOMICILIARIA	GESTANTE CONTROLADA		2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	186	184	25,613.06				25,613.06	
			3317204	EXAMENES DE LABORATORIO COMPLETO	GESTANTE ATENDIDA		2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	186	184	#####				4,371,397.84	
			3317205	ECOGRAFIA OBSTETRICA	GESTANTE ATENDIDA		2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	186	184	9,229.92				9,229.92	
			3317206	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GESTANTE	GESTANTE ATENDIDA		1529	110	129	129	129	129	129	129	129	129	129	129	172,014.88					
			3317209	EVALUACION DEL BIENESTAR FETAL	GESTANTE EXAMINADA		787	65	65	65	65	68	65	65	68	65	65	65	317,918.92				317,918.92	
			3317210	GESTANTE CON SUPLENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO	GESTANTE SUPLEMENTADA		2199	170	184	184	187	184	184	184	184	184	186	184	402,503.72				402,503.72	

35-06	POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	5000042	MEJORAMIENTO DEL ACCESO DE LA POBLACION A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR				10324	860	859	860	861	864	864	862	860	861	859	857	857	200,615.74	149,335	0	0	51280.74		
				3329101	ADQ/MASCULINO	PAREJA PROTEGIDA	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329102	COMPLICACION ADQ/MASCULINO	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329103	ADQ/FEMENINO	PAREJA PROTEGIDA	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329104	COMPLICACION DE ADQ/FEMENINO	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329105	DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (METODO DIU)	PAREJA PROTEGIDA	X	91	7	7	7	9	9	9	8	7	7	7	7	7	4,557.82	149,335.00			-144,777.18	
				3329106	ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE	PAREJA PROTEGIDA	X	3436	286	286	286	287	287	287	286	286	286	286	286	286	53,421.06				53,421.06	
				3329107	METODOS DE BARRERA	PAREJA PROTEGIDA	X	3118	259	259	259	259	261	261	261	261	261	259	259	259	101,373.00				101,373.00	
				3329108	ANTICONCEPTIVO HORMONAL ORAL	PAREJA PROTEGIDA	X	1226	102	102	102	102	103	102	102	102	103	102	102	102	2,547.36				2,547.36	
				3329109	ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA (AOE)	PERSONA ATENDIDA		229	19	20	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	5,233.00				5,233.00	
				3329110	METODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA	PAREJA PROTEGIDA	X	1010	84	84	85	84	84	84	85	84	84	84	84	84	4,344.20				4,344.20	
				3329111	METODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (MELE)	PAREJA PROTEGIDA	X	320	27	27	27	26	27	26	27	26	27	26	27	27	282.44				282.44	
				3329112	COMPLICACIONES POR USO DE DIU	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329113	ANTICONCEPTIVO HORMONAL MENSUAL INYECTABLE	PAREJA PROTEGIDA	X	354	30	30	30	30	30	30	28	30	30	30	28	28	2,092.20				2,092.20	
				3329114	CONDON FEMENINO	PAREJA PROTEGIDA	X	48	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,880.00				4,880.00	
				3329115	IMPLANTE	PAREJA PROTEGIDA	X	721	61	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	17,899.08				17,899.08	
				3329116	EFFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00				0.00		
				3329117	EXTRACCION O REMOCION DEL IMPLANTE	PACIENTE ATENDIDO		560	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	3,985.58				3,985.58	
35-06	POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	5000043	INCORPORACION DEL ACCESO DE LA POBLACION A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				27415	1309	1309	1309	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1309	1309	159,475.76	81893	0	0	77982.76	
				3329201	ORIENTACION CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	PERSONA ATENDIDA	X	27415	1309	1309	1309	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1310	1309	1309	107,639.54	81,893.00			25,746.54
				3329202	CAPTACION DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR	PERSONA ATENDIDA		4448	368	370	371	371	371	371	371	371	371	371	371	371	876.70				876.70	
				3329203	ATENCION PREGESTACIONAL	PERSONA ATENDIDA		322	27	26	27	27	27	27	27	27	27	27	26	26	50,959.52				50,959.52	
35-06	ATENCION DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	5000044	BRINDAR ATENCION A LA GESTANTE CON COMPLICACIONES				496	42	40	42	42	41	40	42	41	42	41	41	42	135,726.52	468876	0	0	-339149.48		
				3329404	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329406	HEMORRAGIAS DE LA 1ER MITAD DEL EMBARAZO SIN LAPAROTOMIA	CASO TRATADO	X	41	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	9,270.26	468,876.00			-459,605.74	
				3329407	HEMORRAGIA DE LA 2DA MITAD DEL EMBARAZO	CASO TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329408	HIPERMESIS GRAVIDICA	TRATADO	X	32	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	172.32				172.32	
				3329409	INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO	CASO TRATADO	X	410	34	34	34	35	34	34	34	34	35	34	34	34	87,742.26				87,742.26	
				3329413	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y OTRAS RELACIONADAS	CASO TRATADO	X	13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2,224.22				2,224.22	
				3329414	HEMORRAGIAS DE LA 3ERA MITAD DEL EMBARAZO CON LAPAROTOMIA	CASO TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329415	TRASTORNO HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO	CASO TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329416	TRASTORNOS METABOLICOS DEL EMBARAZO	TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329417	OTRAS ENFERMEDADES DEL EMBARAZO	CASO TRATADO	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0.00		
				3329418	GESTANTE CON ANEMIA	TRATADO		706	58	59	58	59	59	59	59	59	59	59	59	59	36,317.46				36,317.46	

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL 2022 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

MATRIZ 01 - FORMULACION DE ACCIONES ESTRATEGICAS - ACTIVIDADES OPERATIVAS 2022

OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		01.01.00 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO																															
ACCION ESTRATEGICA INSTITUCIONAL		01.01.05 ATENCION PREVENTIVA PERMANENTE DE ENFERMEDADES (TRANSMISIBLES INFECCIOSAS) PREVALENTES EN EL DEPARTAMENTO																															
UNIDAD RESPONSABLE																																	
CENTRO DE COSTO																																	
CATEG. PRESUPUESTAL		PROGRAMAS PRESUPUESTALES																															
PROGRAMA		017. ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOSIS																															
COD. PROD	PRODUCTO	COD. ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	COD. SUBPRODUCTO	SUB PRODUCTO	COD. U MEDIDA	UNIDAD DE MEDIDA	TRAZADOR	META FISICA ANUAL	CRONOGRAMA MENSUAL DE ACTIVIDAD Y SUB PRODUCTOS												PRESUPUESTO REQUERIDO BIENES Y SERVICIOS Y ACTIVOS NO FINANCIEROS					META A DISTRIB.						
										SIGA (A)	RO (B)	RDR (C)	DyT (SIS) (D)	BRECHA = A-(B+C+D)																			
															1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
300000	ACCIONES COMUNES	5000085	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL METAVENCAS Y ZOONOSIS			060	INFORME		4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	92,062.10	0.00	0.00	0.00	92,062.10	
				4397502	MONITOREO DEL PROGRAMA DE METAVENCAS Y ZOONOSIS	60	INFORME	X	4				1				1				1						13,794.00	0			13,794.00	4	
				4397503	EVALUACION PROGRAMA DE METAVENCAS Y ZOONOSIS	60	INFORME		2			1					1										63,687.48	0			63,687.48	2	
				4397504	SUPERVISION PROGRAMA DE METAVENCAS Y ZOONOSIS	60	INFORME		4			1					1										14,580.62	0			14,580.62	4	
		5004451	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN METAVENCAS Y ZOONOSIS			080	NORMA		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29,243.88	0.00	0.00	0.00	29,243.88		
				4397601	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN METAVENCAS Y ZOONOSIS	80	NORMA		1								1										29,243.88	0			29,243.88	1	
304397	FAMILIA CON PRACTICAS SALDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS	5000087	PROMOCION DE PRACTICAS SALDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS EN FAMILIAS DE ZONAS DE RIESGO			056	FAMILIA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,539.16	0.00	0.00	0.00	4,539.16		
				4397702	FAMILIAS QUE RECIBEN SESIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES ZOONOTICAS.	56	FAMILIA	X	0																			4,539.16	0			4,539.16	4917
		5005989	VIGILANCIA COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS			019	COMUNIDAD		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,678.70	0.00	0.00	0.00	1,678.70		
				4397703	COMUNIDADES PRIORIZADAS EN EL DISTRITO QUE ESTÁN IMPLMENTANDO LA VIGILANCIA COMUNITARIA ASOCIADA A ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS	19	COMUNIDAD	X	0																			296.24	0			296.24	145
				4397704	MUNICIPIOS QUE IMPLMENTAN ACCIONES PARA MEJORAR O MITIGAR LAS CONDICIONES QUE GENERAN RIESGO PARA ENFERMAR DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS	215	MUNICIPIO		0																			1,086.22	0			1,086.22	25
				4397705	DOCENTES, DIRECTIVOS, CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS A DESARROLLAR ACCIONES PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS SALDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS	88	PERSONA CAPACITADA		0																			296.24	0			296.24	440
3043980	POBLADORES DE AREAS CON RIESGO DE TRANSMISION INFORMADA LOS MECANISMOS DE TRANSMISION DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS	5000090	INFORMACION DE LOS MECANISMOS DE TRANSMISION DE ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS EN POBLADORES DE AREAS CON RIESGO			088	PERSONA CAPACITADA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55,207.18	0.00	0.00	0.00	55,207.18		
				4398001	POBLACION INFORMADA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS POR MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION	259	PERSONA INFORMADA	X	0																			19,598.00	0			19,598.00	31688
				4398002	POBLACION INFORMADA SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES METAVENCAS Y ZOONOTICAS POR MEDIOS ALTERNATIVOS	259	PERSONA INFORMADA		0																			9,507.30	0			9,507.30	1380
				4398003	COMUNICADORES Y PERIODISTAS INFORMADOS SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES	259	PERSONA INFORMADA		0																			26,101.88	0			26,101.88	8

304380	VIVENDAS PROTEGIDAS DE LOS PRINCIPALES CONDICIONANTES DEL RIESGO EN LAS AREAS DE ALTO Y MUY ALTO RIESGO DE ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOOZOSIS	5000091	INTERVENCIONES EN VIVENDAS PROTEGIDAS DE LOS PRINCIPALES CONDICIONANTES DEL RIESGO EN LAS AREAS DE ALTO Y MUY ALTO RIESGO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	255	VIVENDAS		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,711.92	0.00	0.00	0.00	8,711.92	
				4398108	VIVENDAS EN AREAS DE TRANSMISION DE BARTONELLOSIS Y/O LEISHMANIOSIS CON VIGILANCIA ENTOMOLOGICA	255	VIVENDAS		0													2,814.38	0		2,814.38	120	
				4398109	VIVENDAS EN AREAS DE TRANSMISION DE BARTONELLOSIS Y/O LEISHMANIOSIS PROTEGIDAS CON TRATAMIENTO RESIDUAL	255	VIVENDAS	X	0													5,897.54	0		5,897.54	250	
304380	VACUNACION DE ANIMALES DOMESTICOS	5000092	VACINAR A ANIMALES DOMESTICOS	334	ANIMAL VACUNADO			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	591,837.30	0.00	0.00	0.00	591,837.30	
				4398201	CANES VACUNADOS CONTRA LA RABIA	462	ANIMAL VACUNADO	X	0													591,837.30	0		591,837.30	29371	
304380	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	5000093	EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES METAXENICAS	394	PERSONA TRATADA			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	166,301.62	0.00	0.00	0.00	166,301.62	
				4398301	LOCALIZACION Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE MALARIA	459	PERSONA DIAGNOSTICADA	X	0													3,281.68	0		3,281.68	4	
				4398302	TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS DE MALARIA CON PLASMODIUM VIVAX	460	PERSONA TRATADA		0													885.48	0		885.48	3	
				4398312	PERSONA PROTEGIDA CON VACUNA ANTHAMARILICA	191	PERSONA PROTEGIDA		0													65,196.50	0		65,196.50	898	
				4398314	LOCALIZACION Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE LEISHMANIOSIS CUTANEA Y MUCOCUTANEA	459	PERSONA DIAGNOSTICADA	X	0													83,739.16	0		83,739.16	23	
				4398315	TRATAMIENTO DE CASOS DE LEISHMANIOSIS CUTANEA Y MUCOCUTANEA CON DROGAS DE RA LINEA	460	PERSONA TRATADA		0													13,138.80	0		13,138.80	20	
304380	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES ZOOTICAS	5000094	EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS DE ENFERMEDADES ZOOTICAS	394	PERSONA TRATADA			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,231,892.74	0.00	0.00	0.00	3,231,892.74	
				4398401	PERSONA EXPLESTA A RABIA RECIBE ATENCION INTEGRAL	460	PERSONA TRATADA	X	0													58,154.30	0		58,154.30	681	
				4398402	DETECCION Y DIAGNOSTICO DE CASOS DE RABIA	78	MUESTRA		0													46,682.96	0		46,682.96	66	
				4398404	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE POR ARACNIDOS	460	PERSONA TRATADA	X	0													4,092.62	0		4,092.62	23	
				4398408	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE ACCIDENTE POR OTRAS ESPECIES DE ANIMALES	460	PERSONA TRATADA	X	0													574.36	0		574.36	26	
				4398421	TAMIZAJE EN AREAS DE RIESGO DE FASCIOLOSIS	459	PERSONA DIAGNOSTICADA		0													36,389.02	0		36,389.02	355	
				4398423	PERSONA TRATADA CON DIAGNOSTICO DE FASCIOLOSIS	460	PERSONA TRATADA	X	0													3,225.64	0		3,225.64	28	
				4398424	TAMIZAJE DE TENASIS/OSTERCOSIS EN ZONAS DE RIESGO	459	PERSONA DIAGNOSTICADA		0													30,175.08	0		30,175.08	355	
				4398425	TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TENASIS	460	PERSONA TRATADA	X	0													51.36	0		51.36	25	
				4398428	TAMIZAJE DE EQUINOCOCCOSIS EN AREAS DE RIESGO	459	PERSONA DIAGNOSTICADA		0													3,052,547.40	0		3,052,547.40	355	

399999	SIN PRODUCTO	66	5001154	REPARACION PARA LAS VICTIMAS DE LA VIOLENCIA			ATENCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00					
							tamizaje		626	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53						
							atendidos		626	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53						
							comunidad		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
399999	SIN PRODUCTO	67	5001189	SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y			ACCION		0																0.00					
							Microbiología	ACCION	43028	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###						
							Hematología	ACCION	44249	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###						
							Inmunología	ACCION	17146	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###	###						
							Bioquímica	ACCION	11835	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986	986					
							Rayos x	ACCION	661	55	56	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55						
							Ecografía	ACCION	3528	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294	294						
399999	SIN PRODUCTO	68	5001285	VIGILANCIA Y CONTROL DEL	SUB TOTAL				259	0															0.00					
							GESTION Y MANEJO DE RESIDUOS	TALLERES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES A MICROREDES Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS	INFORME	1				1																
								ASISTENCIA TÉCNICA, MONITOREO, SUPERVISIÓN EN LA GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS A MICRO REDES Y EE.SS	INFORME	4			1		1			1						1						
								ELABORACION DOCUMENTOS TECNICO ADMINISTRATIVOS DE GESTION Y MANEJO RESIDUOS SÓLIDOS DE EE.SS.	INFORME	49	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4					
								INSPECCION SANITARIA EN LA GESTION Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS A LOS HOSPITALES.	INFORME	9				3				3						3						
								INSPECCION SANITARIA A EE.SS EN LA GESTION Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS.	INFORME	188	15	16	16	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15							
								INSPECCION SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS MEDICOS DE APOYO	INFORME	8		2		2		2		2												
								ELABORACION DOCUMENTOS TECNICO ADMINISTRATIVOS DE GESTION Y MANEJO RESIDUOS SÓLIDOS DE EE.SS.	INFORME	10		2		2		2		2		2										
								INSPECCION SANITARIA A EE.SS EN LA GESTION Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS.	INFORME	10		2		2		2		2		2										
								INSPECCION DE CEMENTERIOS		48																0.00				
								Asistencia técnica (Reunión multisectorial) con los administradores de cementerios de las municipalidades y/o particulares, comunidades.	ACCION	1				1																
								Vigilancia sanitaria De cementerios.	ACCION	47	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4							
								INSPECCION DE JUGUETES Y MATERIAL DE	SUB TOTAL	9																0.00				
								Reunión de Fortalecimiento técnico al personal de salud en la vigilancia de JUE	ACCION	1				1																
								Reunión Multisectorial con los entes competentes en JUE	ACCION	3				1				1												
								Elaboración de Plan Táctico de JUE	ACCION	1		1																		
								Inspecciones inopinadas de la comercialización de JUE	ACCION	3				1				1					1							
								Envío de muestras de JUE, a laboratorio DIGESA	ACCION	1																				

399999	SIN PRODUCTO	69	5001286	VIOLANCIA I CONTROL EPIDEMIOLOGICO		ACCION	0													2,580.00			
						Informe	52	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5				
						Informe	X	14	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1				
						Informe	4			1			1			1		1					
						Informe	2	0	0		1	0	0			1							
						Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						Informe	8	1		1		1		1		1		1		1			
						Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						Informe	364	31	28	31	30	31	30	31	30	31	30	31	30	31	30		
						Informe	52	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4			
						Informe	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
						Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
399999	SIN PRODUCTO	70	5001569	COMERCIALIZACION DE		ACCION	0																

399999	SIN PRODUCTO	50	5000002	CONDUCCION Y ORIENTACION SUPERIOR			ACCION	0													2,000.00				
							Informe	4			1			1			1				1				
							Informe	50		20	30	10													
							Informe	4			1			1			1				1				
							Informe	2			1			1											
							Informe	2			1			1											
							Informe	2						1								1			
							Informe	4			1			1			1				1				
							Informe	1						1											
							Informe	4			1			1			1				1				
							Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
							Informe	3						1			1					1			
399999	SIN PRODUCTO	51	5000003	GESTION ADMINISTRATIVA	Monitoreo y Asistencia Técnica EESS 4 "Para Implementación del Sistema de	Informe		4	0														1,224,427.00	75,175.00	
				UNIDAD DE ECONOMIA	SUB TOTAL																				
					Consolidar los Ingresos	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
					Elaboración de recibos de Ingreso	ACCION		120	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
					Elaboración de comprobantes de pago	ACCION		2200	183	183	183	183	183	183	183	183	183	183	184	184	184	184	184	184	184
					Giro de cheques/trasferencias CCI	ACCION		2750	229	229	229	229	229	229	229	229	229	229	229	229	230	230	230	230	230
					Conciliaciones bancarias	ACCION		96	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
					pago a proveedores	ACCION		800	67	67	67	67	67	67	67	67	67	66	66	66	66	66	66	66	66
					Certificación de pago de haberes	ACCION		140	12	12	12	12	12	12	12	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11
					Ejecución presupuestal DyT y RDR	ACCION		24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
					Conciliación de cuentas de enlace/SAFOP	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					CONCILIACION Y CIERRE MENSUAL DEL MODULO DE INSTRUMENTO FINANCIEROS.	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Resumen de recaudación DyT y RDR	ACCION		24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
					Arqueos de Caja	ACCION		40	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
					Ejecución de Compromisos Vs. Mercado a toda fuente	ACCION		36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
					Ejecución de Compromisos Vs. Calendario	ACCION		36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
					Elaboración de Balance Presupuestal	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Elaboración de Balance Financiero	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Elaboración de Balance de Cuentas de Orden	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Elaboración de Balance Constructivo	ACCION		1			1														
					CONCILIACION PRESUPUESTAL Y FINANCIERO APLICACIÓN WEB CONTABLE.	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					CONCILIACION DE LAS TRANSFERENCIAS FINANCIERAS RECIBIDAS EN EL SISTRAM	ACCION		4			1			1			1				1				
					CONCILIACION DE LAS OPERACIONES RECIPROCAS ENTRE UNIDADES DEL	ACCION		4			1			1			1				1				
					Pago de cheques a proveedores/traf. De Pro por transferencia de a Estrategias Sanitarias	ACCION		8			2			2			2				2				
					Rendiciones documentadas de CP de las Estrategias Sanitarias	ACCION		8			2			2			2				2				
					Elaboración de Registro de compras	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Elaboración de registro de Ventas	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Conciliación de información del PDT 601 /COA	ACCION		24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
					Declaración del COA	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Declaración del PDT 621	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
					Conciliación Presupuestaria	ACCION		12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ANEXO

FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL							
COD PRODUCTO:							
Nombre del Indicador:							
Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Resultado intermedio							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
83	87	26.4	42.4	90	91	92	93
ANALISIS: En cuanto al indicador de Lactancia Materna se evidencia un descenso en el registro en relacion a los años 2019 al 2020 en vista del escaso seguimiento a los menores de 6 meses y por la recarga debido a la implementacion de la vacunación contra la COVID-19							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimento fue la leche materna.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Promoción indiscriminada, por las compañías fabricantes y comercializadoras, de las fórmulas No se ha logrado el funcionamiento de los comités de lactancia materna en todo los EESS que Dificultades para la implementación de medidas correctivas y de sanción a EESS y personal de salud que infringe la normatividad (debido a que los artículos del RAI son declarativos y no punitivos)							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Niños menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna							
Total de niños menores de 6 meses							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{\text{N}^{\text{a}} \text{ de niños menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna}}{\text{Total de Niños menores de 6 meses}} \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística HIS							
SINTAXIS							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:

ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. Si dura 14 días o más, se la denomina persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y puede producir la muerte de los niños y niñas con diarrea.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Resultado intermedio

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
5.2	5.9	3.4	6.6	6.5	6	5.5	5

ANÁLISIS: En relación a la atención de enfermedades diarreicas agudas se observa el un incremento en los registros his a 6.6 % , 3% puntos porcentuales mayor al año 2,020, ello debido a una reactivación parcial de apertura en servicios no respiratorios lo que de alguna manera evidencia que persisten practicas no saludables a nivel familiar como mala manipulación de alimentos, consumo de agua no segura e inadecuado saneamiento básico deficientes por la paralización de áreas en los gobiernos locales entre otros.

JUSTIFICACIÓN

Determinar el porcentaje de niños menores de 5 años que tuvieron enfermedad diarreica aguda (EDA).

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las niñas y niños.
 Persiste alto porcentaje de hogares con pobre saneamiento básico.

PRECISIONES TÉCNICAS

Niños menores de 5 años con enfermedad diarreica aguda- EDA

Total de niños menores de 5 años

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Niños menores de 36 meses con síntomas de Enfermedades Diarreicas Agudas -
 -----*100
 Denominador: Total de niños menores de 5 años

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS

Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de la población menor de 5 años que

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:

ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Las infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de infecciones
a) IRA no complicada (resfrío común, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis, otitis media),
b) IRA complicada (neumonía – respiración rápida, neumonía grave – tiraje subcostal, neumonía muy grave – estridor en estado de reposo).

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Resultado intermedio

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
12.4	15.4	25.4	33.7	35	35	35	35

ANÁLISIS: En la atención de Infecciones respiratorias agudas se observa un incremento en la proporción de menores de 5 años que tuvieron alguna infección respiratoria hasta un 8 % en relación al año anterior , en vista de casos COVID en niños a pesar que la sintomatología pudiera asociarse , lo que de alguna manera hizo que se captaran más casos por resfríos comunes, haciendo el incremento observado.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de menores de 5 años que tuvieron alguna infección respiratoria aguda (IRA).

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar
Cambios climáticos afectan especialmente a las niñas y niños, que proceden de familias en situación de pobreza y extrema pobreza.

PRECISIONES TÉCNICAS

Niños menores de 5 años con síntomas de infecciones respiratorias agudas - Total de niños menores de 5 años.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Niños menores de 5 años con síntomas de Infecciones Respiratorias Agudas - IRA
-----*100
Denominador: Total de niños menores de 5 años

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS

Indicador de resultado intermedio que mide el incremento de casos de IRAs en niños menores de 5 años.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:

Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.)

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Se define como bajo peso al nacer a todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga un peso inferior a 2 500 g.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

indicador intermedio

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1.4	0.02	1.3	4.5	4.3	4.1	4	3.9

ANALISIS: En cuanto a la proporción de niños nacidos con bajo peso al nacer del total de partos ocurridos ha incrementado en vista de que el año 2,021 se han incrementado los partos con Recien nacidos prematuros , incluidos gemelares teniendo un total de 113 niños BPN de los 2491 lo que motiva el incremento de niños de BPN en relacion a los 5 años anteriores.

JUSTIFICACIÓN

El numerador considera los RN con bajo peso al nacer del total de partos ocurridos

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Incremento del embarazo en adolescentes.

Prácticas inadecuadas de alimentación, la misma que disminuye la posibilidad que la dieta diaria de la gestante cubra los requerimientos de hierro (aumentados en el embarazo).

PRECISIONES TÉCNICAS

Recién nacidos con peso inferior a 2,5Kg

Total de recién nacidos.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Numerador: Nro. de Recién Nacidos con peso inferior a 2500 gr}}{\text{Denominador: Total de Recién Nacidos x un año}} * 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS

Indicador de resultado intermedio que mide la incidencia de la población de niños RN con bajo peso al nacer (< 2,5kg).

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:
Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.

Ámbito de control
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Control de Crecimiento y Desarrollo es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño menor de 36 años, realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, con la finalidad de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo.

Se considera controles completos de acuerdo al número de controles requeridos por el MINSA de acuerdo a la edad del niño con un mínimo de 1 control y un máximo de 25 controles.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Resultado intermedio

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
85	84.1	37.6	47.8	80	85	90	95

ANALISIS: En cuanto a la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad, se evidencia un ligero incremento en relación al año 2,020 periodo difícil de la Pandemia donde predomina las restricciones en la Población, el temo de los cuidadores a acudir a los EE.SS y apesar de la carga laboral de las responsable de la estrategia su tendencia es a recuperar las coberturas.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Barreras de acceso cultural y geográfico en los ámbitos rurales donde se produce alta deserción al CRED y limitación del personal para realizar visitas domiciliarias de seguimiento; así como migración estacional de las familias rurales.

PRECISIONES TÉCNICAS

Niños menores de 36 meses con controles de crecimiento completo para su edad

Total de niños menores de 36 meses

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Nro. De niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad
 -----*100
 Denominador: Total de niños menores de 36 meses

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS

Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de la población menor de 36 meses que llegan a ser controlados.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL							
COD PRODUCTO:							
Nombre del Indicador:							
Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de Vacunas Básicas Completas del niño menor de 36 meses, incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT/Pentavalente, 3 dosis contra la poliomielitis (2 IPV/1 APO) y 1 dosis contra el sarampión (SPR).							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Indicador Intermedio							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
93.7	83	88	81.6	90	95	95	95
ANÁLISIS: En cuanto al indicador Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad se observa un avance de 81.6% que en comparación del año 2020 periodo de inicio de la Pandemias, esta se recarga para el 2,021 con las campañas de vacunación contra la COVID-19, lo que de alguna manera influyó en un mejor avance, muy a pesar de haberse implementado campañas de cierre de brechas, sumado a ello el cierre de la RENIEC que interfirió en los reportes e ingreso al EQaly y los registros respectivos.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Escases mundial de algunas de las vacunas que debe administrarse al niño/niña							
Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación y HIS MINSA.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Niños menores de 36 meses con vacunas básicas para su edad							
Total de niños menores de 36 meses							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{\text{Nº de niños menores de 36 meses con vacunas Básicas completas para su edad}}{\text{Total de niños menores de 36 meses}} \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística HIS							
SINTAXIS							
Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de la población < 36 meses con vacuna completa.							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo para su edad.

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Es cuando el niño menor de 12 meses cuenta con dos dosis de la vacuna neumococo

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Indicador Intermedio

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
89.1	89	91.8	84.5	90	95	95	95

ANALISIS: En relación a la proporción de menores de 12 meses con vacuna contra el neumococo para su edad, se observa ligero descenso en el porcentaje de 84.51 % en relación al año 2,020 , ello debido prioritariamente a la recarga por la implementación de la Vacunación contra la COVID-19.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de niños menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo para su edad.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación en HIS MINSA.

PRECISIONES TÉCNICAS

Niños menores de 12 meses con dos dosis de la vacuna neumococo

Total de niños menores de 12 meses

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Nº de niños menores de 1 año con dos dosis de vacunas contra el neumococo}}{\text{Total de niños menores de 1 año}} \times 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL							
COD PRODUCTO:							
Nombre del Indicador:							
Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO							
DEFINICIÓN							
Es cuando el niño menor de 12 meses tiene las 2 dosis de la vacuna contra el rotavirus							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Indicador Intermedio							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
88.1	87	84.1	82.3	90	95	95	95
ANALISIS: En relación al indicador de proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el Rotavirus se logró un avance de 82.3 % en comparación al año anterior disminuyendo esta en 2 puntos porcentuales, similar situación recargada se registro por las campañas de vacunación contra la COVID-19.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación en HIS MINSA.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Niños menores de 12 meses con 2 dosis de la vacuna rotavirus							Total
de niños menores de 12 meses							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año con 2da dosis de vacuna contra el rotavirus}}{\text{Total de niños menores de 1 año}} \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística HIS							
SINTAXIS							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica (Patrón de referencia OMS).

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Este indicador permite determinar el porcentaje de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (Patrón OMS).

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

indicador de impacto

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
19.2	18.2	16.8	15.3	13.3	11.3	9.3	7.3

ANALISIS: De acuerdo a los resultados del Mapa de Desnutrición Crónica de Niños Menores de cinco años del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN); durante el 2021 el 15.3% de los niños menores de cinco años de las Provincias de Canas Canchis Espinar, fueron desnutridos crónicos. Evidenciándose una disminución de 1.5% del año 2020 al 2021. Según el Plan Nacional de Reducción de Anemia y DCI en niños y gestantes, la meta a disminuir es de 2% por año.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según el patrón OMS.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado:

- Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos antropométricos.
- Dificultades en el recojo del dato antropométrico.
- Sub registro e inadecuado reporte del dato.

PRECISIONES TÉCNICAS

Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS

Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{N}^{\text{a}} \text{ de niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica según patrón OMS}}{\text{Total de Niños menores de 5 años (Patrón OMS)}} \times 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Siem (sistema de información del estado nutricional)

BASE DE DATOS

Siem (sistema de información del estado nutricional)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Siem (sistema de información del estado nutricional)

SINTAXIS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

COD PRODUCTO:

Nombre del Indicador:
PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA

Ámbito de control
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad sexo y altitud. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica una anemia por deficiencia de hierro.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Indicador de impacto

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
36.6	30.3	30.6	30.6	27.6	24.6	21.6	18.6

ANÁLISIS: La anemia en niños es otro problema de salud pública que amerita una vigilancia epidemiológica primordial. A nivel de la Red Canas Canchis Espinar, presenta una proporción de anemia en niños de 30.6 % al año 2021 evidenciándose una tendencia a matenersedel 2020 al 2021. Para el año 2021 el 30.6% de los niños tuvieron anemia según el informe. Según el Plan Nacional de Reducción de Anemia y DCI en niños y gestantes, la meta a disminuir es de 7.5% por año. También se debe de considerar que cuanto más bajo el porcentaje de anemia en niños, esta se relaciona con las determinantes sociales que influyen en la anemia.

JUSTIFICACIÓN

Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos para dosaje de hemoglobina.
 -Dificultades en el recojo de la muestra a analizar.
 -Sub registro e inadecuado reporte del dato.

PRECISIONES TÉCNICAS

Numerador: Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia, hijos de las mujeres entrevistadas.

Denominador: Total de Niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas.

MÉTODO DE CÁLCULO

Anemia= (Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia / Total de niños de 6 a menos de 36 meses evaluados) x 100

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral – Anual

FUENTE DE DATOS

Sien (sistema de información del estado nutricional)

BASE DE DATOS

Sien (sistema de información del estado nutricional)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Sien (sistema de información del estado nutricional)

SINTAXIS

Indicador de impacto que mide el grado de anemia que se presenta en los niños menores de cinco años, cuya reducción constituye un compromiso en el marco de los objetivos del Milenio y prioridad del Estado Peruano. Se proyecta con una tendencia.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL							
COD PRODUCTO:							
Nombre del Indicador:							
PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro con el objetivo de asegurar el suministro adecuado de este nutriente en la dieta de estos niños con el propósito de prevenir o disminuir la prevalencia de anemia.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Indicador de resultado intermedio							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
54	60.6	34.2	101.2	100	100	100	100
ANALISIS: La suplementación en niños ha incrementado en comparación al año anterior, debido al cambio en el esquema de suplementación, de 12 meses a 6 meses de suplementación en los niños menores de 36 meses, llegando a una cobertura de 101.2%.							
JUSTIFICACIÓN							
Este Indicador ayuda a determinar la eficacia de la intervención destinada a la reducción de la anemia en niños menores de 36 meses.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El resultado encontrado durante el proceso de encuesta se ve influenciado por la valoración y reconocimiento por parte de la madre sobre los Micronutrientes.							
-Deserción en el proceso de suplementación condicionado a la eficiencia de la consejería brindada.							
-Prejuicios, idiosincrasias y supersticiones por parte de las madres o cuidadoras de niños menores de 36 meses.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Numerador: Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro, hijos de las mujeres entrevistadas.							
Denominador: Total de niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Niños suplementados = (Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro/ Total de niños de 6 a menos de 36 meses evaluados) x 100							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística HIS							
SINTAXIS							
Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de la población menor de 36 meses que es suplementado con sulfato ferroso							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO: 3000001							
Nombre del indicador							
Mortalidad Materna							
Red de Servicios de Salud Canas, Canchis, Espinar - DIRESA CUSCO							
DEFINICIÓN							
Razón de Mortalidad Materna por 100 mil Nacidos vivos.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Impacto							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
147	101	33.2	35.8	32.5	32.3	32.1	32
Fuente: DIS - Unidad de Epidemiología RSCCE							
ANÁLISIS							
La razón de mortalidad materna es de 35.8 MM x 100,000 NV, en el año 2021, se tuvo una muerte materna de causa directa ocurrida en Hospital III-1; de procedencia de la Microred Combapata (diagnostico – Síndrome Hellp) y siendo uno de los objetivos de desarrollo sostenible disminuir a 70 MM x 100,000 NV, el año 2020, se logra el objetivo, sin embargo es necesario, recordar que el contexto de Pandemia Covid, nos obliga a ser mas cuidadosos como sector salud, teniendo en cuenta que la población no acude oportunamente al establecimiento de salud por motivo de temor al contagio, por lo que se debe de realizar planes que permitan enfocar el problema y abordarlo de mejor manera según el contexto geográfico-asistencial							
JUSTIFICACIÓN							
Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Una muerte materna, repercute en el nivel de calidad de atención en salud materna, así como en la familia se considera una tragedia en el entorno familiar y social. En los países en desarrollo como el Perú son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Uno de los principales problemas es que las zonas rurales las mujeres no tienen acceso a servicios salud, a través de los cuales se recolectan dichas estadísticas.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Dada la necesidad de contar con una muestra grande de nacimientos para el cálculo de la mortalidad materna, el dato reportado para el Perú se llevará a cabo sobre la base de información agregada de la encuesta ENDES para 7 años (de 2010 a 2017). Nuevamente, por las limitaciones en el tamaño de la muestra, no es posible presentar desagregaciones de este indicador, por lo que el análisis del mismo debe ser complementado con la información proveniente del indicador de							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia.							
Denominador: Número de nacidos vivos en el periodo de referencia.							
La tasa de mortalidad materna puede calcularse dividiendo las muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos estimados en el mismo período y multiplicando el resultado por 100.000.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anual.							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología RSCCE							
BASE DE DATOS							
Disponibles en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							
pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
DIS - Unidad de Epidemiología RSCCE							
SINTAXIS							
En proceso de construcción							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO**PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL****COD PRODUCTO: 3000001****Nombre del Indicador****Tasa de Mortalidad Neonatal**

Red de Servicios de Salud Canas, Canchis, Espinar - DIRESA CUSCO

DEFINICIÓN

Es el número de nacidos vivos que fallece antes de cumplir el primer mes de vida por cada mil nacidos vivos. En este caso, la tasa tiene como período de referencia las defunciones de menores de un mes ocurridos en los últimos diez años, teniendo como denominador el total de nacidos vivos en ese mismo período.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Impacto

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
9.93	7.9	3.66	8.2	7	6	5	4

Fuente: DIS - Unidad de Epidemiología - RSCCE**ANALISIS**

La tasa de mortalidad Neonatal es de 8.2 x 1,000 NV, Siendo la MR de riesgo la MR, Yauri, Pampaphalla y Techo obrero, los datos evidencian que existe deficiencias en el seguimiento post parto del recién nacido. Por lo que es necesario, dar mayor énfasis al seguimiento domiciliario y control de crecimiento y desarrollo de RN.

JUSTIFICACIÓN

Existen un número de formas distintas para la recolección de información y el cálculo de la mortalidad neonatal. En el Perú, dicho indicador se calcula utilizando el historial de nacimientos recogido en la ENDES. Sobre la base de un conjunto de preguntas realizadas a las mujeres en edad reproductiva se determina el día de nacimiento de cada uno de sus hijos nacidos vivos que hayan tenido. Luego se les preguntas si dichos niños se encuentran aún vivos, y si no es así, se recaba información sobre la edad a la que murieron. Dicha información es luego ajustada sobre la base de las llamadas "tablas de vida" o "tablas actuariales", las que incorporan el riesgo relativo de muerte para distintos grupos etarios.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Los datos de las encuestas están expuestos a errores de memoria; además, las encuestas que estiman la mortalidad neonatal requieren muestras muy numerosas, ya que estas incidencias son poco frecuentes y normalmente no es posible identificar hogares representativos para la muestra. El problema es incluso más grave cuando se presentan estimados con distintos niveles de desagregación, los cuales tienden a ser poco eficientes (es decir, generan intervalos de confianza relativamente amplios).

Las estimaciones indirectas se basan en las tablas actuales ("de mortalidad") que quizá no sean las más indicadas para la población en cuestión. Asimismo, en la medida que dichas tablas incorporan el riesgo relativo de muerte de distintas cohortes de edad, existe discusión sobre si se debe o no utilizar las mismas tablas para distintos grupos poblacionales (por ejemplo, para Lima Metropolitana vs. el resto de regiones, para zonas urbanas y rurales, etc.). (United Nations, 2006)

Existe evidencia internacional que sugiere que calidad de la información que se obtiene a través de las encuestas de hogares para la estimación de la mortalidad neonatal es muy sensible a la calidad del proceso de capacitación de los encuestadores y al proceso de levantamiento de la información en campo (Curtis, 1995). Afortunadamente, en el Perú el INEI cuenta ya con varios años de experiencia aplicando la ENDES y recolectando información para el cálculo de dicho indicador. Un problema asociado al monitoreo de la mortalidad neonatal es el hecho de que la misma se calcula agregando data de varios años, lo que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones, ya que se analizan a la vez distintas cohortes de nacimientos, las cuales pueden haber sido sujetos de distintos mecanismos de intervención

PRECISIONES TÉCNICAS

Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad en el periodo de referencia.

Denominador: Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, INEI.

Dirección de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología RSCCE

BASE DE DATOSDisponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

98

[pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe](http://www.redsaludcce.gob.pe)**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Dirección de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología RSCCE

SINTAXIS

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO**PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL**

COD PRODUCTO:3033172

Nombre del indicador

Proporción de gestantes con 6 o más controles prenatales

Red de Servicios de Salud Canas, Canchis, Espinar - DIRESA CUSCO

DEFINICIÓN

Son todas las intervenciones preventivas que se realizan durante la atención prenatal. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra, Médico Cirujano y Obstetra; a partir de los establecimientos de salud del I nivel.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia y Calidad

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
76.4	80.7	72.8	80	82	83	84	85

Fuente: Estadística e informática RSCCE

ANÁLISIS

En relación a gestante controlada es un 79.8 % de gestantes llegan a tener 6 o más controles, el presente contexto de pandemia viene provocando, que la población por temor al contagio COVID 19, no acuden oportunamente a sus atenciones prenatales, sin embargo el personal profesional viene realizando lo necesario para lograr atender a la población utilizando la tecnología a la que nos vemos obligados a utilizar, por lo tanto se evidencia, en tal sentido se debe realizar el seguimiento de la gestante en todo momento, constantemente.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de gestante que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales. Según Norma Técnica del MINSA, para considerar una gestante "controlada" tendrá que tener seis o más controles.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Se trabaja con información poblacional general, no se cuenta con datos actualizados de registros administrativos que permitiría visualizar comportamiento de la población objetivo MINSA.

PRECISIONES TÉCNICAS

$$NCPN = \frac{N_CPN}{TMG} * 100$$

N_CPN= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales

TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibieron 6 ó más controles prenatales

Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anual

FUENTE DE DATOS

Estadística e Informática - RSSCCE

BASE DE DATOS

pag.web:<http://www.redsaludcce.gob.pe>

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Producción de servicios HIS.

SINTAXIS

variable N° CPN: 6 ó más veces.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:3033172							
Nombre del indicador							
PROPORCION DE GESTANTES CON POR LO MENOS UN CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN							
Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar - DIRESA CUSCO							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de mujeres que el último nacimiento ocurrido en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
<i>Eficacia</i>							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
67	65	58	61	65	70	75	80
<i>Fuente: Estadística e informática RSSCCE</i>							
ANÁLISIS							
Se tiene un 61 % avance mayor al año 2020; observándose que la Micro Red Descanso, presenta captación más baja (49%), presenta captación aceptable la micro red Techo Obrero (78%), micro red Combapata (66%) y pampaphalla con 66%, Yauri (52%) y Yanaoca con (50%), es por ello que se debe de revisar y monitorizar el seguimiento del ciclo menstrual, y usuarios de planificación familiar por sectoristas (búsqueda activa de gestantes a través del uso del pregnosticon.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de gestantes que el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta recibió su primera atención prenatal en el 1er trimestre de gestación.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Las Gestantes que llegan por primera vez al consultorio obstétrico no siempre es en el primer trimestre de gestación, generalmente ya están cursando el tercer trimestre, lo que limita la medición de este indicador.							
Supuestos:							
Se asume que aún falta mayor información sobre la importancia de la APN en el primer trimestre por parte de los proveedores de salud.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
$APN_{1trim} = APN_{1trim} * 100$							
TMG							
APN_1trim= Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.							
TMG: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.							
Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anual							
FUENTE DE DATOS							
Estadística e Informática - RSSCCE							
BASE DE DATOS							
pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Producción de servicios HIS.							
SINTAXIS							
variable APN 1 trim (oportunidad de la Atención Prenatal) / TMG.							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:3033291							
Nombre del indicador							
Proporción de Parejas Protegidas							
Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar - DIRESA CUSCO							
DEFINICIÓN							
Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutive.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
76.3	75.9	75.9	81	82	83	84	85
Fuente: ENDES							
ANALISIS							
En relación a parejas protegidas es claro que el contexto que el año 2021, se mejoro las actividades preventivas sobre todo en planificación familiar, el cual permitio el acceso de la poblacion a los establecimientos de salud, a pesar de recibir atenciones en los establecimientos por temor al contagio de COVID 19, Pero a pesar de todo se realizo la actividad, no al ritmo que regularmente se realizaba. es por ello que se tiene programado comenzar a trabajar en el padron nominal de usuarios de planificación familiar							
JUSTIFICACIÓN							
Este indicador, también conocido como “prevalencia anticonceptiva”, proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos, de esterilización, así como los llamados métodos tradicionales. Es la medida más difundida para la evaluación de los de los programas de planificación familiar.							
Si bien este indicador puede obtenerse teóricamente de los registros administrativos de los centros de salud, la práctica actual es depender de encuestas por muestreo como la ENDES, a fin de reducir al mínimo los problemas asociados con el mantenimiento de un recuento continuo de usuarias actuales y con la obtención de estimaciones exactas de la población. (Entre los problemas figuran datos incompletos, recuento doble de usuarias que entran en el sistema de provisión de servicios en mas de un punto, etc.)							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El contexto Pandemia COVID 19, no permite cumplir con las actividades regularmente, sin embargo el personal de salud a aprendido a lidiar con estas dificultades con la finalidad de proteger a la poblacion que necesite ser atendida Mientras algunos métodos anticonceptivos como la esterilización, la píldora, el DIU o los implantes proveen protección continua para sus usuarias, otros métodos tales como el condón, el método del ritmo o el del retiro son métodos de uso en relaciones sexuales específicas. El uso actual de estos últimos métodos constituye un concepto confuso, en la medida que ello puede hacer referencia a la última relación sexual: la que pudo haber ocurrido mucho tiempo antes de la entrevista , o a la intención de uso en la próxima relación sexual.							
En la práctica la prevalencia anticonceptiva se calcula en las mujeres en unión. En los países en que las mujeres tienen una actividad sexual fuera de matrimonio relativamente escasa, al fundamentar las estimaciones en las mujeres en unión se capta a la población sometida a riesgo de embarazo. Sin embargo, en los países con frecuente actividad sexual fuera de uniones estables, una estimación de la prevalencia basada solamente en las mujeres en unión ignoraría a una proporción considerable de las usuarias actuales. Así, los investigadores siguen estudiando la idoneidad de fundamentar la prevalencia anticonceptiva en todas las mujeres frente a las que se hallan en union estable.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se define “mujeres en unión” como aquellas mujeres que declaran encontrarse casadas o convivir con su pareja. Asimismo, se define mujeres en “edad fértil” a aquellas que al momento de la encuesta tienen entre 15 y 49 años; Se considera que una mujer utiliza un método anticonceptivo ya sea que declare utilizar un método moderno o tradicional; Los métodos modernos incluyen: Esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, condón masculino y femenino, métodos vaginales (espuma, jalea, óvulos), inyecciones anticonceptivas (de solo progestágeno de tres meses y combinadas de un mes), Implantes, método amenorrea por lactancia (MELA), y anticoncepción de emergencia; Los métodos tradicionales y folklóricos incluyen el método del ritmo, Billings del retiro y el método de collar de ciclo; A las mujeres que al momento de la entrevista se encuentran embarazadas se les codifica como no usuarias de métodos anticonceptivos.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método de planificación familiar							
Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anualmente							
FUENTE DE DATOS							
Estadística e Informatica - RSSCCE							
BASE DE DATOS							
paq.web:http://www.redsaludcce.gob.pe							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Producción de servicios HIS.							
SINTAXIS							
variable: Mujeres Unidas que usan MPF.							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:							
<i>Nombre del indicador</i>							
Tasa Global de Fecundidad							
REGION CUSCO							
DEFINICIÓN							
Número promedio de nacimientos esperados por mujer a lo largo de su vida reproductiva.							
DIMENSION DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
2.5	2.5	2.5	2	1.9	1.8	1.7	1.6
Fuente: ENDES							
ANALISIS							
En el año 2021 aun en el contexto pandemia COVID 19, el comportamiento de la poblacion al acceso de la poblacion a los establecimieintos de salud ha mejorado, el cual se observa la disminucion de embarazos no deseados, y probablemente la TGF de 2.0 disminuya. sin embargo actualmente se viene tomando las previsiones para llegar a mas poblacion, a traves de la organizacion en los establecimientos y facilitar el acceso de los servicios de salud sexual y							
JUSTIFICACIÓN							
La principal fortaleza de este indicador es que representa una medida independiente de la estructura de edad de la fundamentalmente ilustrativo.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Un problema en relación a este indicador viene dado por la recolección de información en la enumeración de los hijos que ha tenido la mujer entrevistada. El error más frecuente es el de la omisión u olvido de los hijos, especialmente cuando estos no viven en el hogar o han muerto.							
Este problema crece con el aumento de la edad de la madre.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Las tasas específicas se calculan haciendo el cociente entre el total de hijos tenidos por las mujeres de un grupo quinquenal y el total de mujeres de ese grupo de edades.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5.							
Denominador: 1000							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anualmente							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.							
BASE DE DATOS							
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
ENDES-INEI							
SINTAXIS							
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:3033292

Nombre del indicador

Proporción mujeres con demanda insatisfecha de planificación familiar

REGION CUSCO

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de mujeres en unión que desean limitar o espaciar su familia y no están usando método anticonceptivo alguno.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
6.5	5.8	5.8	6.1	6	5.9	5.8	5.7

Fuente: ENDES

ANALISIS

Este indicador evidencia que todavía existen mujeres con demanda insatisfecha, lo que se debe tomar en cuenta para mejorar la calidad de atención en los servicios de obstetricia, y realizar también mayor seguimiento a la población usuaria de métodos anticonceptivos, el contexto actual de pandemia covid, probablemente incrementará este indicador, motivo por el que el sector salud tiene también que lidiar con la población que no acude a los establecimientos de salud por temor al contagio que existe.

JUSTIFICACIÓN

Determinar la proporción de mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La información es limitada, por ahora solamente a través de las encuestas

PRECISIONES TÉCNICAS

Del total de Mujeres en Unión, existe un porcentaje que no tiene acceso a los métodos anticonceptivos por diferentes motivos, puede ser por falta de información por falta de acceso a los servicios o por problemas económicos, a esta población se le conoce como necesidad insatisfecha en planificación familiar. Información que se obtiene a través de las encuestas.

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Neces} / \text{ins}}{\text{TMG}} = \text{neces} / \text{ins} * 100$$

Necesidad insatisfecha = Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familiar

TMG: Total de mujeres unidas

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y Anualmente

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.

9

Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENDES-INEI

SINTAXIS

variable: $\text{Neces} / \text{ins}$ = necesidad insatisfecha.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:3033295							
Nombre del indicador							
Cobertura de Parto Institucional							
Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar - DIRESA CUSCO							
DEFINICIÓN							
Porcentaje de mujeres que tuvieron al menos un nacimiento vivo en los últimos 5 años de la encuesta, cuyo último nacimiento vivo fue atendido por personal de salud capacitado y se llevó a cabo en un establecimiento de salud.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
97.3	97.5	97.0	97.0	98	98.5	99	99.5
Fuente: Estadística e Informática RSSCCE							
ANÁLISIS							
Se evidencia que los parto institucionales en el presente año el porcentaje fue el mismo, por que existe aun poblacion reacia la escasa interculturalidad que existe en los establecimientos mas aun por el contexto de Pandemia COVID 19, ello nos obliga a tomar acciones para socializar al personal de salud en la norma tecnica de parto vertical con pertinencia cultural							
JUSTIFICACIÓN							
Este indicador es una medida del potencial del sistema de salud para proveer una cobertura adecuada para los partos y da información sobre la cobertura de los partos asistidos, ya sean normales o complejos. A diferencia de otros indicadores complementarios como la proporción de nacidos vivos atendidos en establecimientos de salud, este indicador recoge las condiciones en términos de la infraestructura donde se llevan a cabo los partos, sino también las características de los recursos humanos encargados de llevar a cabo dichas tareas.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
La OMS define el personal de salud capacitado como personas que han completado con éxito cursos recomendados de obstetricia y que son capaces de dar la supervisión, atención y consejo necesarios a las mujeres durante el periodo de embarazo, parto y post-parto, para conducir partos y cuidar al recién nacido y al niño. No obstante, la identificación por parte de la entrevistada de dichas características puede ser complicada, lo que ocasionaria algunos sesgos en las estimaciones de este indicador							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo. Para la identificación del personal de salud capacitado se incluyen los médicos y obstetras. Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, puestos y centros de salud del MINSA, policlinicos, centros o postas de ESSALUD, clínicas particulares y consultorios de médicos particulares. Se excluyen aquellos partos dados en el domicilio de la entrevistada o una partera.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Número de niños nacidos vivos < 5 años cuyo parto se dio a través en un establecimiento de salud y que fueron atendidos por un personal de salud capacitado.							
Denominador: Número de niños nacidos vivos < 5 años.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anualmente							
FUENTE DE DATOS							
Estadística e Informática - RSSCCE							
BASE DE DATOS							
pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Producción de servicios HIS.							
SINTAXIS							
variable: parto institucional = Parto en Establecimiento y atendido por profesional de salud.							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:3033295							
Nombre del indicador							
Proporción de parto institucional de gestantes procedentes de las zonas rurales							
REGION CUSCO							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de mujeres procedentes del área rural cuyo último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta fue atendido por profesional de la salud							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
97.3	98.1	98.1	98.1	98.2	98.3	98.4	98.5
Fuente: ENDES							
ANALISIS							
Se tiene al año 2021 el contexto Pandemia COVID 19, lo que a generado que la poblacion regrese a sus lugares de origen, por lo tanto las gestantes de zonas rurales, en numeros se incrementaron y se mostraron reacias a recibir atencion en los establecimientos de salud, todo ello aunado a que ya se tienen dificultades para aceptar tener un parto sobre todo en establecimientos del nivel II, puesto que en estos establecimientos no se realiza el parto vertical según las necesidades de las gestantes, motivo por el cual se realizar reunion de coordinacion con estas instituciones.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de parto de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Un problema con el uso de este indicador, es que el mismo supone que la atención en un establecimiento de salud está asociada a adecuadas condiciones para el tratamiento de complicaciones durante el parto. Sin embargo, la realidad en el Perú es que un gran número de postas y puestos de salud, así como algunos centros de salud, en particular en el área rural, no cuentan con el equipamiento adecuado para el manejo de dichas situaciones.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.							
Para la identificación del personal de salud capacitado se incluyen los médicos y obstetras.							
Entre los establecimientos de salud se incluyen hospitales, puestos y centros de salud del MINSA, policlínicos, centros o postas de ESSALUD, clínicas particulares y consultorios de médicos particulares. Se excluyen aquellos partos dados en el domicilio de la entrevistada o de una partera.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
parto / personal de salud = Mujeres del área rural cuyo último hijo nacido vivo fue atendido por profesional de salud							
TMG: Total de mujeres del área rural con ultimo nacido vivo en los últimos cinco años							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.							
BASE DE DATOS							
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
ENDES-INEI							
SINTAXIS							
variable: parto por personal de salud = Parto atendido por profesional de Salud.							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL							
COD PRODUCTO:3033306							
<i>Nombre del indicador</i>							
Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación							
Cusco							
DEFINICIÓN							
Es el porcentaje de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, nacidos en los 5 años antes de la encuesta.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
16.9	16	16.0	3.4	3.2	3.1	3	3
Fuente: ENDES							
ANALISIS							
Los nacidos vivos con edad gestacional menor a las 37 semanas, determina la calidad de atención prenatal que los establecimientos de salud brindan, el cual es a la fecha insuficiente o mínimo, llegando la gestante a complicarse durante el embarazo, terminando en un embarazo pretermino, por lo que se está tomando estrategias para mejorar este indicador, a la fecha se viene socializando el formato del tablero de valoración de atención de la gestante reenfocada en el marco de la NTS N°105, ello con la finalidad de evaluar en los establecimientos, la calidad de APN.							
JUSTIFICACIÓN							
Existe evidencia que demuestra como las ratios de mortalidad neonatal crecen de manera drástica con la reducción de la edad gestacional. Todo lo anterior constituye evidencia importante que sustenta el seguimiento y monitoreo de este indicador como una medida intermedia de la reducción de la mortalidad neonatal.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El principal inconveniente asociado al cálculo de este indicador sobre la base de la encuesta ENDES es que el mismo se basa en las respuestas de las mujeres entre 15 y 49 años respecto a su historia de embarazos, nacimientos, uso de métodos anticonceptivos, discontinuidad en su uso, fuentes de anticoncepción y matrimonios o uniones de pareja. Cada una de estas preguntas es susceptible a diversos tipos de error, siendo los más importantes aquellos asociados a problemas de recordación y omisión por parte de las entrevistadas.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Un nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y este o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Numerador: Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación. Denominador: Total de nacidos vivos.							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y Anualmente							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.							
BASE DE DATOS							
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
ENDES-INEI							
SINTAXIS							
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:**Nombre del indicador**

Proporción de establecimientos calificados como FONB en establecimientos estratégicos.

Red de Servicios de Salud Canas, Canchis, Espinar - DIRESA CUSCO

DEFINICIÓN

Es la proporción de EESS designado por la DIRESA para realizar Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas y que al ser evaluados obtienen más del 90% de capacidad resolutive.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0	1	0	1	2	3	4	5
0%	20%	0%	20%	1 (40%)	3 (60%)	4(80%)	5(80%)

Fuente: **ENESA**

ANALISIS

El año 2021, el instrumento de medición del FONB, se realizó en los establecimientos, cuyo resultado nos obliga a tomar acciones de mejora y evaluar las necesidades que existe en los establecimientos, para poder equiparlos según amerita mínimamente en EESS según categoría, sin embargo es necesario mencionar que el presupuesto que se tiene no permite cumplir con lo programado.

JUSTIFICACIÓN

El PPMNI requiere investigar la existencia y operatividad de recursos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y neonatal.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La medición de la capacidad resolutive lo realiza a través de la autoevaluación en cada uno de los FONB cada 6 meses, pero no siempre el resultado es real.

La ENESA, encuesta Nacional de establecimientos de salud lo realiza siempre y cuando haya disponibilidad presupuestal y no al 100% de establecimientos del país.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera como parámetro de capacidad resolutive el que relaciona las variables "recursos" y "funciones" (estructura).

Se elaboró un algoritmo para el cálculo del nivel de capacidad resolutive, con esta información se determinó la calificación del establecimiento como FONB (umbral del 90% o más).

MÉTODO DE CÁLCULO

Para la obtención de este indicador es imprescindible calcular la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud FONB.

MÉTODO DE CÁLCULO**PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES****FUENTE DE DATOS**

Encuesta Nacional de Establecimientos de Salud, ENESA - INEI

BASE DE DATOS

Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ENESA - INEI

SINTAXIS

Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:3000005

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de embarazo en adolescentes.

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar - DIRESA CUSCO

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que ya estuvo alguna vez embarazada (se considera las que ya son madres y las que están gestando por primera vez) respecto al total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia: LINEA BASAL (2014) 14.6%

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
2.7	2	1.8	1.4	1.2	1.1	1	1

Fuente: Estadística e Informática RSSCCE

ANALISIS

A nivel de los establecimientos de salud, la porcentaje de gestantes adolescente es de 1.4%; evidenciando a la Microredes con mayor porcentaje es El Descanso, Yauri, Las Micro Red Yanaoca los que tienen mas gestantes, y teniendo en cuenta que el contexto pandemia covid 19, la poblacion de estudiantes actualmente vienen siendo confinados en su domicilio, ello no permite cumplir con las actividades que regularmente se realizaba con los docentes, sin embargo se viene tomando como necesidad, la informacion que se brinde a la poblacion adolescente a traves de los medios masivos de comunicacion, tambien en las redes sociales.

JUSTIFICACIÓN

En la medida en que la Comunidad educativa recibe efectivamente un conjunto de actividades que promuevan la educación sexual integral en los niños y adolescente, contribuirá a mantener o mejorar la salud frente a los riesgos a los que pudieran estar expuestos este grupo poblacional, dentro de ellos el embarazo en adolescentes.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La ENDES recoge información de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, no considerando a las menores de 15 años que podrían sumarse al indicador; la RSSCCE recoge la información de la unidad de Estadística e Informática.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente a través de la producción HIS.

MÉTODO DE CÁLCULO

Denominador: total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años entrevistadas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Trimestral, semestral y Anual.

FUENTE DE DATOS

Estadística e Informática - RSSCCE

BASE DE DATOS

Producción de servicios HIS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Producción de servicios HIS.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:3033298

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de Puérperas Controlada

Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar

DEFINICIÓN

Son las atenciones por consulta externa que se brinda a la puérpera; lo realiza el médico gineco obstetra, médico cirujano capacitado y obstetra a partir de los EESS nivel I.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
86.7%	82.0%	57%	78%	80%	82%	84%	86%

Fuente: Estadística e Informática RSSCCE

ANALISIS

Se evidencia que el 22% de puerperas no llegan a su segunda atención puerperio, por este contexto pandemia, motivo por el cual se debe coordinar con el personal sectorista para un mayor seguimiento, así mismo mejorar la consejería de la importancia del control puerperio durante las atenciones prenatales.

JUSTIFICACIÓN

La atención en el puerperio es necesario para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias y si aparecen las mismas diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Se tiene un seguimiento de este indicador a través de la información de los registros HIS - Estadística.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por el HIS

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de partos + cesáreas ocurridas. Denominador: Puérperas con dos controles

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

HIS

BASE DE DATOS

HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Producción de servicios HIS.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:3033294

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de gestantes con complicaciones

Red de Servicios de Salud Canas, Canchis, Espinar - DIRESA CUSCO

DEFINICIÓN

Es la atención por consulta externa o emergencia que se brinda a la gestante que acude con patologías. Lo realiza el Médico Gineco Obstetra con participación del equipo multidisciplinario capacitado en Manejo Estandarizado para la Atención de las Emergencias Obstétricas a partir de los establecimientos FONB.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
28%	25%	30%	25%	20%	18%	16%	15%

Número de complicaciones en gestantes

ANALISIS

solo el 75% de gestantes no presentan complicaciones aparentemente, sin embargo el 25% presentan complicaciones, lo que tuvieron que ser referidos a niveles de mayor complejidad de atención, evidencia que se debe mejorar la calidad de atención prenatal, y captar a la gestantes en el primer trimestre con la finalidad de detectar y prevenir complicaciones en la

JUSTIFICACIÓN

El hecho de identificar un embarazo como de alto riesgo, antes o durante su transcurso, asegura que la mujer ha de llevar un seguimiento mas completo y de seguimiento, con un

mayor número de visitas con el Ginecólogo, para controlar la evolución y realizar un diagnóstico precoz de las complicaciones.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de egreso hospitalario, se tiene que revisar los libros de la emergencia o de los egresos hospitalarios.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de gestantes con complicaciones Denominador: Total de gestantes

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Reporte de atención por emergencia y egresos hospitalarios de los últimos 03 años.

BASE DE DATOS

Atención por emergencia y egresos hospitalarios

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Egresos hospitalarios

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: SALUD MATERNO NEONATAL

COD PRODUCTO:

NOMBRE DEL INDICADOR

Porcentaje de pacientes obstétricos y neonatos referidos

Ámbito de control

DEFINICIÓN

Sistema de Referencia Institucional: Procedimientos asistenciales y administrativos que aseguren la continuidad de la atención oportuna, eficaz y eficiente de la gestante, púérpera o neonato en un establecimiento de mayor complejidad, el traslado se realizará acompañado por profesional médico, obstetra, enfermera o personal técnico de enfermería, dependiendo de la complejidad del caso.

Incluye:

- Traslado de los casos complicados en ambulancia (terrestre, fluvial y/o aérea). según corresponda.
- Comunicación con establecimiento al que se refiere utilizando medios de comunicación (radio, teléfono u otro) según disponibilidad.
- Acompañamiento de personal de salud capacitado según corresponda al caso.
- Administración de medicamentos según guía de práctica clínica.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2021	2022	2023	2024
14,34	13,25	30.0	14.8	15.0	15.2	15.4	15.4

8

Los establecimientos del primer nivel de atención I-4, atienden las complicaciones de los establecimientos de I-1, I-2, I-3; motivo por el cual no todas las gestantes complicadas son enviadas al segundo nivel, teniendo a la fecha 14.8% que son referidas en su mayoría por el diagnóstico de gestantes en trabajo de parto Y COVID 19 positivos, actualmente se vienen

JUSTIFICACIÓN

La continuidad de la atención, es la garantía de disponibilidad de servicios y el acceso de atención sanitaria de calidad sin interrupción entre el hogar, la comunidad, el establecimiento de salud de I nivel de atención y el Hospital de II ó III nivel de atención. Es decir tienen acceso a la atención sin limitaciones o interrupciones por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutoria del establecimiento de salud, seguida y completada mediante la red de servicios de salud que conforman los establecimientos de salud en los respectivos ámbitos. Por lo tanto, con la continuidad de la atención, se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, que integre la atención promocional, preventiva y recuperativa, además de organizarla y articularla por niveles de resolución que

aseguran adecuados procedimientos de relación entre ellos. Para el caso de las Emergencias Obstétricas y Neonatales se aplica el Diagnóstico, la Estabilización y la Referencia respectiva, DER.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

No se tiene un seguimiento de este indicador a través de la ENDES, solamente la información de los registros de referencia y contra referencia.

PRECISIONES TÉCNICAS

La información es recogida mensualmente por estadística a través de los egresos hospitalarios.

MÉTODO DE CÁLCULO

Unidad de medida: Gestante, púérpera y/o Neonato referido Numerador: Número de pacientes Obstétricas y neonatos referido Denominador: Total de pacientes obstétricas neonatos complicadas.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Reporte de referencias obstétricas y neonatas de los últimos 03 años.

BASE DE DATOS

Atención por emergencia y egresos hospitalarios

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Egresos hospitalarios

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO:(3000612)							
Nombre del Indicador: PROPORCIÓN DE SR IDENTIFICADOS ENTRE LAS ATENCIONES EN >15 AÑOS							
Ámbito de control							
PRODUCTO: SINTOMATICOS RESPIRATORIOS CON DESPISTAJE DE TUBERCULOSIS (3000612)							
Resultado esperado del marco lógico del programa							
DEFINICIÓN							
El indicador hace referencia a la proporción de personas con tos y flema por más de 15 días en las atenciones realizadas a personas mayores de quince años							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
10.3	13.2	2.5	2.7	5	5	5	5
ANALISIS							
El avance anual no es adecuado, alcanzando solo el 2.5% de indicador trazador, estando por debajo del indicador trazador nacional del 5%. Así mismo, la mayor dificultad fue no contar con Pruebas Rápidas para los usuarios, ya que, se solicitaba este examen para solicitar la muestra de esputo al Sintomático Respiratorio Identificado. Así mismo, de acuerdo a disposición del Nivel Central, solo se atendían emergencias y urgencias, lo cual repercutió en la captación del SR.							
JUSTIFICACIÓN							
Mide la intensidad de búsqueda de SR con respecto a las atenciones en mayores de 15 años; la detección de tuberculosis en personas con síntomas respiratorias es importante pues permite la identificación de los afectados con TB pulmonar frotis positivo y así tratarlos oportunamente.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
El incremento desproporcional de las atenciones mayores de 15 años de un período a otro puede afectar la medición de este indicador.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Representa las personas con tos y flema por más de 15 días que son registradas en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios y reportadas en el SIG TB.							
El flujo de la información es del Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospitales a la Red de Salud, hasta la Dirección de Salud correspondiente. Las instituciones como EsSalud, Sanidad de FFAA y PNP, Municipalidades, INPE y otros informan a la Dirección de Redes Integradas de Salud, Red de Salud, Oficina Regional o Dirección de Salud de su jurisdicción. Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y las Instituciones no MINSA reportan a la ESN PCT.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$(N^{\circ} \text{ SRI} / N^{\circ} \text{ Atenciones en } >15 \text{ años}) * 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Trimestral							
FUENTE DE DATOS							
Libro de registro de SR, reporte de estadística							
MINSA- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS							
BASE DE DATOS							
Sistema de Información gerencial de Tuberculosis							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Se toma de base el registro del HIS:							
U200 Sintomático Respiratorio Identificado							
SINTAXIS							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO:(3000613)							
Nombre del Indicador:							
PROPORCION DE CONTACTOS EXAMINADOS ENTRE LOS CONTACTOS CENSADOS							
Ámbito de control							
<i>Resultado esperado del marco lógico del programa</i>							
DEFINICIÓN							
El indicador hace referencia a la proporción de contactos censados de personas afectadas por Tuberculosis con examen de contacto para descartar Tuberculosis.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
100	100	98	100	100	100	100	100
ANALISIS							
Cada caso de TBC debe tener 4 contactos de acuerdo a la NT.104. Reportandose 19 casos de Tuberculosis, examinandose solo a 62 contactos, debido a que algunos casos de PAT solo tienen uno o dos contactos. Por tanto, se debe realizar el censo al 100% de contactos intra y extra domiciliarios.							
JUSTIFICACIÓN							
El examen de los contactos de personas afectadas por tuberculosis es importante pues se tiene la oportunidad de realizar el descarte de tuberculosis a fin de garantizar el diagnóstico oportuno de casos y así cortar cadena de transmisión.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
<ul style="list-style-type: none"> • El indicador mide los contactos intra domiciliarios, más no los contactos extra domiciliarios. 							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Representa los contactos examinados, registrados y notificados oficialmente por la ESNPCT. Los contactos son registrados en la tarjeta de administración de tratamiento y notificados en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIG TB)							
El flujo de la información es del Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospitales a la Red de Salud, hasta la Dirección de Salud correspondiente. Las instituciones como EsSalud, Sanidad de FFAA y PNP, Municipalidades, INPE y otros informan a la Dirección de Redes Integradas de Salud, Red de Salud, Oficina Regional o Dirección de Salud de su jurisdicción. Las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y las Instituciones no MINSa reportan a la ESN PCT.							
Contacto: Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$(\text{Número de Contactos Examinados}) / (\text{N}^\circ \text{ de Contactos Censados}) \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Trimestral							
FUENTE DE DATOS							
Tarjetas de Administración de Tratamiento							
MINSa- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS							
BASE DE DATOS							
Sistema de Información gerencial de Tuberculosis							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Reportes emitidos por el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis							
SINTAXIS							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO:(3000614)							
Nombre del Indicador:							
PROPORCIÓN DE SR EXAMINADOS BK+ ENTRE SR EXAMINADO							
Ámbito de control							
<i>Resultado esperado del marco lógico del programa:</i>							
DEFINICIÓN							
El indicador hace referencia a la proporción de sintomáticos respiratorios examinados BK+ entre los examinados. Es el SREx con resultado de baciloscopia positiva.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5
ANALISIS							
El comportamiento es estacionario durante los ultimos 4 años, excepto en el año 2019. En el año 2020 se captaron 10 casos de TBP FP del total de SER. Sin embargo aun, no se logra alcanzar el promedio nacional del 1%.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Las limitaciones en torno a costos para contar con información estadística, se toma de referencia registros administrativos							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Las precisiones técnicas se refieren a la descripción específica de las características de las variables que componen el indicador de desempeño.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$(N^{\circ} \text{ SRExaminados BK+} / N^{\circ} \text{ SREx}) * 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Trimestral							
FUENTE DE DATOS							
Libro de registro de SR, reporte de estadística MINSA- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS							
Bases de datos de la fuente de información de Libro de registro de SR, reporte de estadística							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Se toma de base el registro del HIS: U212 Contactos Examinado							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO: 3 043959							
Nombre del Indicador:							
Cobertura de tamizaje VIH en varones 18 a 59 años							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa							
DEFINICIÓN							
Es la búsqueda activa de casos de VIH, mediante la oferta del tamizaje de VIH a la población varones de 18 a 59 años en establecimientos de salud o en la comunidad.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2019	2020	2022	2020	2022	2023	2024	
112%	76%	83%	100%	76%	90%	93%	95%
ANÁLISIS DEL AVANCE:							
La falta incrementar el trabajo con atención integral ,a pesar de eso se logro un 83% de avance,gracias a la busqueda activa en el extramural.							
JUSTIFICACIÓN							
La revisión de este indicador permite evaluar acciones estratégicas orientadas a mejorar la salud de la población varones, por ser el que representa el mayor porcentaje de los casos de VIH diagnosticados y notificados en relación a las mujeres (70% de casos notificados al sistema de vigilancia son varones). Este indicador está directamente relacionado a la estrategia de diagnóstico temprano del VIH y la intervención oportuna en prevención y atención a la salud individual y colectiva.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Se debe precisar que el tamizaje de VIH en población varones también se realiza en los lugares de concentración de dicha población debido al poco acceso a los establecimientos de salud, dificultando la oferta si no se realizan campañas periódicas para captar a esta población. Los datos de los informes están expuestos a errores de digitación.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El objetivo de las intervenciones preventivas como el tamizaje para VIH, es que todo varón mayor de 18 años de edad debe conocer su estado serológico de VIH, como medida preventiva para el autocuidado y disminuir conductas de riesgo; así como contribuir con el diagnóstico y tratamiento oportuno, a fin de disminuir los casos con diagnóstico de la infección en estadios avanzados (SIDA), presencia de infecciones oportunistas y mejorar la calidad de vida. Esto disminuye la mortalidad por causas relacionadas al SIDA, mejora la calidad de vida de las personas y evita la transmisión del VIH a otras personas.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
N° de varones de 18 a 59 años con tamizaje de VIH / Total de varones de 18 a 59 años estimados según INEI x 100							
$PMRS = \frac{MRSUC}{MRSIC} * 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS- RSCCE							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Hoja de monitoreo de actividades -DPVIH							
SINTAXIS							
El análisis corresponde al número de tamizajes que se realizan en varones y que son informados en el reporte HIS y para el denominador se utilizan datos de estimaciones del INEI.							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO: (3043960)							
Nombre del Indicador:							
Cobertura de tamizaje VIH en adolescentes							
Ámbito de control							
Resulta esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO Población adolescente informada sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (3043960)							
DEFINICIÓN							
Es la búsqueda activa de casos de VIH, mediante la oferta del tamizaje de VIH a la población adolescente de 12 a 17 años en establecimientos de salud o en la comunidad.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS				
2019	2020	2021	2020	2022	2023	2024	2024
		138%	100%	70%	100%	100%	100%
ANÁLISIS DEL AVANCE:							
En el presente indicador se tubo dificultades ya que este grupo de población fue dispersada debido a la pandemia y la poca afluencia a un EESS para recibir su adecuada consejería y tamizaje. Sin embargo se continua con la búsqueda activa de este grupo poblacional en el extra muro y se logró cumplir con la meta y se continua con la oferta de servicio de los consultorios diferenciados en cada EESS en							
JUSTIFICACIÓN							
La revisión de este indicador permite evaluar acciones estratégicas orientadas a mejorar la salud de la población adolescente, por ser vulnerable a adquirir el VIH. Este indicador está directamente relacionado a la estrategia de diagnóstico temprano del VIH y la intervención oportuna en prevención y atención a la salud individual y colectiva.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Se debe precisar que el tamizaje de VIH en población adolescente también se realiza en los lugares de concentración de dicha población debido al poco acceso a los establecimientos de salud, dificultando la oferta si no se realizan estrategias para su acceso. Los datos de los informes están expuestos a errores de digitación. El abastecimiento de los dispositivos médicos estratégicos para el tamizaje de las personas, influirán en el indicador.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El objetivo de las intervenciones preventivas como el tamizaje para VIH, es que la población adolescente conozca su estado de diagnóstico de VIH, como medida preventiva para el autocuidado y disminuir conductas sexuales de riesgo; así como contribuir con el diagnóstico y tratamiento oportuno, a fin de disminuir los casos con diagnóstico de la infección en estadios avanzados (SIDA),							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Nº de adolescentes de 12 a 17 años con tamizaje de VIH / Total de adolescentes de 12 a 17 años estimados que corresponde al 5% de la población INEI (x 100)							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
SINTAXIS							
El análisis corresponde al tamizaje en VIH a la población adolescente.							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO: 30443968							
Nombre del Indicador:							
Porcentaje de personas diagnosticadas con ITS que reciben tratamiento							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa							
DEFINICIÓN							
Es la atención integral de los casos con infección de transmisión sexual (gonorrea, clamidia y otras), mediante la oferta en establecimientos de salud que incluyen los CERITS y UAMP.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS				
2019	2020	2021	2020	2022	2023	2024	
91.0	98.6	98.9	100.0	92.0	100.0	100.0	100.0
ANÁLISIS DEL AVANCE:							
Las atenciones realizadas en esta actividad esta en aumento a diferencia del año pasado, sin embargo del total de diagnosticados con las ITS solo recibieron tratamiento un 98.9% se tuvo dificultades en el control de calidad de la información.							
JUSTIFICACIÓN							
Por el alto porcentaje de los casos de ITS en la población diagnosticada, a fin de tratar oportunamente y cortar la cadena de transmisión en las parejas sexuales. La falta de tratamiento de las ITS incrementa el riesgo hasta 8 veces de adquirir el VIH.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Se precisa que los tratamientos de los casos diagnosticados, en algunos lugares no son completos al igual que los contactos tratados no se registran en su totalidad, existiendo un sub registro de información. Los datos de los informes están expuestos a errores de digitación.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se considera que la población con infecciones de transmisión sexual reciben tratamiento completo al igual que sus contactos, según manejo sindrómico o etiológico. Los beneficios que conlleva el tratamiento de ITS no son solo a nivel individual, sino a nivel colectivo ya que corta la cadena de transmisión. El manejo incluye tratamiento, consejería, manejo de contactos, uso adecuado y consistente del preservativo. Se espera además que la población modifique comportamientos sexuales de riesgo.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\text{Nº de personas con ITS que reciben tratamiento} / \text{Total de personas Diagnosticados con ITS} \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
SINTAXIS							
El análisis corresponde al número de tratamiento a las personas con ITS y que son informados en el HIS- Reporte y para el denominador se utilizan datos respecto al número de diagnosticados.							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA							
COD PRODUCTO: (3043971)							
Nombre del Indicador:							
Porcentaje de gestantes diagnosticadas con SÍFILIS que reciben tratamiento							
Ámbito de control							
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH/SIDA reciben tratamiento oportuno (3043971)							
DEFINICIÓN							
Son los casos nuevos con diagnóstico de sífilis en madres gestantes y/o puerperas con sífilis (Prueba Rápida y/o RPR/VDRL o confirmadas) y/o de sus parejas sexuales. Incluyendo intervenciones durante el embarazo, parto y/o puerperio dirigidas a evitar la sífilis congénita en el recién nacido y el tratamiento buscando la Disminución de transmisión vertical (gestantes con sífilis que reciben tratamiento completo)							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS			VALORES PROYECTADOS				
2019	2020	2021	2020	2021	2022	2023	2023
75%	70%	70%	100%	70%	100%	100%	100%
ANÁLISIS DEL AVANCE:							
Se tiene dificultad en el reporte y una adecuada Cruce de Información y control de calidad con Epidemiología y el reporte, se realizó el seguimiento y el tratamiento de los casos reactivos.							
JUSTIFICACIÓN							
La revisión de este indicador permite evaluar acciones estratégicas orientadas a mejorar la salud del recién nacido; está relacionado directamente a la estrategia de detección, tratamiento oportuno y seguimiento de la gestante y/o puerpera con infección por sífilis para la prevención de la transmisión vertical. Así como la detección, tratamiento y seguimiento del recién nacido expuesto o niño con infección por sífilis congénita.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Se precisa que los tratamientos de los casos diagnosticados, en algunos lugares no son completos al igual que los contactos tratados no se registran en su totalidad, existiendo un sub registro de información.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se considera a la población gestante y/o puerpera con sífilis que reciben tratamiento completo al							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Nº de gestantes y/o puerperas diagnosticadas y que reciben tratamiento / Total de personas							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
SINTAXIS							
El análisis corresponde al número de diagnosticado y tratamiento de sífilis para el denominador se utilizan datos respecto al número de diagnosticados.							
FUENTE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.							
BASE DE DATOS							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Dirección de Estadística e Informática (HIS)							
SINTAXIS							
El análisis corresponde al número de tratamiento a las personas con ITS y que son informados en HIS- Reporte y para el denominador se utilizan datos respecto al número de diagnosticados.							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO								
PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS								
COD PRODUCTO: 0017								
Nombre del Indicador:								
COBERTURA DE VACUNACION CANINA CONTRA LA RABIA								
Ámbito de control								
<i>Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO</i>								
DEFINICIÓN								
Es la proporción de canes vacunados contra la rabia en relación a la población canina estimada								
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO								
Indicador de cobertura								
VALOR DEL INDICADOR								
VALORES HISTORICOS					VALORES PROYECTADOS			
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
79.39	86.8	86.94	47.91	67.1	95	95	95	95
JUSTIFICACIÓN								
La vacunación antirrábica de canes es la actividad preventiva, que tiene como finalidad inducir en el animal la formación de anticuerpos necesarios para evitar la enfermedad y su transmisión al hombre y a otros animales susceptibles. El Ministerio de Salud es la única entidad competente para efectuar campañas masivas de vacunación antirrábica en canes con fines de prevención y control a nivel nacional, las mismas que serán gratuitas								
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS								
Es difícil estimar la población canina pues hay un número importante de perros sin propietarios. Precisamente estos perros son los que tienen más riesgo de adquirir la enfermedad								
PRECISIONES TÉCNICAS								
Se considera en el conteo de animales vacunados contra la rabia durante las campañas de vacunación organizados por los establecimientos de salud, una vez al año y por un periodo de dos días consecutivos, preferentemente sábados y domingos. Se debe obtener un cálculo de la población canina, a través de los registros históricos de las coberturas de vacunación, asociados a la situación epidemiológica del área con presencia o ausencia de casos o a las encuestas de opinión. También se puede estimar la población canina a través de muestreos estadísticos o censos, realizados en forma periódica, priorizando áreas de riesgo o poblaciones caninas que manifiesten cambios en su dinámica. El nivel local debe disponer de estimaciones de población canina (índice perro/habitante). El número de canes a vacunar en campañas debe ser mínimo de un 80% de la población estimada								
MÉTODO DE CÁLCULO								
Numerador: número de canes vacunados Denominador: población canina estimada El indicador se expresa en porcentaje.								
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES								
Se realizan mediciones anuales.								
FUENTE DE DATOS								
Fuente de información es HIS a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.								
BASE DE DATOS								
Fuente de información es HIS a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.								
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN								
Norma técnica								
ANÁLISIS								
El año 2021, se cumplió con la vacunación antirrábica canina, llegando a vacunar a 22,526 canes a nivel de la RSCCE, se alcanzó esta cobertura de 67.1% a pesar de las dificultades que se nos presentaron, siendo la principal el estado de emergencia frente al SARS CoV-2, seguido de la parte presupuestal que fue muy limitante en la adquisición de los insumos y materiales necesarios para alcanzar el cien por ciento de las metas físicas, esto debido al incremento del precio de los insumos y materiales como collarines, formatería, combustibles entre otros.								
SINTAXIS								
No aplicable								

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS
COD PRODUCTO: 0017

Nombre del Indicador:

PROPORCION DE PERSONAS EXPUESTAS A RABIA QUE RECIBE ATENCION

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Es la proporción de pacientes que reciben atención integral para la exposición al virus de la rabia en relación a los pacientes que acuden a un establecimiento de salud por haber estado expuesto a la rabia debido a la mordedura de un animal

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Indicador de cobertura

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS					VALORES PROYECTADOS			
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
65.23	66.71	70.69	53.7	70.44	80	85	88	90

JUSTIFICACIÓN

La atención de personas expuestas al virus de la rabia es el conjunto de medidas preventivas o profilácticas, que se realizan cuando una persona está expuesta efectiva o potencialmente al virus rábico, con la finalidad de evitar la enfermedad. La exposición puede ser leve o grave. El tratamiento incluye el manejo local de la herida mediante el lavado con agua y jabón. Además se debe aplicar la vacunación antirrábica. De haberse producido la mordedura en cara, cabeza, cuello o pulpejo de dedo de la mano, se indicara el suero antirrábico, tomando en cuenta las previsiones necesarias para prevenir un shock anafiláctico.

El manejo de la exposición es complejo; además de la atención en el momento agudo es necesario un manejo a mediano plazo con la aplicación de todas las dosis de la vacuna y la observación del animal mordedor. Por ello es necesario monitorear el adecuado cumplimiento de estas actividades según lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La evaluación de si el paciente ha recibido la atención integral es compleja, requiriendo de multiples formatos para la verificación, por lo que es un indicador de difícil medición.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera en el conteo a aquellas personas que han sido atendidas en un establecimiento de salud por el riesgo de rabia y que han recibido: tratamiento local de la mordedura, atención específica con vacuna antirrábica humana de acuerdo a normatividad vigente, consejería y material educativo en el momento de la atención, tres visitas domiciliarias de seguimiento de vacunación, tres visitas domiciliarias de observación del animal mordedor (perro, gato) en un periodo de 10 días para determinar su condición de riesgo (al 1º, 5º y al 10º día), entrega del carné de vacunación antirrábica humana de monitoreo de esquema de vacunación a la persona en tratamiento, Registro en la Ficha de Atención de personas mordidas y en los libros de "Registro de denuncia de mordeduras por animales" y "Registro de pacientes en vacunación antirrábica humana".

MÉTODO DE CÁLCULO

Númerador: personas que reciben atención integral para la exposición al virus de la rabia
Denominador: personas que acuden al establecimiento de salud por haber estado expuesto a la rabia debido a la mordedura de un animal. El indicador se expresa en

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Se realizan mediciones anuales.

FUENTE DE DATOS

Fuente de información es HIS y registros hospitalarios a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.

BASE DE DATOS

Fuente de información es HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

HIS/ MINSA

Norma tecnica

ANALISIS

El año 2021, se alcanzo un porcentaje de 70.44% llegando a registrar 472 personas expuestas a rabia por accidentes de mordedura de can, en el primer trimestre del año, la poblacion no acudio a los ee.ss. Debido al temor de contagio del Covid19, normalizandose progresivamente, sin embargo, existe poblacion que no toma en cuenta las recomendaciones de los riesgo de transmision de la rabia, debiendose fortalecer la difusion en las medidas de prevencion de las enfermedades metaxenicas y zoonosis.

SINTAXIS

No aplicable

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS

COD PRODUCTO: 0017

Nombre del Indicador:

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE ACCEDEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ANTE UN ACCIDENTE POR ANIMALES PONZOÑOSOS

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO

DEFINICIÓN

Número de personas que acceden al establecimiento de salud ante un accidente por animales ponzoñosos sobre el número total de personas en el área de riesgo por 100.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Indicador de cobertura

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS					VALORES PROYECTADOS			
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
55	88.8	73.3	0	20	62	62.5	70	80

JUSTIFICACIÓN

En el año 2008 se reportan 2343 casos de ofidismo, registrándose 22 (0.9%) fallecimientos y 11 (0.5%) personas con secuelas, 6141 accidentes con arácnidos, de esta cifra 2817 casos pertenecían a accidentes con la araña del género Loxoceles, atendándose a 887 (31.5 %) personas. En la Consulta técnica sobre accidentes con animales ponzoñosos en Latinoamérica OPS/OMS se llama la atención sobre las condiciones mínimas que deben tener los centros de atención de agredidos, se destacó la obligatoriedad de contar con personal y equipamiento médico para atender casos muy graves y reacciones adversas al suero y se recomendó valorar-caso por caso-situaciones que se aparten de la regla (e.g. aplicación de suero en condiciones precarias). También dentro de sus compromisos incide en la prevención de la enfermedad mediante la difusión de la información hacia las comunidades, además de realizar un trabajo cooperativo en este aspecto con ellos especialmente con sus líderes, así también como la atención primaria y en los centros de salud para prevenir la letalidad de estos accidentes.

En La Norma Técnica sobre Prevención y Tratamiento de Accidentes por Animales Ponzoñosos Nt No. 007-Minsa/Dgsp-V.01, en el inciso 7 se nombra a la educación sanitaria la cual tiene como finalidad de hacer que la comunidad y las instituciones locales (educación, agricultura, etc.) participen activamente en la reducción del problema de los accidentes por animales ponzoñosos y para ello se debe tomar conciencia de ese problema y luego enseñar las formas de prevenir dichos accidentes. Así mismo se señalan las medidas de prevención la atención primaria, en centros de salud y definitiva del paciente en caso de accidentes ofídicos y arácnidos.

Por lo tanto mediante estas premisas es necesario educar a la población en riesgo para que se dirija a un centro de salud en caso de un accidente por animales ponzoñosos y así evitar la letalidad y consecuencias de este tipo de incidentes.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Las limitaciones en la obtención de la información de personas que tienen accidentes con animales ponzoñosos son los problemas en la accesibilidad al registro de notificación de casos, la falta de una continuidad periódica en la elaboración de los registros (DGSP-ESN Zoonosis).

La falta del mantenimiento de las actividades intersectoriales, con participación de la comunidad organizada aunados a la promoción de hábitos y costumbres en la prevención y control de accidentes con animales ponzoñosos.

Otras limitaciones son la lejanía de los centros de salud con respecto a las áreas donde ocurren los accidentes, la falta de insumos, falta de conocimiento en atención primaria con respecto a accidentes de animales ponzoñosos tanto en la población como en el personal de salud, la dificultad de hacer un diagnóstico diferencial por la sintomatología análoga con otras dolencias, y hábitos por aspectos socio culturales como por ejemplo las supersticiones en cuanto a la prevención (usar ajos para ahuyentar a las serpientes, concebir que las serpientes no muerden estando en el agua) y la atención del accidente (concepción de brujerías o chamanismo en la aparición de la sintomatología).

PRECISIONES TÉCNICAS

La obtención de la información sobre las personas con accidentes por animales ponzoñosos será recogida de los informes operacionales de las DIRESAS y DISAS

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas que acceden al establecimiento de salud ante un accidente por animales ponzoñosos

Denominador: Número total de personas en el área de riesgo

El porcentaje de personas que acceden al establecimiento de salud ante un accidente por animales ponzoñosos puede calcularse dividiendo el número de personas que acceden al establecimiento de salud ante un accidente por animales ponzoñosos por el total de personas en el área de riesgo y multiplicando el resultado por 100.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual. El estimado nacional de este indicador estará disponible hacia el primer trimestre de 2012, cuando se tendrán disponibles los datos completos de las Direcciones Regionales.

FUENTE DE DATOS

Dirección General de Epidemiología - HIS MINSAs ESN ZONOSIS-Instituto Nacional de Salud-Red de Laboratorios de las Regiones de Salud

BASE DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

HIS/ MINSAs Norma técnica

SINTAXIS

Los accidentes por animales ponzoñosos, fueron registrados en número de 5 casos, de los cuales fueron heridas leves sin complicaciones, llegando a un 20% de avance.

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: PP0018 PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES							
COD PRODUCTO:3000011							
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses							
Ámbito de control:							
Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal						PLIEGO: 400 GOBIERNO	
DEFINICIÓN							
La población de 50 años de edad a más es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión, la principal causa de ceguera en este grupo de edad es por catarata degenerativa o senil, que provoca la disminución de la agudeza visual y conduce a ceguera. Esta enfermedad ocular dificulta las actividades de la vida diaria y/o laborales disminuyendo la calidad y expectativa de vida de la personas.							
Este indicador permitirá obtener información sobre la accesibilidad de los servicio de salud ocular en esta población a las actividades preventivas de tamizaje de agudeza visual							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
12%	21%	37%	23%	30%	40%	50%	60%
PRECISIONES TÉCNICAS							
Numerador : N° de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses . Multiplicado por 100. Denominador: población de 50 a mas años de edad							
Unidad de medida: Porcentaje Persona Tamizada (%)							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Personas con tamizaje de agudeza visual = $\frac{\text{Personas que reportan agudez visual} * 100}{\text{Población de personas mayores de 50a años}}$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES							
BASE DE DATOS							
REPORTE HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Encuesta							
SINTAXIS							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: PP0018 PROGRAMA PRESUPUESTAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

COD PRODUCTO:3000013

Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses

Ámbito de control:

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

PLIEGO: 400 GOBIERNO

REGIONAL CUSCO

DEFINICIÓN

La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropías o errores refractivos. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica siendo este problema especialmente presente en zonas rurales y poblaciones pobres.

Este indicador permitirá obtener información sobre la accesibilidad de los servicios de salud ocular en esta población a las actividades preventivas de tamizaje de agudeza visual

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Indicador de desempeño / Resultado Inmediato eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
45%	41%	28%	35%	40%	45%	55%	65%

PRECISIONES TÉCNICAS

Numerador: niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niños y niñas de 3 a 11 años.

Unidad de medida: Porcentaje Persona Tamizada (%)

MÉTODO DE CÁLCULO

$$\frac{\text{Niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual}}{\text{población de 3 a 11 años}} \times 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

BASE DE DATOS

Reporte HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Encuesta

SINTAXIS

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 AÑOS A MAS CON PRESION ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE SALUD							
Ámbito de control: Resultado Final							
Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal							
DEFINICIÓN							
Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y constituyen							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
personas de 15 a más años. De Resultado Intermedio.							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
ANALISIS							
De acuerdo a ENDES, en el año 2018-2019, se detecto el 37.2% de personas > de 15 años con comorbilidades HTA, DM. En la sierra se tiene un 29%, sin embargo como UE. 401-SCCE, para el año 2021 alcanzamos el 0.3% (172 casos de HTA. de acuerdo a HIS). Cifra estacionaria en los ultimos 3 años.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de personas mayores de 15 años con Hipertensión Arterial							
MÉTODO DE CÁLCULO							
El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado:							
Valores no exactos en los encuestados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
: Numerador: N° de Personas de 18 años a mas, con Presión Arterial Elevada, diagnosticados							
Unidad de medida: Porcentaje (%)							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\text{Personas con HTA} = \frac{\text{Personas} > 18\text{a con HTA}^*}{\text{Personas} > \text{de } 18 \text{ años}} \times 100$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES							
BASE DE DATOS							
Información HIS y Pob Total							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Encuesta							
SINTAXIS							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO								
PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES								
COD PRODUCTO: 43997								
Nombre del Indicador:								
PROPORCIÓN DE PERSONAS PRIORIZADAS EXPUESTAS A METALES PESADOS TAMIZADOS								
Ámbito de control								
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO								
Resultado Final								
DEFINICIÓN								
El Porcentaje de personas priorizadas expuestas a metales pesados en zonas de riesgo para metales pesados.								
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO								
Eficacia y Eficiencia								
VALOR DEL INDICADOR								
VALORES HISTORICOS					VALORES PROYECTADOS			
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
194.8	74.8	80.88	60.71	126.32	100	100	100	100
JUSTIFICACIÓN								
<p><i>El número de casos tamizados con exposición por Metales Pesados, es una medida de la prevalencia de este problema priorizando la población vulnerable específico, como niños y gestantes. El número de casos tamizados con exposición por Metales Pesados, es una medida de la prevalencia de este problema priorizando la población vulnerable específico, como niños y gestantes. Es útil para determinar la magnitud del problema así como para medir el impacto de las intervenciones sanitarias dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas expuestas a fuentes contaminantes, siendo la población más vulnerable los niños menores de 12 años.</i></p> <p><i>En países en vías de desarrollo como el Perú, los casos de intoxicación por metales pesados se encuentran en un sub registro debido a diferentes variables, siendo la principal causa la falta de recursos humanos y económicos para hacer un adecuado diagnóstico y registro de casos.</i></p>								
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS								
<p>Zonas de riesgo priorizadas aun no bien determinadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dificultades en la recolección estadística · Sub registro e inadecuado reporte del dato. 								
PRECISIONES TÉCNICAS								
<p><i>La población expuesta a metales pesados, es población que se encuentra directamente en la zona de riesgo a metales pesados sea antropogénica o natural.</i></p> <p><i>El tratamiento es la quelación y la erradicación de la zona de riesgo a metales pesados.</i></p> <p><i>La toma de muestra para metales pesados se dificulta por no contar con los insumos adecuados como región.</i></p>								
MÉTODO DE CÁLCULO								
$A: \text{Numerador: } N^{\circ} \text{ de Personas Expuestas a Metales Pesados Tamizadas } \times 100$ <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> $B: \text{Denominador } N^{\circ} \text{ total de personas, priorizadas para tamizaje}$								
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES								
Semestral y anual								
FUENTE DE DATOS								
HIS								
BASE DE DATOS								
HIS								
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN								
Instrumento HIS								
ANÁLISIS								
El año 2021, se llegó a una cobertura de 126.32% siendo 1579 personas evaluadas, esto debido a que se realizó 2 atenciones médicas especializadas en los meses de agosto y diciembre en las zonas priorizadas de la provincia de Espinar, siendo los establecimientos de salud de Yauri, Pallpata y Tintaya Marquiri donde se realizaron dichas atenciones, por encontrarse en el área de influencia minera, motivo por el cual se tiene los avances por encima del cien por ciento.								
SINTAXIS								
No corresponde								

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 18 AÑOS A MAS CON PRESION ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE SALUD							
Ámbito de control: Resultado Final							
Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal							
DEFINICIÓN							
Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y constituyen							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
personas de 15 a más años. De Resultado Intermedio.							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
ANALISIS							
De acuerdo a ENDES, en el año 2018-2019, se detecto el 37.2% de personas > de 15 años con comorbilidades HTA, DM. En la sierra se tiene un 29%, sin embargo como UE. 401-SCCE, para el año 2021 alcanzamos el 0.2% (172 casos de HTA. de acuerdo a HIS). Cifra estacionaria en los ultimos 3 años.							
JUSTIFICACIÓN							
Determinar la proporción de personas mayores de 15 años con Hipertensión Arterial							
MÉTODO DE CÁLCULO							
El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado: Valores no exactos en los encuestados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
: Numerador: N° de Personas de 18 años a mas, con Presión Arterial Elevada, diagnosticados Unidad de medida: Porcentaje (%)							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\text{Personas con HTA} = \frac{\text{Personas} > 18\text{a con HTA}^* 100}{\text{Personas} > \text{de } 18 \text{ años}}$							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual							
FUENTE DE DATOS							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES							
BASE DE DATOS							
Información HIS y Pob Total							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Encuesta							
SINTAXIS							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER					
COD PRODUCTO:5006002					
Nombre del Indicador: Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou e IVAA en los últimos tres años y conocieron su resultado.					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
Este indicador permite determinar el porcentaje de mujeres que se han realizado las prueba de Papanicolaou e IVAA en los últimos tres años y conociendo su resultado, tomando como población referencial (POB.INEI)(DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA)					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2019	2020	2021	2022	2023	2024
96.00%	26.00%	52.76%	80.00%	83.00%	85.00%
ANALISIS DEL AVANCE:					
La falta de afluencia a los EESS en este grupo poblacional ,como tambien Se sigue presentando demora en la entrega de resultados de PAP,el personal de laboratorio no se abastece para realizar las lecturas de las laminas de PAP.					
JUSTIFICACIÓN					
Este indicador permite determinar el porcentaje de mujeres que se han realizado las prueba de Papanicolaou y el IVAA en los últimos tres años que conociendo su resultado, tomando como población referencial (POB.INEI)(DIRECCION DE					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Se tiene poca afluencia al EESS de la poblacion en esta edades para el tamizaje,hay demora en lecturas.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
La elaboracion de este indicador sera considerando por el resultado que la paciente recibe. Se dificulta por no contar con los resultados de Papanicolaou y la entrega de					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de mujeres de 25 a 64 años de edad que conocen el resultado. Denominador: N° de mujeres de 25 a 64 años de edad programadas.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER					
COD PRODUCTO:5006005					
Nombre del Indicador:					
Porcentaje de mujeres (40 a 69) que se han realizado examen clínico de mamas en los ultimos 12 meses.					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
Este indicador permite determinar el porcentaje de mujeres que se han realizado el tamizaje de cancer de mama a través del examen clínico de mamas.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:			VALORES PROYECTADOS		
VALORES HISTORICOS					
2019	2020	2021	2022	2023	2024
99.00%	38.90%	72.70%	80.00%	85.00%	88.00%
ANALISIS DEL AVANCE:					
En el presente producto afecto mucho que la población no quiera acudir al EESS por miedo al contagio, se suma a esto la falta de actividad extramural para realizar oferta de servicio ,el personal se aboca a apoyar en la vacunación covid.					
JUSTIFICACIÓN					
Una detección temprana es la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama,la detección temprana con un examen clínico o hace que la persona reciba tratamiento oportuno.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
El indicador medira solo lo reportado.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se recogerá la información a través del registro HIS de todas las atenciones registradas en la historias clínica de cada EESS.					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.					
Numerador: N° de mujeres de 40 a 69 años de edad que se han realizado examen clínico de mamas en el últimos año.					
Denominador: N° de mujeres de 40 a 69 años de edad programado.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

**FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER**

COD PRODUCTO:5006007

Nombre del Indicador:

Porcentaje de personas de 50 a 75 años de edad que se han realizado la prueba de tamizaje de colon y recto.

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER

DEFINICIÓN:

Este indicador permite determinar a través de una evaluación médica preventiva en cáncer de colon y recto que incluye el examen físico e indicación y contar con el resultado de sangre oculta en heces.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:

EFICACIA

VALOR DEL INDICADOR:

VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2019	2020	2021	2022	2023	2024
81.00%	24.60%	36.00%	60.00%	70.00%	75.00%

ANALISIS DEL AVANCE:

Personal medico insuficiente, personal biologo abocado a la pandemia. Y se limito la atencion en este grupo de poblacion.

JUSTIFICACIÓN

Una detección temprana es la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de colon y recto, una detección temprana hace que la persona

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

El indicador medira solo lo reportado. El servicio de laboratorio es limitado por falta de personal ya que aumentan las actividades en este servicio.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se recogerá la información a través del registro HIS de todas las atenciones registradas en la historias clínicas de cada EESS.

MÉTODO DE CÁLCULO

Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.

Numerador: N° de personas de 50 a 75 años de edad que se han realizado la prueba del tamizaje de colon recto.

Denominador: N° de personas de 50 a 75 años de edad programados.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.

BASE DE DATOS

Dirección de Estadística e Informática (HIS)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Dirección de Estadística e Informática (HIS)

SINTAXIS:

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER					
COD PRODUCTO:5006008					
Nombre del Indicador:					
Porcentaje de varones con Tamizaje para la deteccion de cancer de prostata.					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
Conjunto de actividades que se brinda a los varones comprendida entre 40 a 75 años de edad, a fin de realizar el tamizaje de cáncer de próstata la misma que se realiza través de la identificación de factores de riesgo para Cáncer de Próstata y la evaluación médica con Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) cuantitativo					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2019	2020	2021	2022	2023	2024
87.00%	30.00%	32.00%	80.00%	82.00%	85.00%
ANALISIS DEL AVANCE:					
Se evidencia la falta de entrega de resultados del PSA, como tambien el Cambio constante e insuficiente personal medico en los establecimientos para realizar la actividad.					
JUSTIFICACIÓN					
Este indicador permite determinar el porcentaje de varones entre 40 a 75 años de edad que se han realizado la identificación de factores de riesgo para Cáncer de Próstata y la evaluación médica con Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) ,para la deteccion del cancer de prstata en forma temprana hace que reciba un tratamiento oportuno.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Se cuenta con un solo lector de Eliza para realizar el descarte, a esto se suma la falta de personal, y el miedo del poblador a ser contagiado en este grupo de edad y no acude al EESS. El indicador medirá solo lo reportado.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se recogerá la información a través del registro HIS de todas las atenciones registradas en la historias clinica de cada EESS.					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N° de varones de 40 a 75 años de edad que se han realizado la identificación de factores de riesgo para Cáncer de Próstata y la evaluación médica con Dosaje de Antígeno Prostático (PSA) en el ultimo año. Denominador: N° de varones de 40 a 75 años de edad programados.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER					
COD PRODUCTO:5006009					
Nombre del Indicador:					
Porcentaje de población de 18 a 70 años de edad que se realiza el tamizaje de cáncer de piel					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
Conjunto de actividades que se brinda a la población comprendida entre 18 a 70 años de edad, a fin de realizar el tamizaje de cáncer de piel, la misma que incluye una evaluación médica de los nevus en piel.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2019	2020	2021	2022	2023	2024
100.00%	55.80%	62.30%	80.00%	85.00%	90.00%
ANALISIS DEL AVANCE:					
Insuficiente personal medico,falta de organización de los mismos en los establecimientos para realizar la actividad.					
JUSTIFICACIÓN					
Este indicador permite determinar el porcentaje de personas que se han realizado el tamizaje de cancer de piel y el diagnostico en forma temprana hace que se reciba un tratamiento oportuno.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Se tendra solo lo reportado.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se recogerá la información a través del registro HIS de todas las atenciones					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.					
Numerador: N° de personas de 18 a 70 años de edad que se han realizado el tamizaje de pel en el últimos año.					
Denominador: N° de personas de 18 a 70 años de edad programado.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CANCER					
COD PRODUCTO:5006000					
Nombre del Indicador:					
Porcentaje de Consejeria preventiva en factores de riesgo para el cancer.					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
Conjunto de actividades orientadas a brindar consejería, la misma que está definida como : El proceso de comunicación interpersonal entre personal de salud (consejero) e individuos, familias y comunidades (aconsejados) en los cuales identifica factores de riesgo a cáncer, proporcionando información que facilite la reflexión crítica sobre el riesgo de continuar en el hábito nocivo y los beneficios de adoptar la conducta saludable					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
INDICADOR DE PORCENTAJE					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2019	2020	2021*	2022	2023	2024
95.00%	100.00%	68.00%	80.00%	90.00%	100.00%
JUSTIFICACIÓN					
Este indicador permite que el personal de salud identifique las necesidades de la persona de 18 a 75 años de edad que proporciona orientacion e informacion para promover cambios en los conocimientos actitudes, y comportamiento hacia la prevencion primaria y secundaria reduciendo los factores de riesgo y fomentando la deteccion precoz en la poblacion aparentemente sana.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Se tendra solo lo reportado.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se recogerá la información a través del registro HIS de todas las atenciones					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.					
Numerador: N° de personas de 18 a 75 años de edad que se han recibido consejeria en el últimos año.					
Denominador: N° de personas de 18 a 75 años de edad programados.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0129 PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES							
COD PRODUCTO: 3000689							
Nombre del Indicador:							
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CERTIFICADAS EN LOS EESS							
Ámbito de control							
Indicador de desempeño de producto PERSONA CON DISCAPACIDAD CERTIFICADA EN Resultado Final							
DEFINICIÓN							
Este indicador hace referencia a la proporción de Personas con Discapacidad que tiene							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
17	23.5	24	25	26	27	28	29
JUSTIFICACIÓN							
<p>El INEI reportó que el 88,6% de la población con alguna discapacidad no recibió tratamiento para rehabilitación y solo el 11,4% si recibió algún tratamiento. Entre los que recibieron tratamiento de rehabilitación podemos mencionar los tratamientos de rehabilitación física (46,1%), tratamiento psicológico (18,9%), tratamiento psiquiátrico (11,3%), terapia de lenguaje (11,0%), apoyo emocional (3,8%), terapia ocupacional (3,6%), otro tipo (5,4%).</p> <p>Para medir el acceso de las PCD a las atenciones integrales es necesario contar con indicador de cobertura sobre la población de PCD, desglosada por niveles y ámbitos geográficos. Este indicador revela mejor el acceso a los servicios integrales de atención de PCD, que el porcentaje de atenciones a personas con discapacidad del total de las atenciones que brinda el ES, siendo este último un instrumento de medición de la capacidad y organización del establecimiento frente a los pacientes con discapacidad, pero no mide cuando de los PCD que viven en el territorio acceden a un servicio. A medida que en la comunidad se realizan acciones de captación y seguimiento de PCD, el indicador de acceso debe medir una mejor eficacia de la intervención en su conjunto.</p>							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
<ul style="list-style-type: none"> · La información que alimenta el indicador se obtiene a través de los registros del HIS del sector, este registro administrativo sectorial ha sido usado parcialmente a nivel regional ya que el año 2015 fue el primer año que se utilizó, por lo que podría ser una limitante el poco conocimiento de su importancia . · Existe correspondencia entre el valor del indicador y el resultado específico esperado. · Debido a que la recolección de datos para el cálculo del indicador es a través de una encuesta, se asume que la persona con discapacidad responde con la verdad. 							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se toma en consideración la certificación de las PCD y el Establecimiento de Salud que otorgó la certificación							
MÉTODO DE CÁLCULO							
<i>A: Numerador: Numero de Personas Con Discapacidad certificadas en los EESS X100</i>							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Aplicativo Web de Registro de Certificado de Discapacidad							
BASE DE DATOS							
Dirección Regional de Salud Cusco Dirección General de Intervenciones Estratégica en Salud Pública/Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad - Oficina General de Tecnologías de la Información							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Instrumento HIS							
SINTAXIS							
No corresponde							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

COD PRODUCTO:

NOMBRE DEL INDICADOR: % de personas con problemas psicosociales o trastornos de salud mental tamizadas.

Ámbito de control

DEFINICIÓN

En este indicador se contempla el total de personas que son atendidas por cualquier morbilidad en el establecimiento de salud y el total de personas que son tamizadas para identificar problemas psicosociales o trastornos de salud mental.

El tamizaje implica las actividades desarrolladas por personal capacitado a través de la observación de indicadores, entrevistas y aplicación de un cuestionario breve de preguntas (tamizaje) con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales en las personas atendidas en el establecimiento de salud, y concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos en el tamizaje y la derivación al servicio del establecimiento de salud según corresponda.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
35.59%	49.68%	23%	50%	60%	70%	80%	90%

JUSTIFICACIÓN

Este indicador busca identificar y diagnosticar a las personas con algún tipo de trastorno de conducta o problema psicosocial a través de los tamizajes aplicados, a fin de garantizar que el establecimiento de salud atienda a dicha población a través de los respectivos tratamientos y paquetes de atención. Se busca que todas las personas que ingresan a algún establecimiento de salud del primer nivel, sean tamizadas a fin de identificar algún posible trastorno o problema psicosocial. Una mayor cantidad de tamizajes, permiten identificar a la población con algún trastorno o problema psicosocial.

Representa un proceso de vital importancia porque permite la detección temprana de factores de riesgo o estadios tempranos de una enfermedad, permitiendo un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento oportuno.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Limitaciones

- La información se obtiene del registro en el HIS (Health Information System); por tanto, el no registro en el HIS no permite el seguimiento del cumplimiento de la programación.

- Se debería buscar realizar el tamizaje a la totalidad de la población; sin embargo, se toma como referencia a la población que ingresa a un centro de salud de primer nivel dado que es altamente complejo programar actividades de tamizaje a la población en general.

Supuestos:

- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSa, están registrados y notificados

PRECISIONES TÉCNICAS

El número de personas tamizadas se obtiene del total de personas que se les aplica los protocolos para la detección de trastornos o problemas psicosociales. Dichos protocolos consisten en la observación de indicadores y entrevista aplicando un cuestionario breve de preguntas con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos relacionados a trastornos mentales y/o problemas psicosociales. Se considera en el tamizaje a la siguiente población:

- Niños y niñas de 3 a 11 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud.
- Adolescentes de 12 a 17 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud.
- Personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades en los establecimientos de salud de primer nivel.

Las personas atendidas son aquellas que ingresan a los establecimientos de salud del primer nivel, a fin de atender por cualquier morbilidad. Se toman en cuenta los casos nuevos, así como los reingresos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Valor del indicador = A/B

A: Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)

B: Número de personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Registro HIS—Health Information Systems – Ministerio de Salud

COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO

En el presente indicador se pudo realizar la aplicación del tamizaje casi al 50% de los usuarios que asistieron a los establecimientos del primer nivel de atención, lo cual ayudó de sobre manera a la captación oportuna de casos de problemas psicosociales y trastornos mentales para su posterior tratamiento.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha HIS

SINTAXIS

U100, U140, Lab (EP, AD, VIF y TD), asociado a Consejería en Salud Mental (99404).

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de las personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento							
AMBITO DE CONTROL:							
Indicador de desempeño de producto POBLACIÓN CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD							
DEFINICIÓN							
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en algún problema psicosocial y/o trastorno de salud mental; y sobre este grupo, quienes inician un tratamiento (posterior al diagnóstico que confirme el tamizaje). Las personas que inician el tratamiento son aquellas a las que se les entrega un paquete de atención frente a la detección de algún problema psicosocial: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. El tratamiento consiste en: Consultas de salud mental, intervenciones individuales de salud mental, psicoterapia individual y visitas domiciliarias; según nivel de atención.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
2.04%	4%	7%	4%	10%	12%	14%	16%
JUSTIFICACIÓN							
El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje, a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas psicosociales detectados. Se busca que las personas que son diagnosticadas con problemas psicosociales, sean atendidas de manera oportuna a fin de evitar el agravamiento de la enfermedad o trastorno y las consecuencias de ello.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones - El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente. - Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirme el resultado positivo del tamizaje. Supuestos: - Tamizajes previstos serán realizados por el equipo básico de salud (médico, enfermera, obstetra y otros profesionales de salud) como una actividad permanente en los servicios. - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados.							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Se considera a las personas detectadas con problemas psicosociales a aquellas personas cuyo tamizaje resultó positivo. El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con problemas psicosociales: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. Dicho paquete se realiza previo un diagnóstico que confirme el resultado positivo del tamizaje, e incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta de Salud Mental: actividad realizada por un profesional con competencias para la evaluación de un paciente derivado con tamizaje positivo. En esta actividad se valora la complejidad del problema presentado, se evalúa el estado mental, se formula el diagnóstico, se deriva para evaluación médica y se elabora el plan de intervención. <input checked="" type="checkbox"/> Intervención individual en salud mental, es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo abordar los problemas psicosociales identificados. <input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia individual, es realizada por un psicólogo o profesionales de la salud con formación psicoterapéutica y aborda los casos que requieran mayor capacidad resolutoria como: abuso sexual y casos con comorbilidad. <input checked="" type="checkbox"/> Visita domiciliaria: actividad dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{A}{B}$ Donde A = Número de personas detectadas por problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento. B = Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)							
NIVEL DE DESAGREGACIÓN							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS –Health Information Systems - Ministerio de Salud							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
se puede evidenciar que el presente indicador esta en incremento año tras año lo cual se evidencia que la captacion de casos de violencia intrafamiliar a traves de la aplicación del cuestionario de VIF ayuda a tener una mejor captacion							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Ficha HIS Responsable de recopilación de datos DIRESA/GERESAS Responsable de procesamiento de datos OGTI -MINSA							
SINTAXIS							
CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo y Lab (sesión 1) - Síndromes del Maltrato: T740, T741, T742, T743, T748, T749. If (diagnost="D" and inlist(codigo,'T740','T741','T742','T743','T748','T749')) maltrato = 1 . - Negligencia y Abandono: Y060, Y061, Y062, Y068. If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Y060','Y061','Y062','Y068')) abandono = 1 . - Otros Síndromes de Maltrato: Y070, Y071, Y072 (Bullying), Y073, Y078. If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Y060','Y061','Y062','Y068')) síndrome = 1 . - Secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada: Y870, Y871. If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Y870','Y871')) lesiones = 1 . - Otros problemas relacionados con la crianza del niño: Z624 Z626. If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Z624','Z626')) crianza = 1 . - Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares: Z630, Z631, Z632, Z634, Z635, Z636, Z637, Z653, Z654, Z655 . If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Z630','Z631','Z632','Z634','Z635','Z636','Z637','Z653','Z654','Z655')) grupo = 1 . - Problemas relacionados con el estilo de vida: Z720, Z721, Z722, Z728, Z733 If (diagnost="D" and inlist(codigo,'Z720','Z721','Z722','Z728','Z733')) vida = 1 .							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad reciben diagnóstico y tratamiento.							
AMBITO DE CONTROL							
Indicador de desempeño de producto PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD SON TRATADAS OPORTUNAMENTE							
DEFINICIÓN							
<p>En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad; y el total de personas que inician su atención por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad (diagnóstico y tratamiento) en (depresión y conducta suicida) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p>Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos y de ansiedad, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud que cuenten con profesional psicólogo y se aplica el paquete de atención una vez al año.</p> <p>El tratamiento puede ser ambulatorio y con internamiento, y según nivel de complejidad, consiste en: Consulta médica, intervención individual, intervención familiar, psicoterapia individual, visita domiciliaria, tratamiento psicofarmacológico</p>							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
20.35%	29%	39%	17%	26%	40%	54%	68%
JUSTIFICACIÓN							
<p>La depresión es un enfermedad neuropsiquiátrica muy prevalente, recurrente, que se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida, con discapacidad y muerte prematura.</p> <p>El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas de trastornos afectivos y de ansiedad detectada. Se busca prevenir y así prevenir la agudización de la enfermedad, reducir los ratios de suicidio y problemas sociales asociados.</p>							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
<p>Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje. <p>Supuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe voluntad política de los gestores de la salud. - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSa, están registrados y notificados 							
PRECISIONES TÉCNICAS							
<p>El indicador mide a las personas detectadas que son aquellas personas con problemas psicosociales cuyo tamizaje resultó positivo.</p> <p>El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos afectivos (episodio depresivo y conducta suicida) y trastorno de ansiedad. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio o internamiento):</p> <ul style="list-style-type: none"> · Consulta médica, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una persona que presenta un trastorno afectivo (depresión o conducta suicida) o de un trastorno de ansiedad. · Intervención individual: es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento mediante el soporte emocional y la psicoeducación que permita a la persona en tratamiento la naturaleza de su problema de salud mental, afrontar el estigma y adherirse al tratamiento psicosocial y farmacológico (si está prescrito). · Intervención familiar: actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por un profesional de la salud en todos los establecimientos de salud. · Psicoterapia individual: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo u otro profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y los trastornos de ansiedad. · Visita domiciliaria, actividad desarrollada en el domicilio del paciente, dirigida a la familia del paciente para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento. 							
MÉTODO DE CÁLCULO							
A/B <p>Donde</p> <p>A = Número de personas detectadas (con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.</p> <p>B = Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)</p>							
NIVEL DE DESAGREGACIÓN							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS – Health Information Systems – Ministerio de Salud							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
En el presente indicador se puede evidenciar que la captación de casos positivos de trastornos de depresión, ansiedad e intento de suicidio se va incrementando, esto debido al compromiso de búsqueda de mencionados casos que tienen los responsables de salud mental y por la implementación de los centros de salud mental comunitario							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Ficha HIS							
Responsable de recopilación de datos							
DIRESAS							
Responsable de procesamiento de datos							
OGTI -MINSa							
SINTAXIS							
CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo y Lab (sesión 1)							
<ul style="list-style-type: none"> · Trastornos del humor (afectivos) y Episodio Depresivo: F30, F31, F32, F33, F34 Y F38. If (diagnost='D' and inlist(substr(codigo,1,3),'F30','F31','F32','F33','F34','F38') and labconf='1') trastorno = 1 . · Conducta suicida: Del X60 al X84 If (diagnost='D' and between(substr(codigo,1,3),'X60','X84') and labconf='1') suicida = 1 . · Trastornos de ansiedad, neuróticos, trastornos relacionados al stress y trastornos somatomorfos: Del F40 al F48. If (diagnost='D' and between(substr(codigo,1,3),'F40','F48') and labconf='1') ansiedad = 1 . 							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, son tratadas oportunamente							
AMBITO DE CONTROL							
Indicador de desempeño de producto PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DEL ALCOHOL TRATADAS OPORTUNAMENTE							
DEFINICIÓN							
En este indicador se contempla el total de personas de 15 años a más, con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, que son atendidas en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Las personas detectadas son aquellas personas a las cuales se les realiza el tamizaje respectivo y dieron resultado positivo en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol, y que inician su tratamiento, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud con competencias							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia/ Resultado							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
3.87%	13.34%	41%	5%	20%	26%	36%	46%
JUSTIFICACIÓN							
El indicador permite evaluar la cobertura de la atención oportuna de las personas con tamizaje. Se busca prevenir la agudización de la enfermedad y los problemas sociales asociados.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones - El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente. - Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje. - El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte debido a un sesgo de deseabilidad social.							
Supuestos: - Existe voluntad política de los gestores de la salud. - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSa, están registrados y notificados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El producto está dirigido a personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol que son identificadas vía el resultado del tamizaje. Se recoge información sobre la experiencia de haber sentido alguno de los síntomas investigados en los últimos 12 meses, empleando la escala CID-I, preguntando a aquellos que han consumido alcohol alguna vez en su vida, y preguntando específicamente si fue más de una ocasión para declararlo válido. Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador, esperando la declaración y asumiéndola como verdadera. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta experiencia en los últimos meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado. El inicio de tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. El tratamiento puede ser ambulatorio y con internamiento, y según nivel de complejidad, consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alcohol. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento: · Consulta médica de salud mental, realizada en el establecimiento de salud por un médico psiquiatra o médico con competencias para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una persona que presenta un trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alcohol. · Intervención individual: es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo coadyuvar al tratamiento con enfoque clínico psicosocial con el objeto de abordar los problemas identificados. · Intervención familiar: actividad dirigida a la familia con el objetivo de mejorar las relaciones entre los integrantes, sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación. · Psicoterapia individual: es la intervención terapéutica realizada por un psicólogo o profesional de la salud con formación psicoterapéutica y con competencias para el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol. · Visita domiciliaria, actividad dirigida a la familia del paciente y desarrollada en el domicilio del paciente, para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{A}{B}$ Donde							
A = Número de personas detectadas con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.							
B = Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)							
NIVEL DE DESAGREGACION							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS –Health Information Systems – Ministerio de Salud							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
En el presente indicador evidencia que la captación y tratamiento de casos positivos de trastornos mentales por consumo de alcohol está en incremento debido a la implementación de los CSMC los cuales a través de la referencia del primer nivel de atención son tratados en mencionado centro							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Ficha HIS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
DIRESAS							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
OGTI -MINSa							
SINTAXIS							
· F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, Y F109 con tipo de diagnóstico definitivo, Lab 1 If (diagnost='D' and substr(código,1,3)='F10' and labconf='1') cien = 1 . · Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al uso de Sustancias Psicoactivas: F100, F101, F102, F103, F104, F105, F106, F107, F108, Y F109. If (diagnost='D' and substr(código,1,3)='F10') cien = 1 .							

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
CÓD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia), son tratadas oportunamente							
AMBITO DE CONTROL							
Indicador de desempeño de producto PERSONAS CON TRASTORNOS Y SÍNDROME PSICÓTICO TRATADAS OPORTUNAMENTE							
DEFINICIÓN							
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos y síndrome psicótico, y el total de personas que inician su atención por trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.							
Las personas detectadas son aquellas personas que se les realiza el tamizaje respectivo y dieron resultado positivo en el diagnóstico de trastorno psicótico.							
Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastorno afectivos y de ansiedad y que inician su tratamiento, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud especializado.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
8.70%	45.05%	98.25%	14.56%	41.00%	47.00%	54.00%	61.00%
JUSTIFICACIÓN							
El indicador permite evaluar la cobertura de la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo.							
busca prevenir la agudización de la enfermedad y los problemas sociales asociados.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones							
El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.							
Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeta a un diagnóstico que confirme el resultado positivo del tamizaje							
Supuestos:							
Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El producto está dirigido a personas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) que son identificadas vía el resultado del tamizaje.							
El tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos y síndrome psicótico. El tratamiento puede ser ambulatorio, con internamiento y rehabilitación psicosocial a las personas con trastornos y síndrome psicótico. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento:							
Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico							
Es la atención por consultorio externo que se brinda a personas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia) con tamizaje positivo. El paquete de atención de los trastornos o síndromes psicóticos incluye el desarrollo de las siguientes actividades: Consulta médica.							
<ul style="list-style-type: none"> § Intervención familiar. § Visita domiciliaria. § Organización de grupos de soporte público o privado. § Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales. § Referencia y Contra referencia. 							
Tratamiento con internamiento de personas con síndrome o trastorno psicótico							
Es la atención con internamiento que se brinda a personas con síndrome o trastorno psicótico (esquizofrenia). El paquete de atención incluye el desarrollo de las siguientes actividades:							
<ul style="list-style-type: none"> § Consulta médica y/o especializada § Internamiento § Intervención § Visita familiar integral § Organización de grupos de soporte público (casas de medio camino, etc.) o privado. Clubes sociales. § Implementación de actividades de rehabilitación psicosocial y entrenamiento en habilidades sociales § Referencia y Contrareferencia 							
Rehabilitación psicosocial de personas con síndrome o trastorno esquizofrénico							
Se refiere al conjunto de intervenciones que atienden a las diferentes necesidades psicosociales de las personas afectadas con trastorno psicótico desde la valoración y desarrollo del funcionamiento global mediante sesiones periódicas de intervención múltiple a							
<ul style="list-style-type: none"> § Intervenciones psicoeducativas individuales § Intervenciones psicoeducativas familiares § Entrenamiento en habilidades sociales 							
Rehabilitación cognitiva y socio laboral.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{A}{B}$ donde							
A = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.							
B = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.							
NIVEL DE DESAGREGACION							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS –Health Information Systems- Ministerio de Salud							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
se evidencia un avance del 45.05% siendo un avance considerablemente optimo debido a que mencionados casos tienen su tratamiento farmacológico y psicoterapeutico para su reinserción a la sociedad esto gracias al CSMC							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
Ficha HIS							
Responsable de recopilación de datos							
DIRESAS							
Responsable de procesamiento de datos							
OGTI –MINSA							
SINTAXIS							
<ul style="list-style-type: none"> · CIE 10 con tipo de diagnóstico definitivo de síndrome o trastorno psicótico (esquizofrénico), Lab (sesión 1). · Trastorno Delirante [Esquizofreniforme] Orgánico: F062. If (diagnost='D' and codigo='F062' and labconf='1') delirante = 1. · Esquizofrenia, trastornos esquizotipicos y trastornos delirantes: F20, F22, F23, F24, F25, F28, F29. If (diagnost='D' and inlist(substr(código,1,3),'F20','F22','F23','F24','F25','F28','F29') and labconf='1') 							
esquizo = 1							

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO							
PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: % de niñas, niños, y adolescentes con déficits de habilidades sociales reciben y culminan las sesiones de habilidades sociales.							
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
DEFINICIÓN							
Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales son aquellos que han arrojado un resultado positivo en el tamizaje respectivo.							
Los paquetes de atención y tratamientos los reciben las niñas, niños y adolescentes, así como, los padres mediante sesiones de habilidades sociales y talleres de prevención en conductas de riesgo.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTORICOS				VALORES PROYECTADOS			
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
51%	21%	18%	12%	26%	36%	46%	56%
JUSTIFICACIÓN							
El indicador garantiza que la atención que reciben los niños, las niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales a través de los paquetes de sesiones de habilidades sociales. promueven un desarrollo emocional, fomenta la convivencia saludable y previene las conductas violentas, el consumo del alcohol, el embarazo en adolescentes y los problemas psicosociales.							
Este indicador busca proveer información sobre la calidad de las atenciones a los niños, niñas y adolescentes con déficits de habilidades sociales reciben paquete de sesiones. Se asume que los pacientes que culminan las sesiones, van a necesariamente mostrar mejoras en el comportamiento.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Limitaciones							
- El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte de los niños y adolescentes.							
. Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado.							
Supuestos:							
. Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales son aquellos que han arrojado un resultado positivo en el tamizaje respectivo.							
Los niños, niñas y adolescentes con déficit de habilidades sociales que reciben y culminan los paquetes, son aquellos que cumplen con todas las sesiones que consisten en:							
§ Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para niñas y niños.							
§ Sesiones de entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes, jóvenes y adultos							
§ Programa de prevención familiar de conductas de riesgo en adolescentes familias fuertes: amor y límites.							
Sesiones Educativas de Pautas de Crianza para la prevención de Riesgo.							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
mencionado indicador no se encuentra en un avance adecuado debido a que los responsables no realizan las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, y solo realizan la actividad solo hasta la aplicación de los cuestionarios dejando de lado el problema de deficit de habilidades sociales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
HIS – Health Information Sistema. – Ministerio de Salud							
BASE DE DATOS							
Oficina General de Tecnologías de la Información -REGISTRO HIS Codificación de actividades y enfermedades de Salud Mental en Registro HIS							
Para el valor del Indicador A:							
· 04_Estrategia Sanitarias Nacionales							
· 04_Salud Mental							
· 05 Actividad							
· Otras actividades							
· Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas (8-11)							
· Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas (12-17)							
Para el valor del Indicador B:							
· 04_Estrategia Sanitarias Nacionales							
· 04_Salud Mental 05 Actividad							
· Otras actividades							
· Inicio de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (8-11) Inicio de sesiones de entrenamiento en habilidades sociales (12-17)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							
FICHA HIS							
SINTAXIS							
Sumatoria de adolescentes que participan en sesiones , considerar lo registrado como problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas Código Z734 , seguidas de Sesión de entrenamiento en Habilidades Sociales Código U1252 Lab (Número de sesión).							
Sumatoria de niños y niñas que participan en sesiones , considerar lo registrado como problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas Código Z734 , seguidas de Sesión de entrenamiento en Habilidades Sociales Código U1252 Lab (Número de sesión)							

ANEXO
REPORTE ANEXO B – 5
CEPLAN - 2022

OEI.01 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CUSCO
 AEL.01.01 ATENCIÓN INTEGRAL PARA REDUCCIÓN DE ENFERMEDADES NUTRICIONALES EN LOS NIÑOS

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Ubigeo	U.M.	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
AOI00112900008	3331201 - EDA ACUOSA NO COMPLICADA	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	888	
					Financiero S/.	849	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	849
AOI00112900011	3331501 - ANEMIA	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	178	178	178	178	178	178	178	178	178	178	178	178	178	2143
					Financiero S/.	1,198	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,198
AOI00112900012	3325401 - VACUNACION NIÑO = 1 AÑO	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	181	2172
					Financiero S/.	1,065	0	0	0	0	1,216,775	0	0	0	0	0	0	0	1,217,840
AOI00112900013	3325402 - VACUNACION NIÑO = 1 AÑOS	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	184	184	185	184	185	184	185	185	185	185	185	185	2215	
					Financiero S/.	3,983	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,983
AOI00112900014	3325405 - VACUNACION NIÑO = 2 AÑOS	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2163	
					Financiero S/.	667	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	667
AOI00112900015	3325406 - VACUNACION NIÑO = 3 AÑOS	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	25	25	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	291	
					Financiero S/.	665	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	665
AOI00112900016	3325403 - VACUNACION NIÑO = 4 AÑOS	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	195	194	195	194	194	195	194	195	195	195	195	195	2335	
					Financiero S/.	1,405	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,405
AOI00112900017	3325408 - ATENCION DE LAS REACCIONES ADVERSAS A LAS VACUNAS	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	6	
					Financiero S/.	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77
AOI00112900018	3325404 - VACUNACION NIÑO RECIENTE NACIDO	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	107	107	106	107	106	107	106	107	107	107	107	107	1280	
					Financiero S/.	1,064	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,064
AOI00112900019	3325407 - VACUNACION NIÑO DE MADRE VIH	080601 : SICIJANI	218 : NIÑO PROTEGIDO	1 : Muy Alta	Físico	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
					Financiero S/.	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
AOI00112900021	3325511 - NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON TEST DE GRAHAM Y EXAMEN SERIADO	080601 : SICIJANI	418 : PERSONA TAMIZADA	1 : Muy Alta	Físico	343	344	344	343	344	344	344	344	344	344	344	343	4122	
					Financiero S/.	3,662	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,662
AOI00112900023	3325607 - DOSAJE DE HEMOGLOBINA	080601 : SICIJANI	418 : PERSONA TAMIZADA	1 : Muy Alta	Físico	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	1500	
					Financiero S/.	2,446	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,446
AOI00112900024	3325513 - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS CON SUPLEMENTO DE VITAMINA A	080601 : SICIJANI	220 : NIÑO SUPLEMENTADO	1 : Muy Alta	Físico	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1200	
					Financiero S/.	1,941	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,941
AOI00112900152	3331502 - SOB/ASMA	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
					Financiero S/.	109	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109

OEI.01 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CUSCO
 AEL.01.02 ATENCIÓN INTEGRAL MATERIA Y NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Ubigeo	U.M.	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
AOI00112900030	0087901 - ADOLESCENTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	080601 : SICIJANI	431 : ADOLESCENTE ATENDIDA	1 : Muy Alta	Físico	166	166	166	167	166	167	166	167	166	167	166	167	1997	
					Financiero S/.	713	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	713
AOI00112900032	3329106 - ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE	080601 : SICIJANI	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	273	271	273	273	271	273	273	273	273	273	273	273	3272	
					Financiero S/.	5,668	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,668
AOI00112900033	3329113 - ANTICONCEPTIVO HORMONAL MENSUAL INYECTABLE	080601 : SICIJANI	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	52	52	52	52	52	52	51	52	51	52	51	51	620	
					Financiero S/.	1,438	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,438
AOI00112900036	3329105 - DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (METODO DIU)	080601 : SICIJANI	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	9	10	9	9	10	9	9	10	9	9	9	9	112	
					Financiero S/.	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	117
AOI00112900037	3329115 - IMPLANTE	080601 : SICIJANI	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	89	89	88	89	88	89	89	89	89	89	89	89	1065	
					Financiero S/.	195	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	195
AOI00112900042	3329406 - HEMORRAGIAS DE LA 1ER MITAD DEL EMBARAZO SIN LAPAROTOMIA	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	42	
					Financiero S/.	103	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	103
AOI00112900043	3329408 - HIPERTENSION GRAVÍDICA	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	39	
					Financiero S/.	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46
AOI00112900044	3329409 - INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN EL EMBARAZO	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	Físico	35	35	35	34	35	34	35	34	35	34	35	34	415	
					Financiero S/.	386	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	386
AOI00112900045	3329501 - ATENCION DEL PARTO NORMAL	080601 : SICIJANI	208 : PARTO NORMAL	1 : Muy Alta	Físico	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1202	
					Financiero S/.	2,925	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,925
AOI00112900047	3329801 - ATENCION DEL PUERPERIO	080601 : SICIJANI	211 : ATENCION PUERPERAL	1 : Muy Alta	Físico	183	183	183	183	183	183	183	183	183	183	183	183	2199	
					Financiero S/.	503	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	503
AOI00112900048	3330402 - REFERENCIA DE FONB / FUNCIONES OBSTETRICAS NEONATALES BASICAS	080601 : SICIJANI	214 : GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO	1 : Muy Alta	Físico	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	911	
					Financiero S/.	4,621	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,621
AOI00112900049	3330401 - REFERENCIA DE FONP / FUNCIONES OBSTETRICAS NEONATALES PRIMARIAS	080601 : SICIJANI	214 : GESTANTE Y/O NEONATO REFERIDO	1 : Muy Alta	Físico	63	63	63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	760	
					Financiero S/.	1,384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,384

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Ubigeo	U.M.	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual	
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
AEI.01.03 ATENCION PREVENTIVA PARA LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD POR CANCER EN LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL CUSCO																			
AI000112900050	239 : NECLIN NACIDO ATENDIDO	080601 : SICIJANI		1 : Muy Alta	1,401	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	102	1,401
AEI.01.01 MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL CUSCO																			
AEI.01.01.01 ATENCION PREVENTIVA PERMANENTE DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - INFECCIONES PREVALENTES EN EL DEPARTAMENTO																			
AI000112900057	436 - NIÑO ATENDIDO	080601 : SICIJANI	087 : PERSONA ATENDIDA	1 : Muy Alta	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	192
AI000112900060	436 - NIÑO ATENDIDO	080601 : SICIJANI	087 : PERSONA ATENDIDA	1 : Muy Alta	5,350	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,350
AI000112900063	394 - CASO TRATADO	080601 : SICIJANI	394 : PERSONA TRATADA	1 : Muy Alta	5,218	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,218
AI000112900065	395 : TRABAJADOR PROTEGIDO	080601 : SICIJANI	395 : TRABAJADOR PROTEGIDO	1 : Muy Alta	61	60	61	60	60	61	61	61	61	61	61	61	61	61	729
AI000112900066	436 - NIÑO ATENDIDO	080601 : SICIJANI	436 : NIÑO ATENDIDO	1 : Muy Alta	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
AI000112900072	438 - CASO TRATADO	080601 : SICIJANI	438 : PERSONA TRATADA	1 : Muy Alta	562	560	560	561	560	560	562	560	562	560	560	560	560	560	6727
AI000112900075	016 - CASO TRATADO	080601 : SICIJANI	016 : CASO TRATADO	1 : Muy Alta	380	381	381	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	4562
AI000112900076	207 - GESTANTE ATENDIDA	080601 : SICIJANI	207 : GESTANTE ATENDIDA	1 : Muy Alta	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
AI000112900086	393 : PERSONA DIAGNOSTICADA	080601 : SICIJANI	393 : PERSONA DIAGNOSTICADA	1 : Muy Alta	117	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	117
AI000112900087	393 : PERSONA DIAGNOSTICADA	080601 : SICIJANI	393 : PERSONA DIAGNOSTICADA	1 : Muy Alta	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68
AI000112900088	394 : PERSONA TRATADA	080601 : SICIJANI	394 : PERSONA TRATADA	1 : Muy Alta	1,642	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,642
AI000112900090	394 : PERSONA TRATADA	080601 : SICIJANI	394 : PERSONA TRATADA	1 : Muy Alta	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	67
AI000112900091	394 : PERSONA TRATADA	080601 : SICIJANI	394 : PERSONA TRATADA	1 : Muy Alta	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	28
AI000112900097	5001501 - VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	080601 : SICIJANI	5001501 : PERSONAS DE 12 Y 17 AÑOS CON VALORACION CLINICA DE FACTORES DE RIESGO	1 : Muy Alta	907	907	907	907	907	907	907	907	907	907	907	907	907	907	10885
AI000112900099	5001703 - PACIENTE DIABETICO NO COMPLICADO CONTROLADO	080601 : SICIJANI	5001703 : PACIENTE DIABETICO NO COMPLICADO CONTROLADO	1 : Muy Alta	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	91
AI000112900100	0688002 - EXAMEN ESTOMIATOLOGICO	080601 : SICIJANI	0688002 : EXAMEN ESTOMIATOLOGICO	1 : Muy Alta	2,889	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,889

