

**Evaluación del Sistema de Información
Rutinaria en Salud Perú
2008-2009**

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN RUTINARIO EN SALUD

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

DIRECCIÓN DE SALUD LIMA CIUDAD

DIRECCIÓN DE SALUD LIMA ESTE

DIRECCIÓN DE SALUD LIMA SUR

DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURIMAC

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CALLAO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCABELICA

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LIMA REGIÓN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PASCO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD UCAYALI

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INFORMÁTICA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

MEASURE EVALUATION

INICIATIVA DE POLÍTICAS EN SALUD

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	8
II.	ANTECEDENTES	8
2.1	Contexto mundial	8
2.2	Situación de los Sistemas de Información en la Región de las Américas.....	9
2.3	Situación de los Sistemas de Información en el Perú.....	9
III.	OBJETIVO	10
IV.	METODOLOGÍA.....	11
4.1	Población	11
4.2	Técnica	12
4.3	Herramientas de diagnóstico.....	12
V.	RESULTADOS.....	15
5.1	La Normatividad del Sistema de Información Rutinaria en Salud.....	15
5.2	Panorámica del Sistema de información Rutinaria en Salud y el Perfil.....	17
5.3	Lista de verificación:	29
5.4	Evaluación de la organización y el comportamiento del Sistema de información en Salud (OBAT)	39
5.5	Evaluación de la administración de sistema rutinario de información (MAT): ...	43
5.6	Evaluación de la calidad técnica del sistema de información:	44
5.7	Transmisión de dato y Transmisión de base de datos.	47
5.8	Uso de la Información en establecimiento de salud:	49
5.9	Informes estadísticos del nacido vivo y Informes estadísticos de la defunción.	51
VI.	CONCLUSIONES.....	52

TABLAS

Tabla N° 1	11
Regiones y establecimientos de salud participantes en el evaluación del Sistema de Información Rutinaria en Salud (SIRS) Perú-2008-2009.....	11
Tabla N° 2	30
Resultado de los equipos con los que cuentan las DIRESAs y DISAs	30
Tabla N° 3	30
Resultado de los equipos con los que cuentan las DIRESAs y DISAs	30
participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	30

Tabla N° 4	31
Condiciones de almacenamiento de elementos del sistema de información en las DIRESAs y DISAs participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009	
	31
Tabla N° 5	31
Capacidades de telecomunicación de las DIRESAs y DISAs participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	31
Tabla N° 6	33
Numero de meses en que tuvo desabastecimientos de insumos para las actividades de atención ambulatoria en el último año las DIRESAs y DISAs participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	33
Tabla N° 7	34
Numero de meses en que tuvo desabastecimientos de insumos para las actividades de atención el Seguro Integral de Salud (SIS) en el último año las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	
	34
Tabla N° 8	35
Numero de meses en que tuvo desabastecimientos de insumos para el registro de los nacimientos y defunciones en el último año las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	35
Tabla N° 9	35
Porcentaje de establecimientos que contaron con los manuales para las diferentes etapas de los procesos de información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	35
Tabla N° 10	36
Disponibilidad de recursos humanos y sus porcentajes en las diferentes áreas del sistema de estadísticas en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	
	36
Tabla N° 11	38
Tiempo invertido en la emisión de reportes en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	38
Tabla N° 12	42
Trabajadores de salud motivados y satisfechos de su trabajo en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	
	42
Tabla N° 13	43

Administración del Sistema de Información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	43
Tabla N° 14	45
Calidad del dato de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	45
Tabla N° 15	46
Registro de los estándares de los programas estratégicos en la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	46
Tabla N° 16	48
Transmisión de registro y datos de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	48
Tabla N° 17	49
Frecuencia de la emisión de los principales reportes en de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	49
Tabla N° 18	50
Indicadores de salud usados y su presentación en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	50
Tabla N° 19	50
Tipo de análisis de los reportes y estadísticas en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	50
Tabla N° 20	50
Participación del personal de estadística en las reuniones de gestión en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	50
Tabla N° 21	51
La supervisión en el Sistema de Información y sus características en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	51

GRÁFICOS

Grafico N° 1	40
Porcentaje de trabajadores que opinan que se promueve la información de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	40

Grafico N° 2	40
Otros factores organizacionales información de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	40
Grafico N° 3	41
Autoeficacia y competencias observadas entre los trabajadores de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	Error! Marcador no definido.
Grafico N° 4	42
Autoeficacia y competencias observadas entre los trabajadores de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	42
Grafico N° 5	44
Administración del Sistema de Información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009.....	44
Grafico N° 6	45
Porcentaje de errores en los datos y sus fuentes las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009-.....	45
Grafico N° 7	47
Registro de los estándares de los programas estratégicos en la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009	47

SIGLAS Y ACRONIMOS

APN	Atención prenatal
APNR	Atención Prenatal Reenfocada
CE	Consulta Externa
CLAS	Comité Local de Administración de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos e Insumos
DIRESA	Dirección Regional de Salud / dependientes de los Gobiernos Regionales
DISA	Dirección de Salud / dependientes del Nivel Nacional
IEDS	Identificadores Estándar de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MEF	Ministerio de Economía Y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
PRISM	Performance of Routine Information System Management
PRISM	Desempeño de la Administración de Sistemas de Información Rutinaria
RENIEC	Registro Nacional de Identidad y Estado Civil
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RHINO	Regular Heath Information Net Organization
RHINO	Red de Información Rutinaria de Salud
SIAF	Sistema de Administración Financiera
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa
SIRS	Sistema de Información Rutinario en Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgico

Evaluación del Sistema de Información Rutinaria en Salud en doce Regiones del País

I. INTRODUCCIÓN

La información que se produce de manera rutinaria en los servicios de salud es de vital importancia en la toma de decisiones para la administración de los servicios y para la salud pública de un país, en los diferentes países se han hecho esfuerzos de evaluación de los mismos generalmente mediante estudios de los aspectos técnicos del sistema a través de terceros y con poca difusión de los resultados de las mismas entre los integrantes del sistema de información en sus diferentes niveles, quedando generalmente en un informe entregado a los niveles nacionales para la solución de la problemática encontrada.

En esta oportunidad se ha establecido una evaluación del sistema de información rutinaria en salud en la que usando herramientas estandarizadas y con la participación de los actores involucrados en el sistema y en que los resultados fueran inicialmente conocidos y analizados en el nivel para dar inicio a procesos de mejora desde este nivel, que se consoliden los datos a nivel regional, dando paso a un plan de mejora regional y finalmente consolidando los datos para que el nivel nacional pueda tener una imagen de lo que sucede en el sistema a los diferentes niveles y se embarque en procesos de fortalecimientos del sistema de información coordinando con los diferentes niveles de gobierno y sectoriales.

II. ANTECEDENTES

2.1 Contexto mundial

A nivel internacional se han dado diferentes iniciativas para mejorar la información en salud, entre ellas tenemos la RHINO que fue creada en el 2001 con asistencia técnica del Proyecto MEASURE Evaluation, tuvo un primer taller de trabajo: asuntos e innovaciones en información rutinaria de salud en países en vías de desarrollo, en Potomac, Maryland, Estados Unidos, 2001. Un segundo Taller de trabajo: incremento de la calidad y utilización de la información rutinaria de salud a nivel distrital en Cabo Este, Sudafrica, 2003. Un tercer taller de trabajo: información para la acción: enfoque en la comunidad y en las unidades de salud en Chiang Rai, Tailandia, 2006.

La Red Métrica en Salud (Health Metrics Network-HMN¹) creada en el 2005, que incorpora marco de enfoque y planteó una herramienta de evaluación y monitoreo del Sistema de Información en Salud basados en el marco PRISM (Prisma) desarrollado por el Grupo MEASURE Evaluation, la que fue aplicada en el país en Junio del 2008-2009.

¹ Health Metrics Network. Hacia un Marco y estándares para el desarrollo del Sistema de Información en Salud del país (documento borrador). Génova, Suiza. Enero 2006.

2.2 Situación de los Sistemas de Información en la Región de las Américas

A partir de 2004 y durante 2005, la OPS llevó a cabo un análisis inicial de la situación de las estadísticas vitales y de salud en base a una Guía especialmente diseñada para este propósito². Esta actividad permitió elaborar un diagnóstico preliminar³ que asigno a los países en cuatro grupos, según indicadores seleccionados de cobertura y calidad.

2.3 Situación de los Sistemas de Información en el Perú

En el año 1999 el estudio realizado por Arthur Andersen 1999⁴, concluye que este se caracteriza por: Proliferación de islas de automatización en distintas dependencias centrales y descentralizadas; cada área gestiona sus adquisiciones y contrataciones de informática y telecomunicaciones mediante sus propios criterios; sistemas en vías de desarrollo. Dicho desarrollo es empírico, aislado y con poca dirección, sistemas técnicamente incompatibles, obsoletos y faltos de interfases. Bases de datos locales, pequeñas, desarticuladas y con tecnología obsoleta, muchas aplicaciones, precarias duplicadas y de alcance limitado, Información tardía y de poca calidad y operaciones principalmente manuales.

Para el año 2004, OPS realizó un diagnóstico de situación en el que el Perú se situó dentro del cuarto grupo que se caracteriza porque en lo relacionado a las Estadísticas vitales tiene un bajo nivel de cobertura, la evaluación de cobertura y calidad es casi inexistente, una escasa capacitación y menor acceso a normas de los operadores del sistema, una percepción negativa de los propios productores sobre el sistema y la inexistencia de comités interinstitucionales y programas de fortalecimiento en esta área; adicionalmente, en lo relacionado a las estadísticas morbilidad y recursos se encontró que no existe un análisis a nivel general y menos a nivel de una serie histórica o niveles regionales, la capacitación fue inexistente, el sistema en general tiene una pobre respuesta a la evaluación, es percibido negativamente por los propios productores del sistema y tiene una nula presencia de comités interinstitucionales y mecanismos de fortalecimiento.

Ambos estudio cubrieron esencialmente la calidad técnica del sistema de información y estuvieron basadas en fuentes secundarias y no evaluó el sistema al interior de las regiones del país.

Es así que el Ministerio de Salud, posterior a la evaluación mediante la herramienta de la Red de la Métrica en Salud⁵ (bajo el liderazgo de la Oficina General de Estadística e Informática y la Dirección General de Epidemiología) y las Direcciones Regionales de Salud, con el apoyo técnico de USAID Iniciativa de Políticas en Salud, Measure Evaluation y la OPS/OMS han planteado el desarrollo de una evaluación que de cuenta de la situación de los determinantes del Sistema de Información.

² Guía para el análisis de las Estadísticas Vitales, de Morbilidad y Recursos de Salud. Documento General.

³ OPS/OMS (2005a). "Diagnóstico para el análisis de la situación de las estadísticas vitales y de salud de los países de las Américas". AIS/OPS. Buenos Aires, Argentina, noviembre 2005.

⁴ Arthur Andersen Informe final 19 de julio de 1999, Programa de fortalecimiento de Servicios de Salud.

⁵ Health Metrics Network. Hacia un Marco y estándares para el desarrollo del Sistema de Información en Salud del país (documento borrador). Genova, Suiza. Enero 2006.

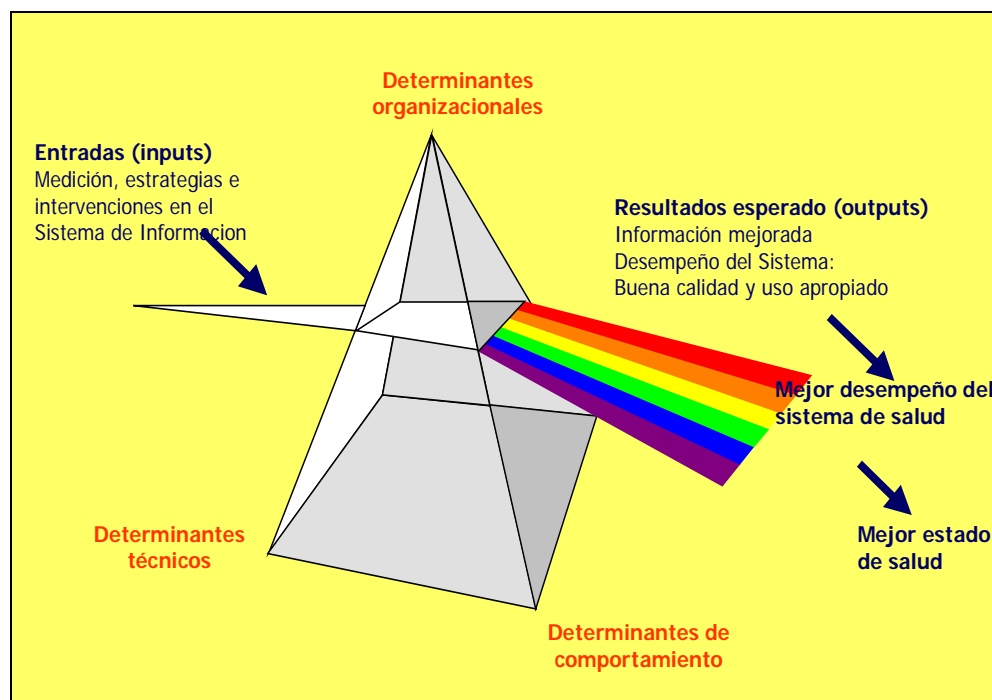
III. OBJETIVO

Describir globalmente la situación de las capacidades y potenciales del Sistema de Información Rutinaria en Salud de las Regiones, usando la herramienta de la Red de la Métrica en Salud de Evaluación y Monitoreo de los Sistema de Información en Salud, y herramientas PRISSM.

Caja 1: Marco de enfoque PRISM

El marco conceptual del “Desempeño de la Gestión de los Sistema de Información Rutinarios”⁶ (PRISM por sus siglas del ingles Performance of Routine Information System Management), desarrollado por MEASURE Evaluation⁷ y John Snow, Inc, propone que existen tres categorías claves de los determinantes del desempeño:

- **Determinantes de comportamiento**, que incluyen los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y motivación de las personas que recogen y utilizan datos
- **Determinantes Técnicos**, que incluyen el diseño, tecnología, metodologías, procedimientos, herramientas, instrumentos del Sistema,
- **Determinantes organizacionales/ambientales**, que incluyen estructura, roles, funciones y responsabilidades, así como la cultura de información, de los principales actores y usuarios en cada nivel del sistema de salud



⁶ Lafond, A. Field, R. (2003) The Prism: Introducing an analytical framework for understanding performance of routine health information system in developing (draft), RHINO 2nd International workshop, September 29-October 2003, Eastern Cape, South Africa, MEASURE Evaluation, USAID, JSI, the Equity Project

⁷ Measure evaluation Medición, evaluación y monitoreo del desempeño de los sistemas de de información en salud integrada por Futures Group International, John Snow, Inc., ICF Macro, The University of North Carolina at Chapel Hill, Management Sciences for Health, and Tulane University.

llevar a cabo un análisis más detallado de estas categorías de determinantes para el desempeño del Sistema de Información en Salud es de utilidad para identificar barreras y oportunidades para lograr de manera efectiva (y estratégica) la recolección, producción y uso de la información en la toma de decisiones.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Población

La población de estudios fueron los registros que se producen en la consulta externa de los servicios públicos de salud, dependientes de las Direcciones Regionales de Salud y de las Direcciones de Salud del Ministerio de Salud.

La muestra es probabilística, bietápica e independiente en cada estrato de estudio, establecida con representatividad regional y constituida a su vez por dos estratos el de los Hospitales en el cual participaban todos y el de los centros de salud compuesto por el veinticinco por ciento de los centros de salud.

Para seleccionar los centros de salud, se ordenan los centros de salud de acuerdo al número de registros semanales y se seleccionan los centros de salud sistemáticamente con PPT (probabilidad proporcional al tamaño) hasta obtener el número de establecimientos que se requeridos.

Tabla Nº 1
Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud
Participantes en el evaluación del Sistema de Información
Rutinaria en Salud (SIRS) Perú 2008-2009ⁱ

Nº	DISA/DIRESAS	EE.SS	Centros de Salud	Hospitales/Locales y Regionales	Hospitales Nacionales
1.1	LIMA CIUDAD	21	15	1	5
1.2	LIMA ESTE	19	14	4	1
1.3	LIMA SUR	9	8		1
	DIRESAS				
4	APURIMAC	14	12	2	
5	AYACUCHO	20	16	4	
6	CALLAO	15	12	2	1
7	CUSCO	17	12	5	
8	HUANCAVELICA	15	14	1	
9	HUANUCO	8	6	2	
10	JUNIN	27	20	7	
1.4	LIMA REGION	23	18	5	
12	MADRE DE DIOS	11	10	1	
13	PASCO	8	6	2	
14	SAN MARTIN	24	22	2	
15	UCAYALI	16	14	2	
	TOTAL	247			

Grafico Nº 1

Perú Departamentos Evaluados



Departamentos*	Población
LIMA	8,981,440.00
APURIMAC	444,202.00
AYACUCHO	642,972.00
CALLAO	926,788.00
CUSCO	1,265,827.00
HUANCAVELICA	471,720.00
HUANUCO	819,578.00
JUNIN	1,292,330.00
MADRE DE DIOS	117,981.00
PASCO	290,483.00
SAN MARTIN	771,021.00
UCAYALI	458,177.00
TOTAL	29,132,013.00
REGIONES ESTUDIADAS	18,621,831.00

4.2 Técnica

Primero se realizaron talleres en cada una de las DIRESAs o DISAs, en los que se transfirieron las herramientas de evaluación PRISM adaptadas a nuestras particularidades y las que se diseñaron que permitirían evaluar la calidad técnica de la información teniendo en cuenta que se contaba con un sistema de registro de la atención diaria que es único para todos los establecimientos de salud Públicos y la información de los principales estrategias o programas de importancia para el país. Las herramientas en su conjunto estaban orientadas a evaluar los determinantes técnicos, del comportamiento y organizacionales del sistema de información rutinaria en salud. Se entregaron también los aplicativos desarrollados, los mismos que fueron mejorados con las sugerencias de los participantes.

Luego se desarrollaba la evaluación en los establecimientos de salud seleccionados siguiendo las indicaciones para el trabajo de campo dadas por los Directores de Estadística e Informática de cada uno de las Regiones y oficializadas por el Director General de cada uno de los establecimientos pertenecientes a la muestra, terminada la evaluación los resultados eran presentados a los equipos de gestión del establecimiento y se realizaba un taller para la mejora del sistema de información.

4.3 Herramientas de diagnóstico

Las Herramientas de Diagnóstico se han diseñado bajo el marco conceptual prisma, que es un modelo que permite comprender los factores que guían el desempeño de los sistema de información rutinarios en salud, definidos como la recolección continua de datos sobre el estado de salud, comportamientos, intervenciones y recursos de salud. Este marco se basa en la existencia de tres determinantes: técnicos, organizacionales y relacionados al

comportamiento, que se interrelacionan; por lo tanto es necesario identificarlos, analizarlos y valorarlos con el propósito de ayudar a los profesionales que producen y usan los sistemas de información en: evaluación de necesidades, planificación de objetivos y determinación de estrategias para el proceso de mejoramiento del sistema.

Las herramienta de diagnóstico de Sistema de Información Rutinaria en Salud (SIRS) determinará el nivel actual de desempeño del SIRS. Estas herramienta de diagnóstico son las estandarizadas por PRISM, que han sido adecuadas a las características del sistema de información rutinario del MINSA y aquellas que han sido elaboradas para recoger información de la calidad técnica de los datos, así como la de los hechos vitales que por las características de las evaluaciones anteriores requiere una evaluación específica.

Todas ellas, se han manejado teniendo como base los principios del Marco de Trabajo del PRISM, que son: a) perspectiva de sistemas, b) orientado a resultados, c). Solución de problemas, d) Auto-regulación, e). Mejoramiento continuo y f). Cultura de información. Entendiendo como cultura de la Información, la capacidad y control para promover valores y creencias entre miembros de una organización, para la recolección, análisis y uso de información, con el fin de alcanzar las metas y la misión de la organización.

Las herramientas usadas en la evaluación del sistema de información en salud regional fueron:

4.3.1. Panorámica del Sistema de información Rutinaria en Salud y el perfil del sistema de información, estas herramientas se usa a nivel nacional y regional, y sirve para poder hacer el recuento de todos los sistemas rutinarios existentes en el país/región. Permite entender los tipos de información en el sector salud que están incluidos en los sistemas de información, identificar duplicidad y ausencias en el sistema.

4.3.2. Lista de verificación: ayuda a documentar las condiciones relacionadas con el sistema de información rutinaria en salud, aquí se mide además, el **abastecimiento** que es una función de la administración. Se recaba información sobre los equipos, los servicios básicos del establecimiento, el archivo de la información, la tecnología de la comunicación con la que cuentan, los insumos en calidad y cantidad, las normas que han recibido para el funcionamiento del sistema y el tiempo que destinan para la elaboración de reportes.

Se han definido 18 indicadores en esta encuesta, sin embargo de acuerdo al interés, las regiones podrán obtener indicadores adicionales.

4.3.3. OBAT: “Evaluación de la organización y el comportamiento del Sistema de información en Salud” que provee información acerca de factores organizacionales y de comportamiento que afectan el desempeño del sistema de información. Entre los factores de comportamiento se incluyen el conocimiento, las habilidades, la resolución de problemas, la confianza para realizar tareas de SIRS, y la motivación. La parte organizacional se refiere a evaluar las percepciones de si la organización promueve la cultura de la información. Al comparar estos factores con el desempeño de SIRS, permite identificar las deficiencias y las fortalezas.

- 4.3.4. Evaluación de la administración de sistema rutinario de información (MAT)** en este cuestionario se combina los hallazgos de la herramienta de observación con los conocimientos y experiencias de los beneficiarios principales del SIRS. Esta herramienta sirve para medir el nivel de madurez de la estructura del SIRS y además ayuda a identificar las áreas donde hace falta mejorar. Administrar un sistema quiere decir, administrar recursos y funciones con el fin de producir mejores resultados; bajo este concepto se define la Administración de SIRS como “la presencia de mecanismos para administrar las funciones y recursos de SIRS hacia un mejor desempeño del SIRS”. La herramienta nos permite medir porcentualmente el desempeño de la Gerencia, la planificación, la capacitación, la supervisión, las finanzas y el uso de herramientas para el mejoramiento del desempeño.
- 4.3.5. Evaluación de la calidad técnica del sistema de información (Calidad del dato):** Se evaluara la calidad del dato en las hojas de registro de atención diaria (HIS), solo los campos que están ligados directamente a la atención de la persona. En estos campos evaluaremos la omisión de la data, la inconsistencia de la data, los errores en la codificación, la concordancia de los datos con la historia clínica, los ajustes de la codificación por los estadísticos y el cumplimiento de los estándares básicos de atención en el control de crecimiento y desarrollo, en la planificación, en el control de la gestante y en la evaluación de la transmisión vertical de Sífilis y VIH.
- 4.3.6. Transmisión de dato:** En el país no todos los establecimientos tienen la capacidad de acopiar los datos electrónicamente, por lo que las hojas HIS son enviadas a los puntos de digitación para que pueda ser introducidas al sistema, con este instrumento se evaluara la oportunidad de entrega de la data al punto de digitación, el porcentaje de omisión de la digitación
- 4.3.7. Transmisión de base de datos.** Evaluará la oportunidad de entrega de la base de datos al siguiente punto de acopio, sea microrred, red, DISA
- 4.3.8. Uso de la Información en establecimiento de salud:** Para evaluar el uso de la información se inicia el proceso mediante la emisión de reportes por los estadísticos, la regularidad de los mismos y la existencia de retroalimentación por parte de los que analizan la información, los indicadores que utilizan para el análisis de la información y los resultados generados por estas evidencias, es decir los planes de acción que se toman en el establecimiento de salud, tanto para la información como para la mejora del estado de salud de la población. Se preparo una herramienta para el **Uso de la Información en Microrred:** por ser esta la primera unidad de acopio de información, que además, se convierte en el primer escalón administrativo del sistema de salud con capacidad para tomar decisiones, razón por la que aquí, se evaluaría el uso de la información y la retroalimentación a los establecimientos de salud. Los indicadores a obtenerse son la emisión regular de reportes, el porcentaje de establecimientos con retroalimentación de la información, el porcentaje de establecimientos que muestran sus datos actualizados, el porcentaje de establecimientos que recibió visitas de supervisión.
- 4.3.9. Informes estadísticos del nacido vivo:** tenemos una muy baja cobertura en las estadísticas de los nacidos vivos, a pesar que los certificados son emitidos en los servicios de salud, existe problemas de flujo de información que van a ser evidenciado a través de esta herramienta, así como la calidad de dato en estos

registros: omisiones e inconsistencias en la codificación. Los indicadores que obtendremos son: el porcentaje de omisión por remisión del informe estadístico del nacido vivo, porcentaje de omisión de data, el porcentaje de inconsistencia de la data.

4.3.10. Informes estadísticos de la defunción: similar a lo que sucede en las coberturas de nacimiento, las estadísticas de defunción tienen coberturas muy bajas, se evaluarán los flujos y la calidad de la data. Los indicadores que obtendremos en esta evaluación, el porcentaje de omisión por remisión del informe estadístico de la defunción, el porcentaje de omisión de data, el porcentaje de inconsistencia en la data y el porcentaje de corrección por crítica y codificación.

V. RESULTADOS

5.1 La Normatividad del Sistema de Información Rutinaria en Salud. La Ley General de Salud en su título preliminar establece que la información en salud es de interés público y que toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley. Tiene un título dedicado a la información en salud y su difusión que está en la Caja N° 2.

Caja N° 2 Ley General de Salud 26842⁸

Título IV

DE LA INFORMACIÓN EN SALUD Y SU DIFUSIÓN

Artículo 117°.- Toda persona natural o jurídica, está obligada a proporcionar de manera correcta y oportuna los datos, que la Autoridad de Salud requiere para la elaboración de las estadísticas, la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario realizar y concurren al conocimiento de los problemas de salud o de las medidas para enfrentarlos.

Artículo 118°.- En caso de epidemia declarada o de peligro de epidemia, la prensa, la radio, la televisión y todo otro medio de comunicación social debe colaborar con la Autoridad de Salud competente en la forma que el Poder Ejecutivo disponga.

Artículo 119°.- La información, la propaganda y la publicidad que se refiere a la salud, al tratamiento de enfermedades, a la rehabilitación, al ejercicio de las profesiones de la salud y servicios a que se refiere esta ley, no debe inducir a conductas, prácticas o hábitos nocivos que impliquen riesgo para la salud física o mental, ni desvirtuar o contravenir las disposiciones que en materia de prevención, tratamiento o rehabilitación de enfermedades establece la Autoridad de Salud.

Sin perjuicio de lo dispuesto en las normas generales de publicidad en defensa del consumidor, la publicidad sobre prestación de servicios de salud no podrá ofrecer tratamientos preventivos, curativos o de rehabilitación cuya eficacia no haya sido comprobada científicamente.

Artículo 120°.- Toda información en materia de salud que las entidades del Sector Público tengan en su poder es de dominio público. Queda exceptuada la información que pueda afectar la intimidad personal y familiar o la imagen propia, la seguridad nacional y las relaciones exteriores, así como aquélla que se refiere a aspectos protegidos por las normas de propiedad industrial de conformidad con la ley de la materia.

⁸ Ley General de Salud 26842 del 15 de Julio 1997. Normas Legales Boletín Oficial El Peruano 20 de Julio 1997, <http://www.elperuano.com.pe/normaslegales20julio1997> año XV N° 6232 pp151255.

Caja Nº 2 Ley General de Salud 26842⁸

Artículo 121^o.- Es obligación de la Autoridad de Salud competente advertir a la población, por los canales y medios más convenientes y que más se adecuen a las circunstancias, sobre los riesgos y daños que ocasionan o pueden ocasionar a la salud determinados productos, sustancias o actividades.

De la Estructura del Sistema de Información Rutinaria en Salud: El Ministerio de Salud es el Órgano Rector y de acuerdo a su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo **DS Nº 023-2005-SA**, cuenta con órganos de asesoría, apoyo y de Línea, entre los órganos de apoyo se encuentra la Oficina General de Estadística e Informática, a cargo de un Director General y tres Oficinas

- La Oficina de estadística
- La Oficina de Desarrollo Tecnológico
- La Oficina de Informática y Telecomunicaciones

Caja 3: Estructura Orgánica de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

Órgano de apoyo de responsable de la producción, análisis y difusión de la información estadística del sector Salud, del desarrollo de tecnologías y sistemas de información y comunicaciones, así como la administración de los recursos Informáticos del Ministerio; está a cargo de las siguientes funcionales generales:

- a) Proponer las normas, metodologías y procedimientos inherentes a las estadísticas de salud, tecnologías de información y comunicaciones en el Sector Salud.
- b) Proponer estándares de datos, ciclos y flujos de información en el Sector Salud.
- c) Conducir el proceso de planeamiento estratégico de tecnologías de información y Comunicaciones, así como su integración en el Sector Salud.
- d) Dirigir la ejecución del Plan Estratégico de Tecnologías de Información y de Comunicaciones en el ámbito institucional.
- e) Administrar y difundir la información estadística de Salud para la toma de decisiones a todo nivel del Sector Salud.
- f) Evaluar y proponer los Sistemas de Información Institucionales.
- g) Proveer el soporte de recursos tecnológicos a los sistemas de información institucionales.
- h) Diseñar, rediseñar y mejorar continuamente el proceso de información para la salud y el proceso de desarrollo informático.

La Oficina de Estadística que debe implementar y monitorear el cumplimiento y aplicación de códigos estandarizados e instrumentos de recolección vinculados a la información en el Sector Salud, identificar, producir y actualizar periódicamente la información de salud para fines de planeamiento, ejecución, monitoreo y evaluación de los servicios de salud, diseñar y establecer el proceso de información de salud en el Sector Salud, estableciendo los mecanismos que provean cobertura, calidad y oportunidad de la información, diseñar y ejecutar encuestas orientadas a captar y generar información estadística no continua para la planeación y toma de decisiones, analizar y difundir la información estadística necesaria para el proceso de análisis de la situación de salud y la toma de decisiones, difundir la información de salud e implementar los servicios necesarios para su utilización

La Oficina de Desarrollo Tecnológico que tiene entre sus funciones el desarrollar, evaluar y actualizar periódicamente el Plan Estratégico de Tecnologías de Información y de Comunicaciones del Ministerio de Salud, órganos desconcentrados y organismos públicos descentralizados, en base al planeamiento estratégico sectorial e institucional, elaborar y actualizar normas, metodologías y procedimientos en el ámbito de las Tecnologías de Información y de Comunicaciones del Ministerio de Salud, así como de la información institucional, elaborar y actualizar estándares de datos, ciclos y flujos de la información sectorial, así como sobre los estándares de tecnologías de información y

Caja 3: Estructura Orgánica de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

comunicaciones del Ministerio de Salud, formular los proyectos de tecnologías de información y de Comunicaciones, así como los relacionados a la información de Salud, para el ámbito sectorial e institucional, identificar y evaluar necesidades y oportunidades de aplicación de tecnologías de información y de Comunicaciones a nivel sectorial e institucional, brindar asistencia técnica en la formulación de proyectos o implementación de normas y estándares en tecnologías de información y comunicaciones.

La Oficina de Informática y Telecomunicaciones que debe automatizar los flujos de información de los procesos organizacionales del Sector Salud, con soporte en sistemas integrados de información, efectuar la provisión de servicios informáticos, sistemas de información, telecomunicaciones y telemática en coordinación con los órganos del Ministerio de Salud, coordinar ejecutar y supervisar la implementación y ejecución de los proyectos de desarrollo de sistemas de información y telecomunicaciones del ámbito institucional, proporcionar seguridad a los datos e información producida por los sistemas de información institucional, integrar, supervisar y evaluar los sistemas de información y telecomunicaciones a nivel institucional y sectorial, brindar asistencia técnica en el campo informático y de telecomunicaciones a los usuarios de equipos de cómputo y de telecomunicaciones de las entidades del Sector Salud, asistir técnicamente en el diseño, actualización y mantenimiento del Portal Web Institucional. Administrar las redes y bases de datos institucionales.

Mostraremos los resultados de la evaluación de las diferentes herramientas usadas en la evaluación de las DIRESAs y DISAs del país.

5.2 Panorámica del Sistema de información Rutinaria en Salud y el Perfil del Sistema de Información

Esta herramienta se aplica a nivel de la DIRESA o DISA, respondida por los Directores de Estadística e Informática permite hacer el recuento de todos los sistemas rutinarios existentes la región

Se estable entonces que el sistema de información al igual que el sistema esta constituido por un Subsector público y un subsector privado, del que haremos una breve descripción.

Sub Sector Público

El sistema de información en salud como los prestadores esta fraccionado así tenemos: Al gran prestador que son los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud ya sea en el nivel Nacional como en las Regiones es más importante aparato prestador de servicios de salud.

El ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio de Salud, de sus organismos públicos descentralizados y de sus órganos desconcentrados se definen en la Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, que asigna su rectoría sectorial al Sistema Nacional de Salud.

La descentralización en salud iniciada en el año 2003 se encuentra actualmente en la etapa de desarrollo quedando sólo la Región de Lima Metropolitana aun en proceso de transferencia. Se cuenta con cuatro Organismos Públicos Descentralizados. El Seguro Integral de Salud, El Instituto Nacional de Salud, La Superintendencia de servicios de salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Si bien todos ellos son proveedores de información, consideramos que el que tiene mayor implicancia en el Sistema de Información es el Seguro Integral de Salud: Para el año 2005 se contaba con un total de 6821

establecimientos de los cuales 10 son Institutos, 434 son hospitales, 1203 Centros de Salud, 5,670 Puestos de Salud⁹

Es Salud es el otro gran prestador y generador de información en Salud, cambio de denominación el año 1996 hasta entonces era el Instituto Peruano de Seguridad Social-IPSS brinda prestaciones de salud, económicas y sociales, que complementan su rol asegurador. En EsSalud están afiliados principalmente los trabajadores del sector formal de la economía y sus familiares directos. Financiada principalmente con aportes sobre la planilla, brinda servicios de salud a través de sus institutos especializados, hospitales nacionales, y una red de hospitales, policlínicos, centros médicos y postas de salud. Los establecimientos con los que cuenta son 330 de los cuales 78 son Hospitales y 252 corresponderían a Centros de Salud⁹.

La seguridad social se complementa con las entidades prestadoras de salud (EPS), debidamente acreditadas en la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, que brindan prestaciones de menor complejidad en establecimientos privados.

En el ámbito local, las municipalidades y sociedades de beneficencia son las encargadas de la administración y del presupuesto de algunos establecimientos de servicios de salud.

Por otro lado están los prestadores de la FF.AA y Policiales dependientes del Ministerio de Defensa y del Interior respectivamente, que brindan servicios de salud a sus miembros, familiares directos y trabajadores a través de sus propios establecimientos de salud. Se financian principalmente con fondos del tesoro público y, en menor medida, con copagos de los familiares de los titulares. La Sanidad de las FF. AA con un total de 60 de los cuales 16 son Hospitales y 44 Centros de Salud. La Sanidad de la PNP con un total de 280 establecimientos 5 hospitales, 77 centros de salud y 198 Puestos de Salud⁹,

Subsector privado

Privados lucrativos. Categoría conformada por las clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes, así como los establecimientos de salud dentro de algunas empresas (empresas mineras, petroleras, azucareras). Incluye también a los prestadores de servicios de medicina tradicional y alternativa. Reciben recursos financieros de los hogares y de las aseguradoras privadas.

Privados no lucrativos. Se refiere a los centros y postas médicas de parroquias y asociaciones misioneras, Caritas, Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, Planifam, comunidades terapéuticas, Cruz Roja Peruana, compañías de bomberos y otras organizaciones no gubernamentales que realizan gastos en salud. Reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares¹⁰. Estas son Clínicas Privadas 564 entre las cuales 208 son clínicas 356 corresponden a equivalente a un centro de salud⁹.

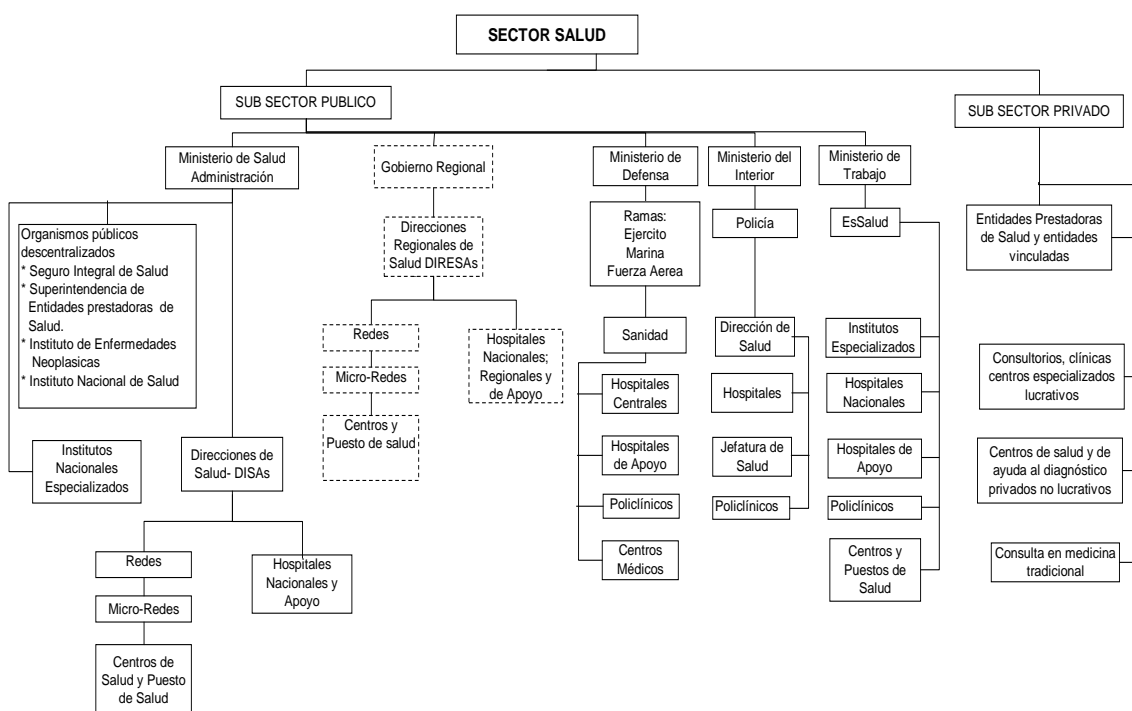
⁹ Ministerio de Salud Boletín de la OEI Volumen 5-2005 pp3

[tp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Estadistica/Publicaciones/InfraestructuraSanitaria.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Estadistica/Publicaciones/InfraestructuraSanitaria.pdf)

¹⁰ Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005 / Ministerio de Salud. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto / Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio de la Salud. —Lima: Ministerio de Salud, 2008. 112 pp. <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>

Los registros de las prestaciones en el sistema de información fluye de los establecimientos de salud públicos a las DIRESAs o DISAs y de ahí al Ministerio de Salud, los de EsSalud hacia la cabezas de Redes y a la Gerencia e informan al Salud en el caso de la Vigilancia Epidemiológica y los FFAA y FFPP a sus Ministerios respectivos. La información rutinaria de los nacimientos y defunciones tiene otro canal pasa del prestador publico o privado al familiar de ahí a la RENIEC y sea cual fuere el prestador llega al Ministerio de Salud y posteriormente al INEI. (Grafico N°)

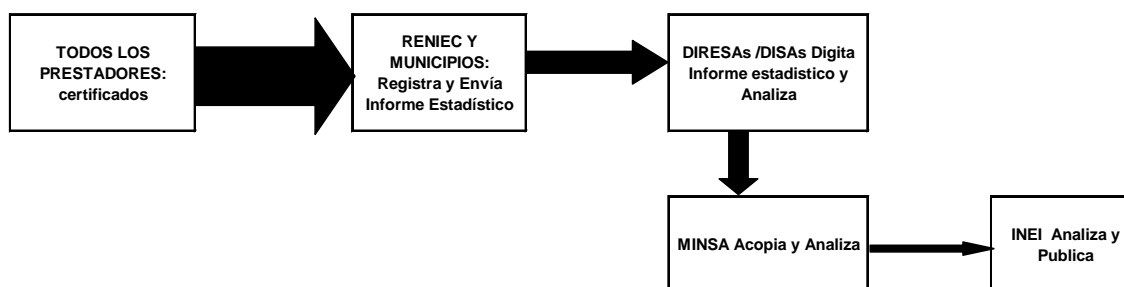
Las prestaciones que se brindan en los servicios son los de hospitalización y esto esta relacionado al numero de camas a nivel institucional se comprueba que el Ministerio de Salud aporta con el 57.3 % de las camas hospitalarias, EsSalud el 15.8 %, las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú el 9.0 % y los establecimientos privados el 17.9 %. De las 42159 camas que se tenían en el 2005.



Elementos del Sistema de Prestadores en el Sector Salud.

Los que no se evidencian en este esquema en el sistema de salud son los financiadores: Ministerio de Economía y Finanzas, las aseguradores entre otros, los formadores Universidades, Institutos y los proveedores de servicios que a pesar de intervenir en el sistema de salud, no forman parte de la evaluación del sistema de información que estamos realizando.

El Sistema de Información en salud tiene integrantes que están fuera del sector como son el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Registro de Identificación y Estado Civil (RENIEC). En el caso de los hechos vitales, todos los prestadores sin excepción emiten los certificados de nacimientos y defunciones y todos van a las Municipalidades o a las Oficina de la RENIEC en la que se encuentran los registradores, de ahí pasan al MINSA para su digitación y análisis estadístico y finalmente al INEN para análisis y publicación



Caja 4: El Sistema de registro de las atenciones ambulatorias.

Este sistema generado en el Ministerio de Salud aprobado mediante Resolución Ministerial Nº 0073-93-SA/DM – Sistema de Información HIS, se encuentra en todos y cada uno de los establecimientos de salud desde los puestos de salud hasta los Institutos especializados, esta preparado para agrupar los datos y llegar a contar con información nacional de la consulta externa y además de los programas y actividades preventivo – promocionales.

El recojo de la información se hace a través de Formulario HIS (Health Information System), Formulario de recojo diario de atención y otras actividades, en estas hojas los profesionales registran las atenciones diarias, en los establecimientos de salud se codifican, anteriormente esta función la realizaban los estadísticos y actualmente deben realizarlo los profesionales que realizan la prestación de salud, posteriormente se llevan las hojas HIS al centro de salud en el que se digitarán las hojas HIS, y es el lugar en el que se debe realizar el análisis estadístico de los datos y producir los primeros reportes que deberían ser entregados a los Puestos de salud que generaron los datos, luego van a las Regiones y las Regiones las pasan al Nivel Nacional a la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.

La información puede ser analizada desde el nivel que captura la información en las computadoras que son los centros de salud, los hospitales, en la microrred, o red en que se acopia la información, a nivel de las Regiones y a nivel Nacional.

El sistema produce reportes de Atendidos y Atenciones, Morbilidad por categoría, subcategorías, grupos y capítulos de CIE X, Atenciones por servicios y atenciones por profesional, no emite otros reportes, se utiliza las bases de datos y se analizan con otros programa estadísticos. No tiene presupuesto específico y no han recibido supervisiones.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Entre los registros continuos se encuentra también el de las atenciones en Hospitalización y en emergencias que llegan al Ministerio de Salud.

Caja 5: El registro de las hospitalizaciones y de emergencias

Este sistema es nacional creado por la Oficina de Estadística del MINSA desde el año 1995, provee de información sobre ingresos, egresos, morbilidad hospitalaria, por servicio y estancia, es exclusivo de los establecimientos de salud públicos que tienen servicios de hospitalización, Hospitales Nacionales, Regionales, de Apoyo y Centros de Salud con hospitalización. La información es enviada mensualmente de los Establecimientos de salud a las Microrredes, Redes y Regiones al Ministerio de Salud.

La información va vía un aplicativo informático, cuentan con un instructivo de instalación, el formulario de recojo de data y algunas funciones para inconsistencia y fallas.

La captura de datos por computadora es a nivel de los hospitales y centros de salud con hospitalización.

El programa fue entregado a los prestadores el año 2006, no comparte datos con otros programas.

Requiere ajustes porque tiene errores, no tiene capacidad para producir tablas, gráficos o mapas, ni para comparaciones temporales o entre establecimientos.

La información se puede analizar desde el establecimiento de salud que la produce. No existe un equipo que de mantenimiento al programa. No tiene presupuesto específico y no han recibido supervisión.

Uno de los Aplicativos que recoge información de los recursos en salud esencialmente el del personal en el MINSA y que se encuentra en las Regiones es el de Planillas

Caja Nº 6 Sistema de Planillas del Ministerio de Salud

Este sistema generado por la Oficina de Personal del MINSA y elaborado en el OEI del MINSA, es usado en las unidades ejecutoras dependientes del Sector Público (MINSA y Regiones) cuenta con un aplicativo en que se captura los datos del personal activo y cesante y recién desde septiembre del 2008-2009 del personal contratado.

Es un programa que es mejorado en forma continua por el Ministerio de Salud, apoya en el proceso de gasto, está en Fox Pro y se exporta al Excell para producir tablas y gráficos.

Una de sus funciones importantes es el apoyo para el pago de impuestos a la SUNAT.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Otros de los subsistemas del Ministerio de Salud de la Oficina de Estadística e Informática

Caja 7: Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e insumos médico Quirúrgico-SISMED

El 19 de Noviembre del 2002 se aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgico: SISMED mediante Resolución Ministerial

Nº 1753-2002-SA/DM. En su disposición transitoria 8.4 “La Oficina General de Estadística e Informática diseñara, desarrollará e implementará el sistema informático del SISMED, en un plazo máximo de 90n días hábiles a partir de la aprobación de la presente directiva, mientras tanto la digitación de la información generada por el SISMED será registrada en un aplicativo proporcionado por OEI y DIGEMID.

Como resultado se dieron:

SISMED V1.3 En el 2003 la DIGEMID solicito a la OGEI el desarrollo e implementación de un aplicativo que registre el formato con los consumos y stocks consolidados mensuales de los medicamentos e insumos a nivel nacional los cuales son consolidados en el nivel central.

SISMED V2.0 En el 2005, se desarrolla e implementa un sistema que permite gestionar la información detallada desde el nivel operativo de la cadena de suministro, así como monitorear la distribución y consumo en los Almacenes Especializados de las DIREMIDs, Sub almacenes y farmacias de los Establecimientos de salud (que cuenten con PC).

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Con la implementación de proyectos por la cooperación internacional entre estos el Proyecto 2000, que se dirigía a las actividades sanitarias de mayor importancia y que se encuentra en las Regiones con diferente grado de implementación es el de la Caja 8.

Caja 8: Sistema de Información Perinatal SIP 2000

En Enero del año 2000¹¹ teniendo en consideración que la atención de la madre y el recién nacido constituye una prioridad del Sector Salud; que los establecimientos de salud usan la Historia Clínica Perinatal Base y su Aplicativo Analítico elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), institución de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS), era necesario actualizar la Historia Clínica Perinatal Base y su respectivo Aplicativo Analítico, a fin de ampliar la capacidad de obtención de datos y generación de información útiles para optimizar la atención de la madre y el niño; que asimismo, a efecto de fortalecer los procesos de gestión locales, se requiere estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación de salud brindada al binomio madre - niño, para lo cual la Historia Clínica es la fuente esencial de datos, así como su Aplicativo Analítico el instrumento de procesamiento de los mismos; Se aprobó la Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales (SIP 2000), disponiendo en uso obligatorio en todos los establecimientos de las Direcciones Regionales de Salud, Direcciones Subregionales de Salud, así como del Instituto Materno Perinatal.

Este Sistema es utilizado actualmente en el 50% de Hospitales del país y cerca del 30% de los centros de salud. Sin embargo no es aprovechado en su totalidad por el deficiente numero de computadoras que existe en los establecimientos de salud para este fin, pone a

¹¹ Resolución Ministerial Nº 008-2000-SA/DM del 17 de enero del 2000 “Aprueban Historia Clínica Materno Perinatal y Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales”

disposición de los profesionales indicadores y tendencia de la gestante de manera individual, incluyendo graficas que facilitan el análisis, así mismo reportes, tablas y gráficos importantes para la salud pública.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Los sistemas de información del Seguro Integral de Salud, implementado posterior al seguro materno infantil y seguro escolar a partir del año 2001 son:

Caja 7: Sistema de Información del Seguro Integral de Salud (Organismos Público Descentralizado del Ministerio de Salud)

Mediante Resolución Ministerial se aprueba la Directiva N 030 que regula el proceso de Afiliación de los Beneficiarios del Seguro Integral de Salud y posteriormente se aprueba la Ficha de Evaluación Socio Económica Familiar (FESE-SIS) en el año 2004, con su instructivo y un glosario de términos, se aprobó también el Sistema de Focalización de Hogares (SIFOH) para la identificación y selección de beneficiarios, en el año 2005 se aprueba las normas para la aplicación del Sistema de Evaluación Socio-Económica (SESE-SIS) y el aplicativo Informático SESE-SIS, El ARSIS que es el sistema de Registros de Fichas de Prestaciones SIS, cuya data es ingresada en los Hospitales y en las DIRESAs para el reembolso de las prestaciones a los pacientes Pobres y Extremadamente pobre que son beneficiarios del SIS llega hasta el nivel Nacional a la OPD del Seguro Integral de Salud, es supervisado por los representantes regionales del seguro, ha tenido modificaciones y esta en camino una nueva versión a través de la Web

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Ligado al Seguro Integral de Salud, sirve para las transferencia de pacientes con aviso previo y asegurar su traslado así como del documento de contra-referencia, funciona entre los establecimientos de salud del MINSA y en parte con los de EsSalud esta implementado en algunas establecimientos de salud, requiere personal porque debe darse las 24 horas del día.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

La Dirección General de Epidemiología tiene como unidades notificadotas las del Ministerio de Salud y de los otros prestadores, estos últimos en forma parcial, ha ido mejorando y ampliando su cobertura impulsado por la presencia de brotes y epidemias, y a la formación de epidemiólogos de campo a partir de la Dirección, los que verificamos en las regiones son:

Caja Nº 8 Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Dirección de Epidemiología del MINSA)

La vigilancia epidemiológica en salud pública es un proceso continuo y sistemático de colección, análisis e interpretación de datos de las enfermedades o daños sujetos a notificación obligatoria en el País, para conocer su tendencia, evolución, identificar las regiones geográficas y los grupos poblacionales más comprometidos, conocer el estado de salud actual de la población, identificar precozmente los brotes o epidemias para su oportuna intervención y control. Finalmente, evaluar los resultados de las medidas de prevención y control que realiza el sector salud.

La Dirección General de Epidemiología para procesar, analizar, difundir, monitorear y evaluar los datos recogidos a través del sistema de vigilancia epidemiológica ha diseñado aplicativos para cada proceso de la vigilancia con la finalidad de contribuir a mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica. Los aplicativos diseñados se agrupan en:

a. Software de notificación

Son programas diseñados para el registro y notificación por vía electrónica de las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia epidemiológica. Entre estas herramientas tenemos el: NOTI versión 3.1. , más conocido como NOTI 99, es un software construido para la gestión de los datos recolectados a través de las fichas de notificación individual y consolidada de las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia epidemiológica.

Actualización de códigos de Subregión, Redes y Microrredes: Aplicativo creado para la actualización de códigos de Subregión, Redes y Microrredes debido a la redistribución de zonas y establecimientos en las Direcciones de Salud del País.

NotiSP versión 3.0, contiene la ficha de investigación epidemiológica de muerte materna, en la cual se deberá ingresar los datos de las fichas desarrolladas y discutidas por los comités de muerte materna en cada Región de Salud, correspondientes al año 2008-2009

Notificación vía web: este permitirá la notificación inmediata de casos a través de web y mediante una opción del NotiSP.

b. Fichas de investigación: Aplicativos desarrollados para el registro y/o análisis de datos de las fichas clínico-epidemiológicas:

NOTIVIH/DENGUE: Fichas de investigación clínico-epidemiológica de VIH/SIDA y de dengue.

Fichas Epidemiológicas: Fichas clínico epidemiológicas de los datos sujetos a vigilancia epidemiológica y que se encuentran publicados en la primera edición del Manual de Protocolos (Buho) de la RENACE.

MESS/PESS: Fichas de investigación de sarampión/rubéola y parálisis flácida aguda

Vigilancia Epidemiológica de Accidentes de Tránsito

Este sistema es Nacional creado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud del Ministerios de Salud, la finalidad de este es contribuir a la disminución de la morbilidad y discapacidad ocasionada por los accidentes de tránsito a la salud de las personas, que deriven de dicho evento, para orientar las intervenciones de prevención, control e investigación frente a este daño. Su objetivo es disponer de información oportuna, adecuada y confiable de los efectos directos e indirectos de los accidentes de tránsito. Cuenta con una lista de indicadores esenciales que le reportan cambios en los determinantes de la salud.

El sistema no cubre a todos los prestadores de las Regiones, no están incluido dos actores importantes que son el Policlínico de la Policía Nacional (que realiza el dosaje etílico) y el Instituto de Medicina Legal (encargado de hacer las necropsias). Si estas instituciones participaran no sólo se vigilarían las lesiones, sino los factores de riesgo y las muertes por esta causa. Sólo están incluidos en este sistema los establecimientos de Salud del MINSA, no participan los establecimientos de EsSalud y los de las fuerzas armadas.

Se colecta mensualmente, se elaboran reportes trimestrales. Se captura información

mediante un aplicativo informático el Noti SP, introducido en Abril del 2007, comparte información con el Noti SP de daños epidemiológicos, desarrollado en Ms Excell, cuenta con un manual cuya última versión tiene dos años, no tiene capacidades para comparaciones temporales, La información se analiza a nivel de la región y a Nivel Nacional.

En las Oficinas de Epidemiología se realizan los tablas y gráficos y series de tiempo las que se presentan para las tomas de decisiones de políticas públicas, uno de los ejemplo es el Callao en el que existe un Comité Multisectorial de Vigilancia y Prevención de Accidentes de Tránsito.

Que ha logrado establecer una serie de medidas de prevención, disminuyendo las tasas de accidentes de tránsito

Este sistema tiene un componente de capacitación, no ha sido supervisado por el nivel nacional, en la región se ha capacitado a los prestadores en el mes de Julio tanto para la captura de datos como para el análisis de la información.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

En las Cajas siguientes presentamos las características de los Registros de nacimiento y el informe estadístico del Nacido vivo.

Caja 9 : Registro de Nacimientos e Informe estadístico del nacido vivo

Nacimientos registrados: La Ley orgánica del Registro Civil de Identificación y Estado Civil (RENIEC) establece dos tipos de inscripción:

Inscripción ordinaria: cuando el nacimiento es ocurrido en los hospitales del Ministerio de Salud y de EsSalud se inscriben dentro de los tres días o dentro de los 30 días cuando ocurre en otros establecimientos o lugares

Inscripción extraordinaria: cuando los nacimientos se inscriben fuera del plazo legal de 30 días.

El certificado de nacido vivo consta de tres rubros

1. *Para archivar en la Oficina de Registro Civil*, con las siguientes variables profesional que atendió el parto, la identificación de la parturienta, su edad, su documento de identidad, el sexo del recién nacido, la fecha y la hora en que nació, el establecimiento de salud, el domicilio de la madre, la identificación de quien certifica, el colegio profesional y el lugar de la certificación, el sello y firma.
2. *Huella de identificación*: huella del índice de la madre y la huella plantar del recién nacido
3. *Para ser anotada por el declarante o Declaración Jurada de Registro*: La identificación del recién nacido, la de la madre, la del padre con sus documentos de identidad y la del declarante con su relación con el nacido vivo, así como el registro de su índice derecho.

Informe estadístico del nacido vivo consta de cinco grupo de datos

1. *Datos del nacido vivo*, las variables de sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento hasta la localidad y peso al nacer.
2. *Datos del parto*: las variables sitio de ocurrencia (establecimiento de salud u otro lugar) , quien atendió el parto (profesional de la salud u otra persona), tipo de parto, condición del parto y duración del embarazo,
3. *Datos de la madre*: Ocupación, estado conyugal, embarazos e hijos
4. *Persona que atendió el parto*: Identificación y lugar de atención
5. *Datos de la inscripción*: Ubicación de la Oficina de Registro civil, Datos del inscrito y datos del declarante

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

El Registro de la muerte y el Informe estadístico de la defunción.

Caja 10 : Registro de Muerte e Informe estadístico de la defunción
<i>Defunciones registradas: son tres las modalidades de la inscripción</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Inscripción ordinaria: cuando la inscripción se realiza dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento.2. Inscripción por parte policial: cuando la inscripción se realiza en virtud de la certificación de la defunción por la autoridad policial, en caso de muerte por accidente3. Inscripción judicial: cuando la inscripción se realiza por orden del Juez Penal en caso de muerte violenta o sospechosa certificada por el medico legista, para ello, no se determina plazo
<i>Certificado de defunción feta, con dos rubros</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Para archivar en la Oficina de Registro Civil</i> con las siguientes variables profesional que certifica haber atendido, la identificación de la gestante, la fecha, la hora, la localidad, la identificación del profesional, el colegio profesional y el lugar de la certificación, el sello y firma.2. <i>Declaración jurada de Registro de la Defunción Fetal:</i> con la identificación del padre, madre y declarante
<i>Certificado de defunción</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Para archivar en la Oficina de Registro Civil</i> con las siguientes variables profesional que certifica haber atendido, o constatado la defunción, la identificación del fallecido, sexo, edad, documento de identidad, la fecha de fallecimiento, la hora, la dirección, la localidad, el distrito, la provincia y el departamento, la causa básica de la muerte, la identificación del profesional que certifica, el colegio profesional y el lugar de la certificación, el sello y firma.2. <i>Declaración jurada de Registro:</i> con la identificación del fallecido, sexo, tipo y número de documento de identidad, domicilio, edad del fallecido y hora de fallecimiento. Nombres y apellidos del padre, Nombres y apellidos de la madre, Nombres y apellidos del cónyuge, Nombres y apellidos del declarante, domicilio del declarante, su documento de identidad y firma y sello.
<i>Informe estadístico de la defunción fetal con los siguientes grupos de datos</i>
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Datos de la Oficina que autorizo el entierro:</i> Provincial, Distrito, Oficina de Registro Civil, número de declaración y fecha de inscripción.2. <i>Datos del feto:</i> Sexo, fecha de expulsión, periodo de gestación, peso del feto, parto múltiple3. <i>Datos del parto:</i> quien atendió el parto, sitio de ocurrencia(establecimiento u otro), sitio de ocurrencia (departamento a localidad) tipo de parto.4. <i>Causa de defunción fetal</i>5. <i>Datos de la madre.</i> Edad, residencia habitual, estado conyugal o marital, sabe leer o escribir, nivel de instrucción, embarazos e hijos.6. <i>Datos de la persona que llena el formulario:</i> identificación, dirección y cargo.7. <i>Persona que atendió el parto:</i> identificación, dirección
<i>Informe estadístico de la defunción con los siguientes grupos de datos</i>

1. *Datos de la Oficina de estadístico* Departamento a localidad, Identificación del fallecido.
2. *Datos del Fallecido: sexo, edad, estado conyugal, nivel de instrucción, Ocupación.*
3. *Residencia habitual del fallecido: de país a localidad, dirección.*
4. *Lugar fecha y hora del fallecimiento: de país a localidad, fecha, sitio de ocurrencia,*
5. *Causa de la defunción: certificado por, el tipo de declaración que realiza, la causa de la Defunción con el intervalo en cada periodo,*
6. *Causa de la defunción: en casos de muerte violenta o causa externa, si se realizo autopsia del fallecido.*
7. *Datos de la persona que certifica la defunción: identificación, documento de identidad, colegio profesional, domicilio.*
8. *Muerte de mujeres asociadas a gestación, parto y puerperio: identifica si es durante la gestación, parto o puerperio y el tiempo de gestación*

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Los Subsistemas administrativos han ido virando hacia la automatización de los mismos y vienen desde el Ministerio de Economía y están en diferentes grado de desarrollo pero cuentan con personal encargado de su desarrollo y mantenimiento que dan apoyo a las diferentes unidades ejecutoras a nivel nacional

Caja 11: Sistema Integrado de Gestión Administrativa -SIGA

Este sistema esta conformado por:

- Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP)
- Módulo de Procesos Presupuestarios (MPP)
- Módulo de Ejecución de Proyectos (MEP)
- Módulo de Control de Planilla (MCP)
- Módulo de Logística (ML)
- Módulo de Control Patrimonial (MP)

Programación

- Cuadro de Necesidades
- Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones (PAAC)

Pedidos

- Registro de Pedidos
- Autorización del Pedido
- Requerimiento de Compra
- Autorización de la Compra

Procesos de selección

- Menor Cuantía, Adjudicación Directa, Licitación/ Concurso Público
- Contratos

Adquisiciones

- Cuadro de Adquisiciones
- O/C, O/S
- Afectación Calendario de Compromisos

Almacén

- Entradas y Salidas de Almacén
- Atención de pedidos
- Kárdex

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

Este sistema se encuentra ya en todas las regiones y ha facilitado mucho el trabajo administrativo en el sector salud, y actualmente a través del presupuesto por resultados esta realizando la unión a los componentes asistenciales.

Caja 12: Sistema de Administración Financiera -SIAF

Este Sistema es generado por el Ministerio de Economía y Finanzas desde 1997 a 1998 a nivel del Gobierno Central y las Regiones y en el MINSA se inicio a implementar el año 2004 en 28 Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud en este momento se ejecuta en todas las Regiones del País.

Es un sistema de Ejecución, no de formulación presupuestal ni de asignación, pero toma como referencia estricta el Marco Presupuestal y sus Tablas. Esta diseñado en dos fases los registros administrativos de compromisos, devengados y girado y los registros contables. El Registro Contable requiere que, previamente, se haya realizado el Registro Administrativo. Puede realizarse inmediatamente después de cada Fase, pero no es requisito para el registro de la Fase siguiente. A diferencia de otros sistemas, la contabilización no está completamente automatizada. Esto, que podría ser una desventaja, ha facilitado la implantación pues el Contador participa en el proceso.

Cada mes las UEs reciben, a través del SIAF, su Calendario de Compromisos (CALCOM) elaborado por la DNPP. Las UEs registran en el SIAF sus operaciones de gastos e ingresos, información que luego es transmitida al MEF para su verificación y aprobación. En el Ciclo de Gasto las UEs registran sus operaciones (expedientes), cada una de las cuales incluye las Fases de Compromiso, Devengado y Girado. El registro del Compromiso implica el uso de un Clasificador de Gasto a nivel de Específica, una Fuente de Financiamiento y la Meta correspondiente asociada a ese gasto. El sistema verificará si esa operación está acorde al CALCOM aplicando el criterio de techo presupuestal. La UE sólo puede comprometer dentro del mes de vigencia del Calendario.

El registro del Devengado está asociado a la verificación del cumplimiento de la obligación por parte del proveedor, esto es la entrega de bienes. Esta fase requiere un Compromiso previo que a su vez establece techos y otros criterios. El Devengado puede darse en el mismo mes o en otro posterior al registro del Compromiso.

El registro del Girado requiere no sólo un Devengado previo (que a su vez establece techos) sino la correspondiente Autorización de Giro por parte de la DGTP, que aplica el criterio de Mejor Fecha. El Girado puede darse en el mismo mes o en otro posterior al registro del Devengado.

La DGTP emite la Autorización de Pago de los Girados (cheques, cartas órdenes) de las UEs, transmitiéndose al BN, quien actualiza sus archivos con cada lote enviado, atendiendo a los beneficiarios de los Girados.

El registro de la Fase Pagado en la UE es procesado automáticamente por el Sistema, con la información de los cheques y cartas órdenes pagados remitida por el BN.

Beneficios en el Sector:

Mejora en la Gestión Financiera del Tesoro Público.

Base de Datos con información oportuna, confiable y con cobertura adecuada.

Monitoreo por el Sector y Pliegos de la Ejecución del Presupuesto.

Proporciona al MINSA información oportuna y consistente.

Permite obtener reportes consistentes de estados presupuestales, financieros y contables.

Permite un seguimiento de la ejecución presupuestaria en sus diferentes fases.

Proporciona una visión global y permanente de la disponibilidad de los recursos financieros del Estado.

Pone a disposición de la CPN, información para la elaboración de la Cuenta General de la

República.

Pone a la disposición de la Contraloría General de la República, información de detalle, reduciendo los requerimientos de reportes y mejorando la capacidad de Control en oportunidad, cobertura y selectividad.

Contribuye a una mejor asignación de recursos y toma de decisiones.

Fuente: Herramienta Perfil del Sistema de Información

5.3 *Lista de verificación:*

5.3.1 Este instrumento fue aplicado a los jefes de estadística el primer rubro de este grupo fueron los **equipos** de cada uno de los establecimientos de salud, verificando a través de la observación lo expresado por los mismos, en cada uno de ellos se solicitó la información de aquellos que están relacionados o se usan en el sistema de información, no se tomaron en cuenta las que usa el sistema administrativo de apoyo secretarial por ejemplo.

Existe un grupo que equipos como son las computadoras, el contar con unidades de respaldo externas pero de poca capacidad, impresoras, fuentes de poder y líneas telefónicas, que tienen todos los establecimientos de salud y cuyo porcentaje de operatividad varía como vemos en el siguiente cuadro.

Tabla Nº 2
Condición de los equipos con los que cuentan las DIRESAs y DISAs de salud participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-20

Equipos	En condiciones de Trabajo	Fuera de Servicio
Computadoras	91.64%	8.36%
Unidades de Respaldo	91.51%	8.49%
Impresoras	88.31%	11.69%
Fuente de Poder	89.93%	10.07%
Lineas Telefonicas	92.61%	7.39%
Acceso de Internet	83.30%	16.70%
Calculadora	93.48%	6.52%

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

El 87% de los establecimientos de salud evaluados cuentan con equipos de computo, de ellos en su mayor parte (91.64%) están en condiciones de trabajo, con unidades de respaldo (disco, USB), el 83.30 tiene acceso a Internet sin embargo el porcentaje que cuenta con MODEM, generadores eléctricos, radio telefonía y lo más importante es que no cuenta con almacenamiento de base de datos fuera de las instalaciones y están en peligro frente a cualquier eventualidad así sólo el 13.33% estaría protegido.

Tabla Nº 3
Resultado de los equipos con los que cuentan las DIRESAs y DISAs participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Equipos	EE.SS que cuentan	Porcentaje que cuenta	En condiciones de Trabajo	Fuera de servicio
Modems	92	40.89	93.47%	6.53%
Generador eléctrico	90	40.00	83.33%	16.67%
Radio telefonía	135	60.00	91.11%	8.89%
Almacenamiento fuera de las instalaciones	30	13.33	70.00%	30.00%

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.3.2 En cuanto a los **servicios básicos** encontramos que 181 de los 225 (80.44%) cuentan con energía eléctrica continua, de estos 22 (12.15%) ven afectado su trabajo por las interrupciones del fluido eléctrico lo que afecta su trabajo. Sólo el

1% cuenta con aire acondicionado para el lugar en que se tienen las computadoras.

5.3.3

En relación al **almacenamiento de la información** las preguntas se relaciona al archivo de los documentos y reportes concerniente al sistema de información: como son los documentos que reciben o envían desde las oficinas de estadística, las características de los mismos en relación al orden y clasificados en archivadores, si las historias clínicas cuentan con un archivo ordenado, clasificado y accesible, así como si conservan ordenados los reportes de estadísticos que emiten, en la tabla se muestran los resultados numéricos, los indicadores nos dicen que entre el de los establecimientos tenían de los documentos y los informes estadísticos 46.36% tenían en mal archivados los documentos, el 35.94% de los archivos de historias clínicas en mal estado, los informes estaban mal archivados en el 48.87% de los establecimientos y de los pocos que tenían almacén de base de datos el 31.74% las tenían en mal estado.

Tabla Nº 4

Condiciones de almacenamiento de elementos del sistema de información en las DIRESAs y DISAs participantes en el evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Almacén y condiciones	Documentos	Porcentaje	Historias Clínicas	Porcentaje	Informes	Porcentaje	Almacén DB	Porcentaje
Bueno	18	8.18%	14	7.29%	16	7.24%	62	37.13%
Regular	100	45.45%	109	56.77%	97	43.89%	52	31.14%
Malo	102	46.36%	69	35.94%	108	48.87%	53	31.74%
s/d	27	--	55	--	26	--	80	--

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.3.4 En cuanto a las capacidades de comunicaciones y conectividad de los establecimientos de salud, el 100% de los que respondieron (no hay dato de 3) lo hace a través de la telefonía fija y en algunos casos cuentan con más de una línea, especialmente en los hospitales.

En cuanto al uso de la telefonía móvil el 49.19% de los establecimientos cuenta con ello, sólo el 28.86% cuenta con radiofonía móvil y el 80% de los establecimientos tiene acceso a Internet para el envío de información. Lo que va de acuerdo y corrobora con los explorado en la primera fase del instrumento de evaluación que presento un 83%.

Tabla Nº 5

Capacidades de telecomunicación de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

**Evaluación del Sistema de Información Rutinaria en Salud
Perú 2008-2009**

DISA/DIRESAS	EE.SS	Teléfono	Teléfono	Radiofonía	Internet
		Fijo/líneas	Celular	RPC/RPM	Numero
LIMA CIUDAD	21	30	20	10	25
LIMA ESTE	19	25	16	10	22
LIMA SUR	9	15	5	5	12
DIRESAS					
APURIMAC	14	16	8	1	11
AYACUCHO	20	18	10	3	19
CALLAO	15	14	2	12	11
CUSCO	17	10	8	0	6
HUANCAVELICA	15	7	8	0	5
HUANUCO	8	12	14	10	11
JUNIN	27	29	5	4	26
LIMA REGION	23	37	8	8	29
MADRE DE DIOS	11	5	3	0	0
PASCO	8	1	0	0	0
SAN MARTIN	24	20	14	8	13
UCAYALI	16	8	0	0	7
TOTAL	247	247	121	71	197

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.3.5 Disponibilidad de insumos, la mayor parte de establecimientos no cuenta con un stock suficiente para tres meses, presentamos en las tablas el numero de establecimientos por región que ha presentado desabastecimiento de los formularios de la consulta ambulatoria, o en los del Seguro Integral de salud y en los formularios de registro de los hechos vitales de nacimientos y defunciones.

Un 21% de establecimientos refirieron no haber tenido formularios para el registro de las actividades de consulta médica, un 25% haber tenido desabastecimiento de las hojas de parte diario, un 15% y 12% respectivamente para poder registrar el estado nutricional del niño (SIEN niños) y de la Gestante (SIEN Gestante) estos formularios son los que deben pasar a ser digitados para ser llevados hasta el nivel nacional.

Tabla Nº 6
Establecimientos que tuvieron desabastecimientos según meses de insumos para las actividades de atención ambulatoria en el último año según DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DISA/DIRESAS	EE.SS.	Consulta externa	Formularios HIS	SIEN niños	SIEN Gestantes
LIMA CIUDAD	21	1	10	1	1
LIMA ESTE	19	4	3	4	2
LIMA SUR	9	1	0	2	2
DIRESAS					
APURIMAC	14	2	2	0	0
AYACUCHO	20	0	1	1	0
CALLAO	15	2	12	0	0
CUSCO	17	5	6	3	4
HUANCAVELICA	15	4	2	3	3
HUANUCO	8	3	2	1	1
JUNIN	27	8	6	5	5
LIMA REGIÓN	23	7	6	5	4
MADRE DE DIOS	11	5	3	2	0
PASCO	8	0	1	0	0
SAN MARTIN	24	8	7	7	6
UCAYALI	16	3	2	2	1
TOTAL	247	53	63	34	29

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

Otro de los temas importantes en el país es el aseguramiento y este ha empezado en los establecimientos de salud públicos por la inscripción en el primer nivel de atención de los pobres y pobres extremos y para eso se cuenta con las hojas FESE (Formato de evaluación social), las de contrato del SIS (Seguro Integral de Salud) y los formularios de Atención, así como los formularios de referencia y contrarreferencia.

Sin estos formularios, no es posible la atención de los subsidiados es por ello que fue motivo de evaluación.

El contar con este tipo de insumos tiene diferente niveles de responsabilidad, desde las Oficinas regionales del Seguro Integral hasta las Oficinas Nacionales.

Tabla N° 7

Establecimientos que tuvieron desabastecimientos de insumos según meses para las actividades de atención el Seguro Integral de Salud (SIS) en el último año según DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DISA/DIRESAS	EE.SS	FECE	Contratos SIS	Atenciones SIS	Referencias SIS
LIMA CIUDAD	21	0	2	3	2
LIMA ESTE	19	3	3	4	2
LIMA SUR	9	1	3	3	2
DIRESAS					
APURIMAC	14	1	2	3	1
AYACUCHO	20	0	2	1	1
CALLAO	15	1	1	2	3
CUSCO	17	0	7	35	6
HUANCAVELICA	15	1	4	6	5
HUANUCO	8	0	1	1	0
JUNIN	27	1	12	16	8
LIMA REGIÓN	23	3	6	13	5
MADRE DE DIOS	11	0	4	6	2
PASCO	8	0	1	1	1
SAN MARTIN	24	2	13	16	12
UCAYALI	16	0	4	4	4
Promedio de meses	247	1.63	4.33	7.60	3.86

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

La colecta de información de los hechos vitales se realiza en los formularios de los certificados de nacimiento y defunción que son entregados a nivel regional, en la mayor parte de las regiones y por el nivel nacional en el caso de las DISAs de Lima y Callao.

La tabla ocho nos permite visualizar que solo dos de las DIRESA no han tenido desabastecimiento de formularios para la expedición de certificados de nacimientos, y las otras en promedio han tenido cerca de cuatro meses de desabastecimiento, en el caso de las defunciones cuatro de las regiones no han presentado desabastecimiento en el último año y el promedio de meses de desabastecimiento ha sido de cuatro meses.

Tabla N° 8

Establecimientos que tuvieron desabastecimientos de insumos según meses para el registro de los nacimientos y defunciones en el último año las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DIRESA/DISA	EE.SS	Nacimientos	Defunciones
LIMA CIUDAD	21	1	0
LIMA ESTE	19	5	4
LIMA SUR	9	3	0
DIRESAs			
APURIMAC	14	4	2
AYACUCHO	20	1	1
CALLAO	15	0	0
CUSCO	17	6	4
HUANCAVELICA	15	2	2
HUANUCO	8	2	2
JUNIN	27	2	3
LIMA REGIÓN	23	3	3
MADRE DE DIOS	11	2	3
PASCO	8	0	0
SAN MARTIN	24	9	11
UCAYALI	16	4	4
Promedio de meses	247	3	4

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.3.6 Disponibilidad de Normas, procedimientos y lineamientos, la calidad del dato depende de existan normas, criterios, guías o manuales, se pregunto sobre los manuales de codificación del HIS del año 2007, normas sobre el manejo de datos, guías de prácticas clínicas, manuales para mantenimiento de los sistemas de computo y sobre los procedimientos para la captura de datos, las respuestas por cada una de las DIRESAs y DISAs se encuentran en la tabla en la que vemos que el 25% no contaban con el manual de codificación HIS actualizado, menos del 40% contaba con manual del manejo de datos, un 31% refieren contar con guías de práctica clínicas, un 29% con manual para captura de datos y sólo un 10% con manual para computo.

Tabla N° 9

Porcentaje de establecimientos que contaron con los manuales para las diferentes etapas de los procesos de información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

**Evaluación del Sistema de Información Rutinaria en Salud
Perú 2008-2009**

DIRESA/DISA	Codificación HIS 2007	Manejo de los datos	Guías de Práctica Clínica	Manual de Computo	Captura de datos
LIMA CIUDAD	15	7	5	2	6
LIMA ESTE	11	5	6	3	7
LIMA SUR	5	2	1	0	0
DIRESA					
APURIMAC	8	7	2	3	5
AYACUCHO	20	5	7	3	5
CALLAO	15	15	2	2	15
CUSCO	11	6	6	2	3
HUANCAVELICA	7	4	5	0	1
HUANUCO	7	5	2	0	3
JUNIN	24	7	11	1	7
LIMA REGIÓN	15	8	10	6	9
MADRE DE DIOS	9	1	4	0	0
PASCO	1	0	1	1	0
SAN MARTIN	22	12	8	0	7
UCAYALI	15	9	7	1	4
TOTAL	185	93	77	24	72
PORCENTAJE	74.90	37.65	31.17	9.72	29.15

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.3.7 Disponibilidad de Recursos humanos, en este rubro se indaga sobre el número de personal que participa en el sistema de información: en las áreas de admisión, archivo, estadística, digitadores y programadores, si estos han sido capacitados, se pregunta además si han recibido capacitación para el desempeño de sus funciones, los resultados por regiones se muestran en la Tabla N° 10 y en el Grafico N° 2 podemos observar el panorama nacional.

Tabla N° 10
Disponibilidad de recursos humanos y sus porcentajes en las diferentes áreas del sistema de estadísticas en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

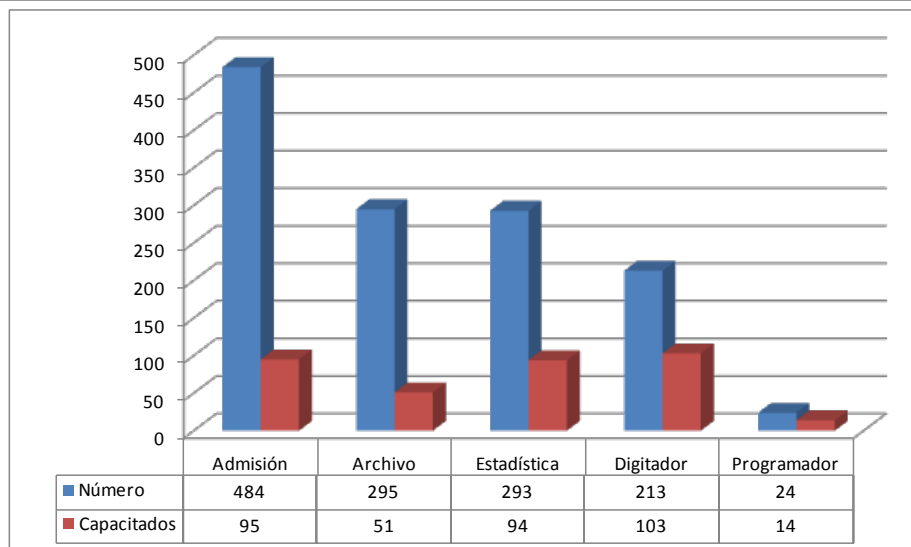
**Evaluación del Sistema de Información Rutinaria en Salud
Perú 2008-2009**

DIRESA/DISA	Admisión		Archivo		Estadístico		Digitador		Programador	
	Nº	Capac.	Nº	Capac.	Nº	Capac.	Nº	Capac.	Nº	Capac.
LIMA CIUDAD	105	8	97	4	70	8	14	5	4	1
LIMA ESTE	53	6	34	6	32	10	19	6	4	3
LIMA SUR	27	3	14	0	28	4	5	1	1	0
APURIMAC	20	3	9	1	7	2	16	8	1	1
AYACUCHO	33	11	10	6	9	8	30	14	1	0
CALLAO	33	11	27	1	26	14	17	10	0	0
CUSCO	24	9	18	3	14	4	19	3	1	1
HUANCAVELICA	23	2	3	3	3	2	11	8	0	0
HUANUCO	19	3	13	3	6	1	10	4	0	0
JUNIN	35	12	19	7	31	14	33	14	4	4
LIMA NORTE	53	12	31	8	37	14	19	11	7	4
MADRE DE DIOS	11	2	1	1	1	0	5	3	1	0
PASCO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAN MARTIN	26	5	8	2	22	7	11	3	0	0
UCAYALI	21	8	11	6	7	6	4	13	0	0
TOTAL	484	95	295	51	293	94	213	103	24	14
% CAPACITADOS	100	19.63	100	17.29	100	32.08	100	48.36	100	58.33

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

Como podemos apreciar existe un pequeño número de personal que participa directamente en el sistema de información en los establecimientos de salud, siendo en Pasco el caso más deficitario, porque el personal técnico o auxiliar debe simultáneamente a la realización de sus funciones asistenciales, realizar las labores de archivo de historias clínicas, admisión y crítica y codificación, siendo en promedio las DISAs de Lima, de la Región Lima, Ayacucho, Callao y Junín, las que cuentan con mayor número. El número de Programadores es mínimo solo 24 en 247 establecimientos.

Gráfico Nº 2
Disponibilidad de recursos humanos y sus porcentajes en las diferentes áreas del sistema de estadísticas en las DIRESA y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



5.3.8 Tiempo invertido en el procesamiento de la información, en cada una de los lugares el tiempo ha sido diferente dependiendo del tipo de computadora con la que contaban ya que se ha encontrado maquinas 486 que son más lentas en la emisión de los reportes y también ha dependido del tipo de impresora con las que contaban así los tiempos promedios por DIRESA son los que se muestran en las Tabla N° 11, debemos recalcar que en el procesamiento la demora es aun mayor siendo de hasta casi siete horas en los establecimientos.

Tabla N° 11
Tiempo invertido en la emisión de reportes en las DIRESAs y DISAs
participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DIRESA/DISA	Tiempo Promedio en elaboración de reportes
LIMA CIUDAD	3 horas 31 minutos
LIMA ESTE	3 horas 48 minutos
LIMA SUR	1 hora
APURIMAC	1 hora 53 minutos
AYACUCHO	1 hora 19 minutos
CALLAO	24 minutos
CUSCO	18 horas 16 minutos
HUANCAVELICA	22 minutos
HUANUCO	1 hora 54 minutos
JUNIN	3 horas 18 minutos
LIMA NORTE	6 Horas
MADRE DE DIOS	9 hora 28 minutos
SAN MARTIN	7 hora 44 minutos
UCAYALI	1 hora 41 minuto

Fuente: Herramienta PRISM Listado de Verificación

5.4 Evaluación de la organización y el comportamiento del Sistema de información en Salud (OBAT)

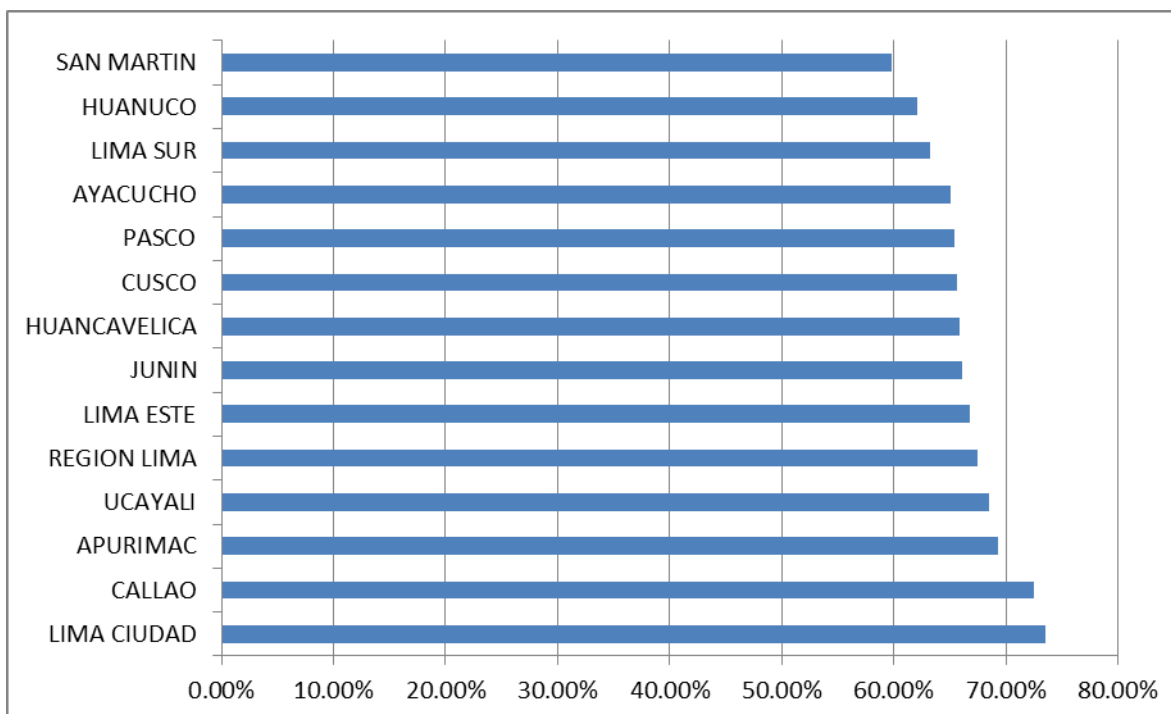
Esta herramienta nos permitió obtener información acerca de factores organizacionales y de comportamiento que afectan el desempeño del sistema de información. Se aplicó a los integrantes de los equipos de gestión de los establecimientos, a los profesionales de la salud con responsabilidad en las estrategias sanitarias y a los integrantes de los equipos de estadística e informática. En una primera parte la encuesta nos permite evaluar la parte organizacional desde la perspectiva de los diferentes actores del sistema, están los prestadores, los estadísticos, los programadores y los usuarios de la información en base a las percepciones nos permite ver si la organización promueve la cultura de la información. Entre los factores de comportamiento se incluyen el conocimiento, las habilidades, la resolución de problemas, la confianza para realizar tareas de SIRS, y la motivación, mediante la comparación de los diferentes factores con el desempeño de SIRS, permite identificar las deficiencias y las fortalezas

Promoción de la cultura de la información

Definida como la capacidad y control de promover valores y creencias entre los miembros de la organización para recopilar, analizar, utilizar información con el fin de alcanzar sus objetivos y misión, se evaluó teniendo siete indicadores: calidad de los datos, uso de la información, toma de decisiones basada en la evidencia, resolución de problemas, retroalimentación, responsabilidad (responsables por su trabajo y el impacto de ser honestos, éticos y el hacer diferencia en la vida de los pacientes) y el empoderamiento y rendición de cuentas (delegación de autoridad para la toma de

decisiones y que los trabajadores y las personas se sientan responsables de las decisiones que toman).

Grafico N° 1
Porcentaje de trabajadores que opinan que se promueve la información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



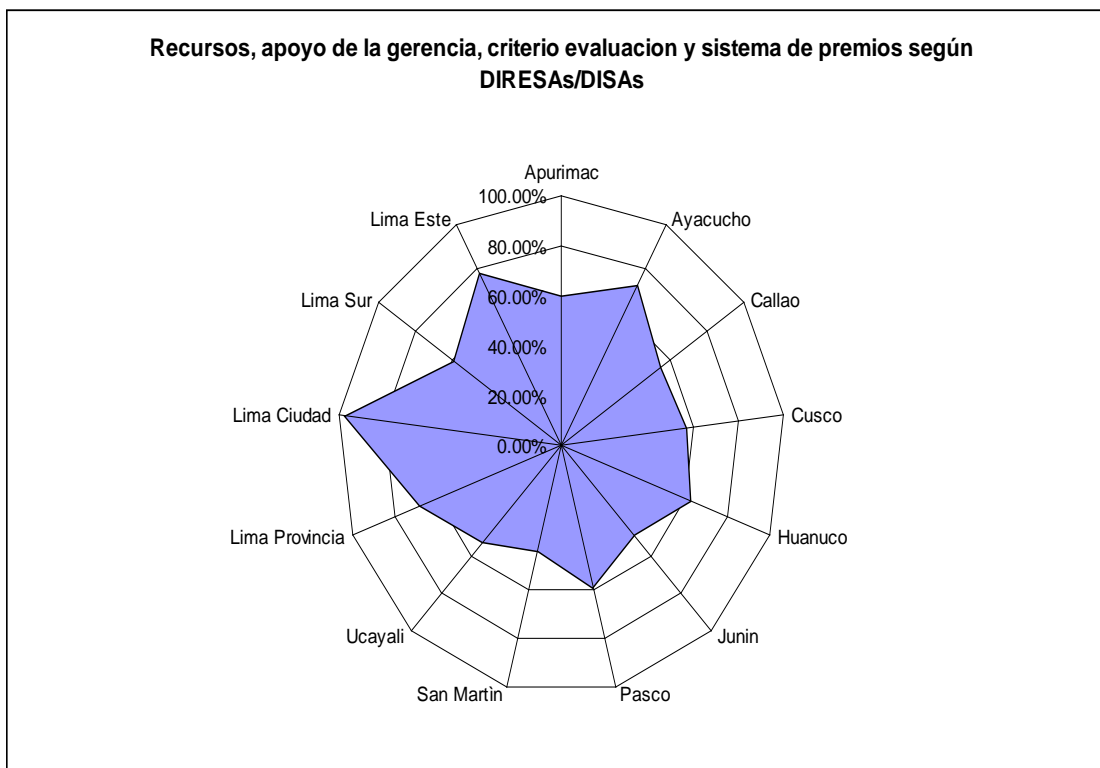
Fuente: Herramienta de Evaluación Organización y Comportamiento (OBAT)

Como podemos observar entre los cinco primeros lugares se encuentran la DISA de Lima Ciudad y la DIRESA Callao son las que superan el 70% de trabajadores que sienten que se motiva y promociona el uso de la Información en los diferentes aspectos evaluados, siguiendo las de Apurímac, Ucayali y la Región Lima

Otros Factores Organizacionales

El grado en que los trabajadores de salud perciben que la organización, les brinda capacitación, los insumos necesarios como son: las historias clínicas, los formularios para el registro de las diferentes actividades prestacionales y todo lo que se requiere para el cumplimiento de las diferentes tareas relacionadas al sistema de información, si los directivos les brindan apoyo permitiendo la expresión de sus opiniones en la resolución de los conflictos y si estos ayudan a promover un trabajo de equipo apropiado, si se difunde los criterios para la evaluación del desempeño, si se usa los meritos para ascensos y la existencia de un sistema de premios. Los resultados se muestran en el gráfico siguiente:

Grafico N° 2
Otros factores organizacionales
Información de las DIRESAs y DISAs
participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



Fuente: Herramienta de Evaluación Organización y Comportamiento (OBAT)

Aquí también se observa que son las DISAs de Lima Ciudad, Lima Este y Ayacucho la que presentan la puntuación más alta, no así el Callao y Lima Sur en la que no llegan al 40% los trabajadores que perciben que la organización apoya el sistema de información

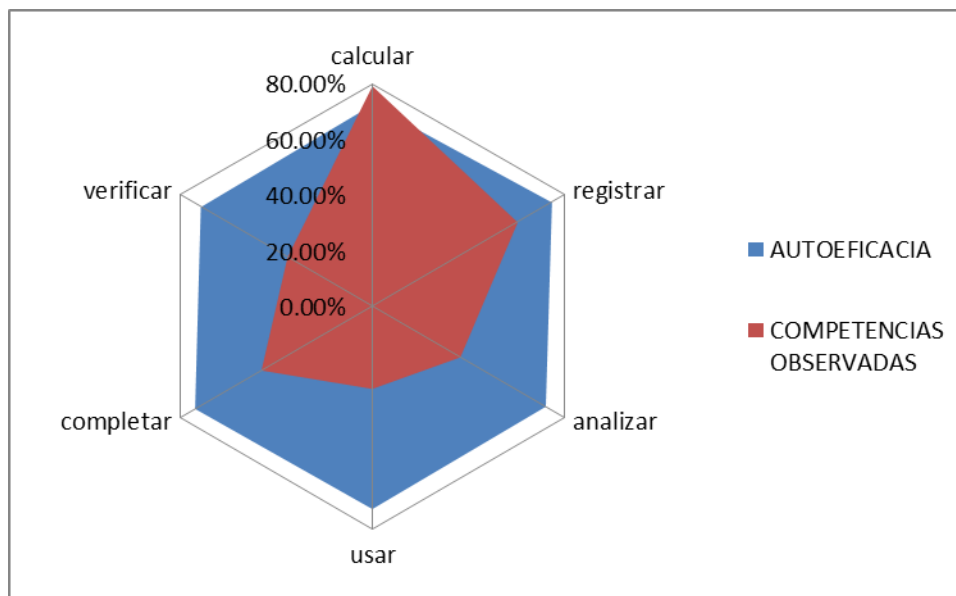
Autoeficacia y Competencias: otro de los aspectos que permite evaluar esta herramienta es el de realizar una comparación entre las autoeficacia determinada por los participantes y la observación de ellas a través de pequeño grupo de problemas que requieren la aplicación de sus conocimientos, habilidades y destrezas que van desde la colecta de datos, su grafico, el análisis y el uso de la información.

Esta herramienta nos permite evidenciar las brechas existentes entre lo que los consideran que saben hacer y las capacidades que se observan, especialmente nos informa en que aspectos de la cadena de valor del sistema de información desde el registro del dato, el análisis estadístico del dato, el convertirlo en conocimiento, que permita su uso y posteriores decisiones debemos intervenir.

El resultado medido como promedio nacional de las medianas fue de 72.57% y el promedio de las medianas de lo observado fue de 41.32%, Lo que nos presenta una brecha de esto con lo que deberían saber nos da una brecha de 31.25%. La brecha entre lo que deberíamos saber con los que realmente sabe es de 58.68%

En los aspectos en los que debemos intervenir, para disminuir estas brechas, son esencialmente en el análisis, verificación y uso de la información.

Grafico N° 3
Autoeficacia y competencias observadas entre los trabajadores de las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



Fuente: Herramienta de Evaluación Organización y Comportamiento (OBAT)

Tabla N° 12
Trabajadores de salud motivados y satisfechos de su trabajo en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DISA/DIRESA	Motivados en su trabajo	satisfecho con su trabajo
LIMA CIUDAD	86.46%	66.56%
LIMA ESTE	78.55%	62.77%
LIMA SUR	73.57%	54.54%
DIRESA		
APURIMAC	72.96%	58.57%
AYACUCHO	77.90%	72.98%
CALLAO	72.59%	59.15%
CUSCO	75.76%	64.78%
HUANCAVELICA	68.79%	65.30%
HUANUCO	74.46%	69.68%
JUNIN	73.57%	65.26%
LIMA NORTE	74.65%	71.63%
PASCO	74.33%	68.50%
SAN MARTIN	79.06%	63.49%
UCAYALI	73.69%	73.24%
PROMEDIO	70.42%	61.10%

Fuente: Herramienta de Evaluación Organización y Comportamiento (OBAT)

Entre los aspectos del comportamiento de las personas indagados están los de la motivación y su satisfacción del trabajo que realizan y según observamos que la mayor motivación es en Lima Ciudad sin embargo su satisfacción es menor, en cambio los expresan motivación y satisfacción por encima del 75% de sus trabajadores es en la Región de Huánuco.

5.5 Evaluación de la administración de sistema rutinario de información (MAT):

Administrar un sistema quiere decir, administrar recursos y funciones con el fin de producir mejores resultados. Como podemos observar los promedios en cada una de las dimensiones evaluadas son en Organización 39.75%, en planificación 39.56%, en la mejora del desempeño 49.99%, en capacitación 23.83%, en supervisión 19.09% y en Finanzas 14.00%

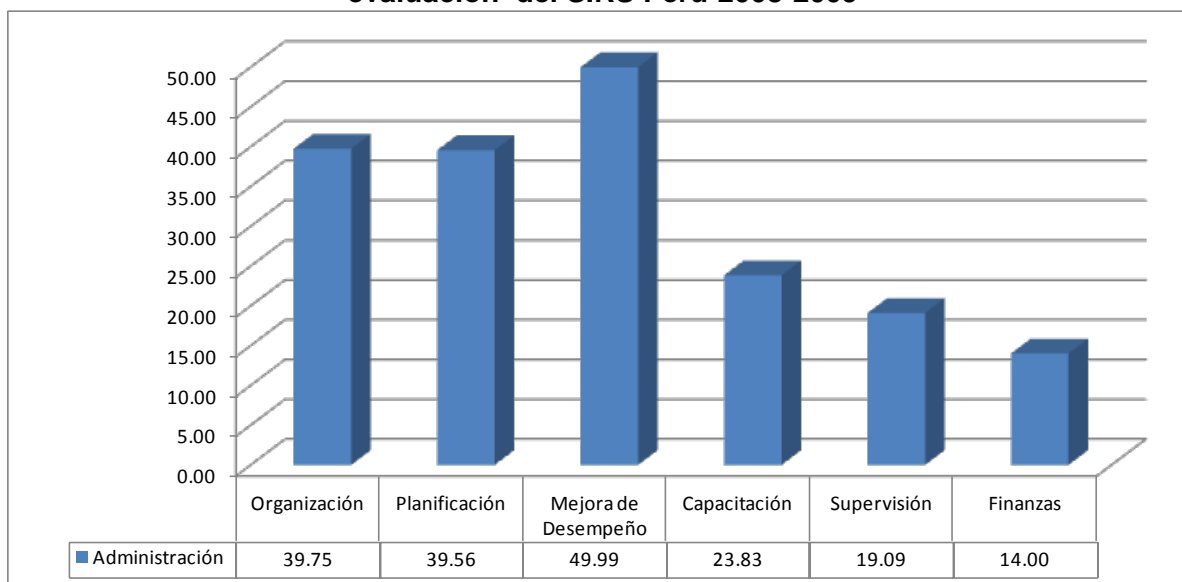
Tabla Nº 13
Administración del Sistema de Información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009 (n=185)

DIRESA/DISA	Organización	Planificación	Mejora de Desempeño	Capacitación	Supervisión	Finanzas
LIMA CIUDAD	38.89	38.89	51.85	25.93	29.63	15.28
LIMA ESTE	49.54	51.41	59.03	18.05	23.18	27.02
LIMA SUR	35.71	44.44	44.44	50.00	5.56	37.50
DIRESA						
APURIMAC	39.29	41.67	44.44	30.56	25.00	16.67
AYACUCHO	54.29	50.00	56.67	38.33	41.67	12.50
CALLAO	57.14	66.67	100.00	0.00	0.00	0.00
CUSCO	34.45	35.29	41.18	19.61	35.29	19.12
HUANCAVELICA	31.43	20.00	40.00	20.00	6.67	0.00
HUANUCO	44.90	42.86	47.62	19.05	19.05	25.00
JUNIN	44.44	46.91	61.73	38.27	25.93	8.33
LIMA NORTE	57.14	42.42	57.58	40.91	39.39	9.09
MADRE DE DIOS	32.86	33.33	36.67	23.33	10.00	17.50
PASCO	7.45	8.63	8.71	4.29	0.04	9.53
SAN MARTIN	25.00	33.33	50.00	12.50	0.00	6.25
UCAYALI	43.75	37.50	50.00	16.67	25.00	6.25
TOTAL	39.75	39.56	49.99	23.83	19.09	14.00

Fuente: Herramienta de la Evaluación de la Administración (MAT)

Como se observa en la tabla cada una de las Regiones evaluadas tiene diferente desarrollo y unas tienen más fuertes unas dimensiones que otras, pero en general la más débil de las dimensiones a juicio de los trabajadores es el financiamiento de las actividades del sistema de información, siguiendo en este orden la de supervisión y luego la de capacitación. Las que se encuentran con mayor fortaleza son las de mejora de desempeño, la de organización, la planificación. Sin embargo la más fuerte que es la de mejora del desempeño tiene un rango que va de 41.18% a 100%. Siendo las más débiles las dimensiones que dependen del nivel nacional, es decir la de supervisión y finanzas.

Gráfico N° 4
Administración del Sistema de Información en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



Fuente: Herramienta de Evaluación de la Administración MAT

5.6 Evaluación de la calidad técnica del sistema de información (Calidad del dato):

La evaluación del registro de las atenciones ambulatorias teniendo como base la Hoja de registro diario de actividades (Hojas HIS) de los datos de la Hoja HIS se evaluó los campos que están ligados directamente a la atención de la persona. En estos campos se evaluó la omisión de los datos por el prestador de la atención, con un promedio de 6.59%, con un mínimo de 4.42% en el Cusco y un máximo de 10.74% en Ucayali, En la omisión de codificación teniendo en cuenta que existe aun la indicación que es el profesional de la salud el que debe codificar las prestaciones, en cada una de las regiones se ha tenido que evaluar de acuerdo a las indicaciones dadas y el promedio porcentual es del 4.42% de omisión de la codificación, con un mínimo de 1.55% en Ayacucho y 9.27% en Lima Sur, en cada una de las regiones el trabajo de crítica y codificación que es el realizado por el personal de estadística sólo puede corregir el 25.82% de las omisiones de data y codificación realizada por el prestador de la salud. Otro de los problemas es los registros con inconsistencias se tuvo un 3.46% de registros que no guardaban coherencia interna.

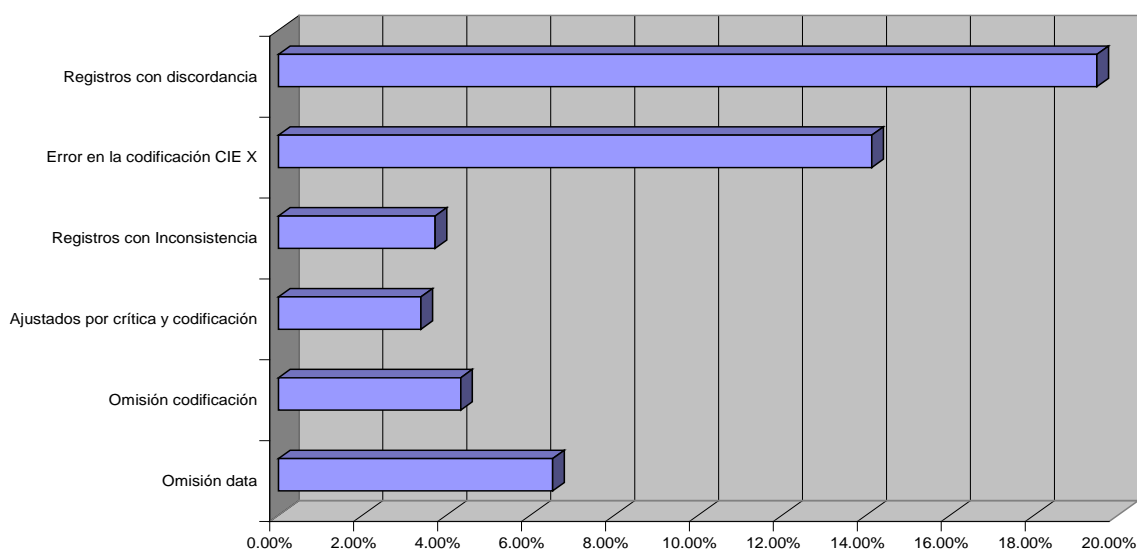
Consideramos que los puntos más importantes son los errores en la codificación con un promedio de 14.98% y la discordancia con la historia clínica 21.06% respectivamente, lo que influye notablemente en las estadísticas de la consulta externa y por ende en las decisiones que se toman a partir de estos datos entre otros los medicamentos e insumos a adquirir.

Tabla Nº 14
Calidad del dato de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DIRESA/DISA	Omisión data	Omisión codificación	Ajustados por crítica y codificación	Registros con Inconsistencia	Error en la codificación CIE X	Registros con discordancia
LIMA CIUDAD	9.15%	2.91%	4.85%	2.41%	15.01%	19.77%
LIMA ESTE	6.15%	3.11%	5.11%	2.81%	8.33%	19.54%
LIMA SUR	5.96%	9.27%	7.80%	4.69%	23.04%	27.71%
APURIMAC	4.79%	4.01%	3.01%	2.85%	7.32%	16.15%
AYACUCHO	4.45%	1.55%	1.53%	3.08%	7.93%	19.75%
CALLAO	6.69%	2.85%	2.09%	1.48%	21.84%	20.23%
CUSCO	4.42%	2.59%	2.36%	2.41%	20.94%	20.25%
HUANCAVELICA	6.60%	4.17%	1.24%	8.52%	5.30%	24.78%
HUANUCO	7.30%	3.67%	1.83%	2.30%	22.99%	0.00%
JUNIN	4.55%	2.91%	3.30%	2.01%	7.86%	16.22%
LIMA REGIÓN	7.46%	3.11%	3.45%	5.03%	10.16%	16.87%
PASCO	7.45%	6.81%	2.86%	7.25%	24.23%	38.18%
SAN MARTIN	5.78%	4.87%	3.18%	2.42%	6.93%	14.75%
UCAYALI	10.74%	8.95%	4.90%	5.02%	16.00%	18.81%
PROMEDIO	6.53%	4.34%	3.39%	3.73%	14.14%	19.50%

Fuente: Herramienta de la Evaluación de Calidad Técnica

Grafico Nº 5
Porcentaje de errores en los datos y sus fuentes las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



Fuente: Herramienta de la Evaluación de Calidad Técnica

En cuanto a la calidad del dato en el sistema de información encontramos que el mayor problema esta relacionado directamente con el prestador ya que si juntamos las omisiones en el registro de datos, la discordancia de los registros y la discordancia que son esencialmente realizados por el prestador esta suman 30% de los errores y los que podrían estar ligados al codificador es del 18%, sin embargo debemos aclarar que de acuerdo a norma es el prestador el que debe codificar con el CIE X, lo que elevaría a 45% las deficiencias ligadas al prestador.

En relación a la evaluación del **registro del cumplimiento de estándares** por los prestadores de salud teniendo en cuenta las tres estrategias de mayor impacto en la atención de salud por estar ligado a los programas estratégicos de Estado que se reflejan en la metodología de presupuesto y gestión por resultados, implementada en el país, desde hace seis años y en los que salud interviene directamente en: el Programa Estratégico de Disminución de la Mortalidad Materna y Perinatal y el Programa Articulado Nutricional, que tiene por finalidad el disminuir la desnutrición en los niños menores de tres años.

Para el cumplimiento de estos programas, se tiene diferentes productos como son el derecho de recibir información sobre los diferentes métodos existentes de planificación familiar, el de recibir el método que elija, el control de las gestantes, el control de los recién nacidos hasta los cinco años de edad. Por tanto cada uno de estos debe registrar variables de la edad, peso, la talla, el estado nutricional, tipo de alimentación, la hemoglobina y evaluación del desarrollo de acuerdo a la edad, y en la Mujeres en edad fértil, edad, método recibido y en la gestante, edad, peso, talla, ganancia de peso, estado nutricional, altura uterina, hematocrito, hemoglobina y el registro de las pruebas para evitar la transmisión vertical de la sífilis y el VIH.

Se evaluó la calidad del registro obteniendo que en promedio se encuentra registrado en un 72.80 en el programa de crecimiento y desarrollo, un 67.09% en Planificación Familiar y en el 64.75% en el caso de control prenatal.

El programa de crecimiento y desarrollo es llevado por las profesionales de enfermería, el de planificación familiar por las profesionales de obstetricia y el de control pre-natal en su mayoría por los profesionales médicos, en algunos establecimientos de primer nivel por la obstetricas cuando el embarazo es normal. De manera indirecta podemos decir que las que mejor registran son las profesionales de enfermería

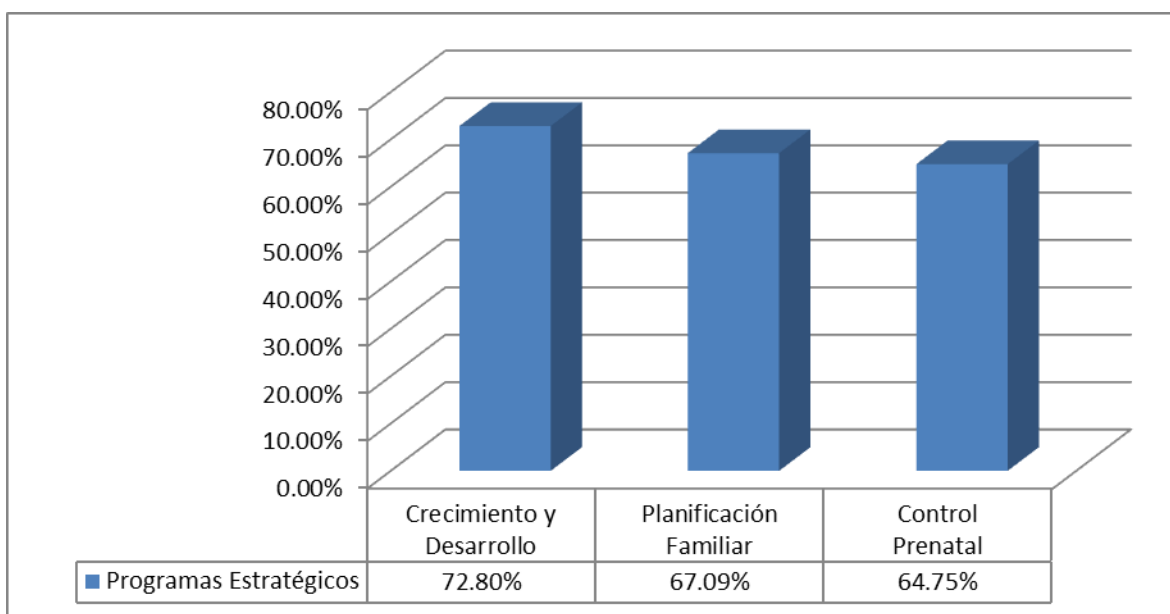
Tabla Nº 15

Registro de los estándares de los programas estratégicos en la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DIRESA/DISA	Crecimiento y Desarrollo	Planificación Familiar	Control Prenatal
LIMA CIUDAD	75.34%	80.00%	75.46%
LIMA ESTE	82.53%	61.44%	77.79%
LIMA SUR	75.81%	73.18%	50.87%
DIRESA			
APURIMAC	78.24%	69.63%	67.63%
AYACUCHO	69.64%	64.85%	59.92%
CALLAO	64.50%	60.71%	82.72%
CUSCO	68.22%	60.69%	46.37%
HUANCAVELICA	68.51%	65.00%	60.29%
JUNIN	72.06%	65.19%	61.47%
LIMA REGIÓN	66.82%	62.47%	59.16%
MADRE DE DIOS			
PASCO	74.34%	63.83%	53.69%
SAN MARTIN	79.23%	60.35%	74.97%
UCAYALI	71.21%	84.88%	71.38%
TOTAL	72.80%	67.09%	64.75%

Fuente: Herramienta de la Evaluación de Calidad Técnica

Grafico N° 6
Registro de los estándares de los programas estratégicos en la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009



Fuente: Herramienta de la Evaluación de Calidad Técnica

5.7 Transmisión de dato y Transmisión de base de datos En el país no todos los establecimientos tienen la capacidad de acopiar los datos electrónicamente, por lo que las

hojas HIS son enviadas a los puntos de digitación para que pueda ser introducidas al sistema, con este instrumento se evaluara la oportunidad de entrega de la data al punto de digitación, el porcentaje de omisión de la digitación.

Teniendo en cuenta los tiempos señalados por cada uno de los puntos de acopio de hojas HIS para la digitación se tomo como cero si llegaban en el tiempo señalado y se empezó a contar como días de atraso a partir de este día hasta el séptimo día por que a partir de este momento ya no podría ser incluido en la estadística del mes.

Se obtiene así los indicadores de oportunidad si hacia llegar en el tiempo señalada como limite de entrega, desde ese tiempo limite y hasta un máximo de siete días se obtenía el indicador de continuidad, el promedio de días de atraso fue otro de los indicadores aquí además hemos hallado los máximos de días que se han dado en las regiones en los seis meses estudiados, este mismo criterio se tuvo para las bases de datos que debían llegar al siguiente nivel.

Tabla Nº 16
Transmisión de registro y datas de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

DIRESA/DISA	Entrega de registros para digitación				Entrega de Base de Datos			
	Oportunidad	Demora	Maximo de Demora	Continuidad	Oportunidad	Demora	Maximo de Demora	Continuidad
LIMA CIUDAD	25.56%	0.82	3 días	80%	7.50%	26	10 días	80.0%
LIMA ESTE	4.17%	5.08	10 días	80%	25.00%	11	4 días	80.0%
LIMA SUR	55.56%	1.06	4 días	83%	29.17%	5	5 días	75.0%
APURIMAC	100.00%	0	0 día	50%	100	1	1 día	100.0%
AYACUCHO	18.42%	1.68	11 Días	100%	No digitan su información			
CALLAO	Todos los establecimientos digitan su información				10.00%	4	1 día	100.0%
CUSCO	25.49%	1.60	6 días	100%	8.82%	31	7 días	100.0%
HUANCAMELICA	0.00%	0.00	0	0%	50.00%	3	3 días	33.0%
HUANUCO	72.92%	0.77	4 días	100%	39.29%	9	4 días	87.5%
JUNIN	48.08%	3.14	20 días	100%	16.67%	69	19 días	100.0%
LIMA NORTE	78.33%	0.38	4 días	100%	10.23%	3	2 días	80.0%
MADRE DE DIOS	66.67%	0.33	1 día	83%	0.00%	0	0 día	0.0%
PASCO	100.00%	0.00	0 día	50%	100.00%	0	0 día	50.0%
SAN MARTIN	48.15%	2.69	15 días	100%	12.50%	12	4 días	87.5%
UCAYALI	5.21%	4.49	9 días	100%	15.38%	66	12 días	92.4%

Fuente: Herramienta de la Evaluación de Calidad Técnica

El término oportunidad en esta tabla tiene se refiere a que se hicieron llegar los registros para la digitación en el tiempo establecido, desde ahí se mide los días de demora y encontramos que esta es muy variable Lima Este y Ucayali son las que reportan el menor porcentaje de establecimientos que entregan a tiempo los registros y encontramos que existen establecimientos que llegan a demorar hasta 20 días la entrega de la información.

El término continuidad significa que a tiempo o con demora hacen llegar todos los meses la información y aquí encontramos diferencias Apurímac y Pasco los que solo llegan a un 50% esto significa que pueden juntar dos meses antes de llevar la información para la digitación.

Estos mismos indicadores se usaron para ver la entrega de las bases de datos y aquí la variación es mucho mayor y si bien los tiempos de demora son menores, las Regiones de mayor pobreza como son Huancavelica y Pasco lo hacen llegar en 33 y 50% de las veces.

Esto explica porque el nivel nacional tiene una demora en recibir las bases de datos de 45 días como promedio y desde ese momento recién puede iniciar el análisis estadístico de los datos para poder presentar la información a las autoridades nacionales.

5.8 Uso de la Información en establecimiento de salud:

El proceso para el uso de la información inicia en la emisión de reportes por los estadísticos, la regularidad de los mismos y la existencia de retroalimentación (60%) por parte de los que analizan la información, los indicadores que utilizan para el análisis de la información y los resultados generados por estas evidencias, es decir los planes de acción que se toman en el establecimiento de salud, tanto para la información como para la mejora del estado de salud de la población.

Uno de las primeras informaciones que debe de conocer el personal de salud y estar a disposición de trabajadores y usuarios es la población que esta bajo su jurisdicción y se encontró que 58% tiene el cuadro de estas y el 55% su pirámide poblacional.

Tabla Nº 17
Frecuencia de la emisión de los principales reportes en de la atención ambulatoria en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Reportes	Solicitados	Emiten	Porcentaje
Atendidos y Atenciones	11	9	83.99%
Reporte por Servicio	11	8	76.15%
Reporte de Morbilidad	10	8	80.20%
Reporte por Profesional	10	8	79.53%
Enfermedades Transmisibles	12	10	83.99%
Materno Peri Natal	10	9	85.68%
Crecimiento y Desarrollo	10	8	84.69%
Planificacion Familiar	10	8	84.32%

Fuente: Herramienta de la Evaluación del Uso de la Información

Los reportes de acuerdo a norma deben ser emitidos mensualmente, sin embargo se seleccionaron los reportes que permiten toma de decisiones a nivel local y se pregunto por la demanda de estos por las autoridades y vemos que esto se cumple una mediana de 83% por ciento, siendo el de mayor frecuencia el de enfermedades infecciosas que se emiten como promedio diez veces al año por los prestadores, siendo en promedio ocho veces la emisión de los mismos, de acuerdo a las directivas del sistema deberían emitirse doce veces al año.

Uno de los elementos importantes de esta herramienta es observar si las estadísticas y sus graficas se presentan en un lugar de fácil acceso de los trabajadores, los resultados nacionales los vemos en la tabla Nº 18 en que 60% de los establecimientos, contaban con tablas, y cerca al 57% gráficos, Mapas sólo en 19% y de estos en un 40% no se encontraba actualizada.

Tabla N° 18

Indicadores de salud usados y su presentación en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Indicadores	Tabla	Grafico	Mapa	Actualizado
Uno	60.98%	56.79%	20.67%	58.43%
Dos	53.37%	52.53%	14.00%	53.94%
Tres	54.09%	48.39%	12.75%	51.85%
Cuatro	48.37%	42.11%	12.50%	47.77%
Cinco	44.52%	36.55%	13.57%	42.67%

Fuente: Herramienta de la Evaluación del Uso de la Información

El aspecto relevante en el estudio del uso de la información es ver la capacidad para analizar la información producida y encontramos que en este aspecto el análisis de la información es muy limitada así encontramos que en el 60.35% realizaban comparaciones temporales, el análisis comparativo de áreas, servicios es realizado en un menor número de establecimientos, lo que está relacionado con las características del personal que cumple las funciones en el Sistema de Información que en la mayor parte de establecimientos son personal auxiliar y técnico, profesionales encontraremos en las Oficinas de Estadística de la DIRESAs o DISAs

Tabla N° 19

Tipo de análisis de los reportes y estadísticas en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Tipo de Analisis en los reportes	Numero de EE.SS.	Porcentaje
Serie de tiempo (Comparacion mensual, semanal, etc)	105	60.34%
Comparaciones por area (Pueblos, areas de cobertura)	68	39.77%
Comparacion por tipos de servicios	74	43.53%
Comparacion por trabajadores de salud/voluntarios de la comunidad del establecimiento de salud	30	17.96%
Otros analisis	49	31.01%
Otros analisis	30	19.35%

Fuente: Herramienta de la Evaluación del Uso de la Información

La participación de los responsables de estadística en las reuniones de gestión fue uno de los elementos investigados porque son los que deberían contar con la información oficial del establecimiento, sin embargo sólo en un 43% de los establecimientos tienen reuniones en las que este participa, se preguntaron si los aspectos que señalamos en la Tabla N° 18 se discutieron en las reuniones.

Tabla N° 20

Participación del personal de estadística en las reuniones de gestión en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Problemas que se vieron en las reuniones en que participo el funcionario de estadísticas	EE.SS	Porcentaje
Número de establecimientos en que se dieron reuniones	97	43.11%
Administración del SIRS, como: la calidad de datos, reportes o puntualidad de reportes	95	42.22%
Discusión de los hallazgos del SIRS como tendencias en la utilización de los pacientes, datos de enfermedad, cobertura de servicios, desabastecimiento de medicamento?	69	30.67%
¿Han tomado alguna decisión con base a las discusiones arriba mencionadas?	76	33.78%
¿Se ha llevado a cabo alguna acción de seguimiento en las decisiones hechas durante las reuniones previas?	61	27.11%
¿Existen algunos temas/problemas relacionados con el SIRS que se refieran a acciones a nivel de microred?	68	30.22%

Fuente: Herramienta de la Evaluación del Uso de la Información

La supervisión es un proceso que requiere, planificar, organizar, dirigir, ejecutar retroalimentar constantemente, la supervisión en el sistema de información tiene la característica fundamental de ser capacitante y lograr la retroalimentación, mejorar la eficiencia, la productividad, monitorear los procesos.

Tabla Nº 21
La supervisión en el Sistema de Información y sus características en las DIRESAs y DISAs participantes en la evaluación del SIRS Perú-2008-2009

Supervisión	Numero de EE.SS	Porcentaje
¿Visitó el establecimiento de salud el supervisor de la micro red durante los últimos tres meses?	79	35.11%
¿Cuántas veces visitó el establecimiento de salud el supervisor de la micro red durante los últimos tres meses?	150	66.67%
¿El supervisor de la micro red discutió el desempeño del SIRS con los empleados de los establecimiento de salud?	63	28.00%
¿El supervisor de la microred discutió el desempeño de los establecimientos de salud cuando él o ella visitó su establecimiento de salud?	68	30.22%
¿Participó el responsable del establecimiento de salud en reuniones a nivel de microred para la discusión del desempeño del SIRS en los tres últimos meses?	59	26.22%
¿Participó el jefe del establecimiento de salud en reuniones a nivel de microred para la discusión del desempeño de los establecimientos de salud durante los últimos tres meses?	74	32.89%

Fuente: Herramienta de la Evaluación del Uso de la Información

5.9 Informes estadísticos del nacido vivo y Informes estadísticos de la defunción

El registro civil se establece en el año 1952 y se dispone que esta función será cumplida por las autoridades municipales, para el año 1995 se promulgo la Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado civil, que es la entidad encargada de organizar y mantener el registro único de identificación de las personas naturales e inscribir los hechos y actos relativos a su capacidad y estado civil¹².

El Sistema de estadísticas vitales se establece en 1938, a través de una Resolución Suprema que dispone la obligatoriedad de las autoridades municipales de la remisión mensual de la información estadística de los nacimientos, matrimonios y defunciones. El Instituto Nacional de Estadística e Informática es el encargado de producir las estadísticas vitales que en el caso de los nacimientos y defunciones se producen en convenio con el Ministerio de Salud.

Los resultados en las regiones es que no se pudo ver la calidad del dato como intentamos, primero por la diversidad de actores que aun participan en el proceso, sin el directamente causante del registro es decir el que nace y el que fallece, desde el profesional que extiende el certificado, va las Oficinas de la RENIEC(75) ó a la municipalidad (1835), además de los centros poblados menores, posterior al registro por uno de ellos, estos desglosaran la parte que corresponde a salud y llegara a una de las microrredes, redes o DIRESAs o DISAs, si llega a un lugar en el cual no cuentan con el aplicativo para la captura de dato, tendrá que llegar a otro nivel.

Hemos encontrado, que los registradores no revisan que los datos estén completos, segundo que acumulan un numero suficiente para ser llevados luego a los se establecimientos de salud, en el camino no necesariamente llegan a estos, tercero que los que llegan a los lugares en que no se puede ingresar la data, también esperan a tener un numero suficiente para que pueda ser remitidos al punto de digitación. Durante este transporte de los certificados se pierden o se demoran tanto que el atrasó en las estadísticas es mayor a dos años.

Estudios realizados en los hospitales comparando los registros hospitalarios con lo existente en los registros civiles muestras que en los Registros Civiles se encontró un subregistro de 50% (-100% a +11,1%) para Muerte Fetal y de 33,3% (-89,2% a +66,7) para MNP. 70% de los certificados de defunción de MF registraron “desconocida” como causa de muerte. Sólo 29% de Muerte Fetal y 24,9% de Muerte neonatal precoz se realizo necropsias¹³.

Por lo tanto se requiere primero establecer y mejorar los flujos para evitar este subregistro y luego un estudio de la calidad de los datos que están ligados al profesional prestador de la atención que es el que extiende los certificados

VI. CONCLUSIONES

EL Perú se encuentra en un proceso de descentralización, en el que en forma paulatina las Regiones han ido asumiendo los sectores, el sector salud ha pasado a ser integrante de las regiones y esto es una ventana de oportunidad para el sistema de información rutinaria en salud, dado que no dependerán del nivel nacional para contar con Políticas, Estrategias y

¹² Nacimientos y defunciones, matrimonios y Divorcios en el área Metropolitana de Lima y Callao 2005-2006, Lima Noviembre 2007 pp 8

¹³ ESPIRITU, Nora, SACIETA, Luisa y PANTOJA, Lilian. Discrepancias en el registro de la mortalidad perinatal en Lima y Callao, según fuente de información. Rev. perú. med. exp. salud publica. [online]. oct./dic. 2007, vol.24, no.4 [citado 24 Septiembre 2009], p.363-369. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000400007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

Programas de mejora en el que participen los diferentes actores regionales de prestación de servicio.

El Sistema de Información es un sistema abierto que está conformado por elementos de infraestructura e insumos, de procesos y de resultados o productos, en la metodología adaptada se encuentran denominados como factores organizacionales ya que es la organización ya que es la encargada de proveer de los insumos que se requieren para el funcionamiento del sistema sea este manual, seminformatizado como en nuestro caso o informatizado como se encuentra en otros países.

Los temas a superar son el escaso número de equipos de computo se ha encontrado regiones en las cuales se debe acopiar información de 45 puestos de salud y sólo cuentan con un equipo, otra de las debilidades es que sólo el 13.33% tiene Base de Datos con respaldo.

La normatividad en este proceso de descentralización puede convertirse en un problema si el nivel nacional no toma las previsiones, ya que de seguirse con el escaso número de manuales de captura de datos, de control de calidad de la data, de manuales de computo y guía de práctica clínica, se corre el riesgo que las regiones normen estas actividades y se perdería lo hasta ahora avanzado de contar con un sistema de información que lleve los datos básicos, desde los puestos de salud a nivel regional y nacional.

El contar con recurso humano capacitado, es una de las acciones que pueden ser asumidas por los niveles regionales, con las universidades en el caso de los profesionales y con programas regionales para los técnicos y auxiliares del sistema que lo requieren, siendo extremadamente bajos en archivo 17.29%, en admisión 19.63%, y en los estadísticos 32%, el mayor número de las personas son las que tienen como función la admisión de los pacientes es decir el ingreso al establecimiento, la generación de las historias clínicas y los de archivo que se refiere al movimiento físico de las historias clínicas, siendo esta actividad muy importante en el sistema manual de información encontramos que son las menos capacitadas. Otro elemento importante de destacar es el pequeñísimo número de programadores fuera de las unidades administrativas.

La utilización de la información es un aspecto importante de esta evaluación y encontramos que es muy limitado su uso y de acuerdo al sentir de los trabajadores se usa poco en las decisiones administrativas.

Los factores del comportamiento muestran que los trabajadores tienen escasos conocimientos habilidades y destrezas para verificar la calidad de los datos, para resolver problema y es bajo el nivel de interpretación de los datos. El evaluar los estándares de los programas estratégicos nos ha permitido verificar que aún en estos datos que tienen un nivel de exigencia mayor, apenas se pasa del 70%.

Los flujos de la información tienen retrasos considerables, en los establecimientos y por ende en el nivel inmediato superior y más aún en el nacional, esto hace fraccionar más aún el sistema porque cada vez que existe un programa, proyecto o estrategia genera un canal paralelo de información.

En cuanto al uso en la toma de decisión se ve limitada por las características propias del sistema con un bajo análisis estadístico y más aun contextual.

Concluimos entonces que existen deficiencias en cuanto a la provisión de insumos y recursos, así como de normatividad, que la calidad de la data es débil llegando a ser los errores mayores a lo permisible en un sistema de información, que el personal de salud se siente comprometido pero tiene limitaciones en sus competencias, siendo de mayor deficiencia las de análisis y uso de la información.

Que existen en los prestadores un número importante de subsistemas manuales que hace que el prestador deba copiar la misma información en más de un formulario que lleva a no sólo la utilización de mayor tiempo en el registro sino que además le quita tiempo a la prestación en sí, y se cometa más errores, que no el análisis de la información y la retroalimentación es muy pobre.

Que el convertir el dato en información, pasa por la utilización de diferentes sistemas paralelos que van desde los asistenciales a los administrativos que no conversan entre ellos, que en la transmisión de la data a través de diversos aplicativos informáticos que deben llevar la información al nivel Nacional del MINSA a diferentes Direcciones u Oficinas como son la Dirección general de Epidemiología, Oficina de Estadística e informática, Dirección de Medicamentos e Insumos, entre otras.

Que los aplicativos del Ministerio de Economía y Finanzas, son los en el tiempo han ido mejorando hasta estar en este momento en Web, sistema que se esta extendiendo a todas las entidades públicas.

Que se cuenta con personal comprometido y motivado en su trabajo, el que debe ser fortalecido mediante las capacitaciones en las diversas etapas del proceso de información y de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos.

Estamos frente a un sistema de información débil que se encuentra en pleno proceso de mejora, que consideramos necesario realizar un monitoreo de su evolución, para que se compartan las experiencias de mejora a bajo costo que muchos de sus integrantes han planteado.

VII Comentarios Finales

El trabajo de la evaluación en el país ha sido el inicio de un proceso de mejoramiento que a diferencia de los anteriores empieza desde los establecimientos de salud y va ascendiendo a las micro redes de salud, las Redes de salud, llegando a las DISAs ó DIRESAs; niveles en los que se han tomado medidas inmediatas para ir mejorando y levantando los problemas que eran posible de afrontar en cada uno de los niveles, los más difíciles son los de estructura e insumos, sin embargo en aquellos procesos relacionados a las competencias y mejoramiento de la calidad del dato por el prestador de la atención evitando sus omisiones, los errores de codificación y el adecuado registro en las historias clínicas, el mejoramiento de los servicios de archivo y admisión, ya que dependen de la capacitación del personal de estadística y el contar con las normas existentes.

Los procesos ligados a la exportación de las bases de datos en algunos casos y en otros con programas que mejoren la emisión de reportes y tablas y gráficos para hacer accesible información a los decisores. Sin embargo estas estrategias deben ser difundidas entre los pares para que se mejore el sistema en su conjunto, siendo esta una responsabilidad del nivel

nacional así como la evaluación y supervisión, la utilidad de estas herramientas para la función de monitoreo.

El evidenciar la responsabilidad, el empoderamiento y la capacidad de rendición de cuentas por el personal de estadísticas, ha sido uno de los principales elementos que ha hecho que este proceso sea motivador y se convierta en un motor de mejora del Sistema de Información Rutinaria al ser asumido por las autoridades como una auto evaluación y asumir la responsabilidad de la mejora.

ANEXOS

DEFINICIONES OPERACIONALES

Actividad	Definida como la acción requerida como parte de la implementación de un plan (también llamada “tarea”)
Autoeficacia	Estimación de las personas de sus propias capacidades para organizar y seguir procedimientos requeridos para alcanzar los tipos de desempeño designados
Calidad de los datos	El grado en que los datos de SIRS son consistentes, oportunos, completos y relevantes.
Competencia	Capacidad para ejecutar una tarea de acuerdo a especificaciones
Confianza	Qué tan competente se siente una persona con la ejecución de cierta tarea.
Cultura de la información	Capacidad y control para promover valores y creencias entre miembros de una organización, para la recolección, análisis y uso de información, con el fin de alcanzar las metas y la misión de la organización.
Datos	Números sin procesar.
Desempeño de SIRS	Efectividad de un sistema rutinario de información de salud, definido en términos de calidad de los datos y uso de la información.
Determinantes relacionados al comportamiento	En el marco conceptual PRISM se define como todos aquellos factores que afectan el desempeño de los SIRS y que están relacionados al comportamiento del individuo, como son la motivación, la actitud, la delegación de poder y la confianza.
Estrategia	método, conjunto de actividades o procesos para alcanzar una meta
Evaluación	Medición del grado en que se alcanzan o no los objetivos de un programa.
Factores determinantes organizacionales	En el marco conceptual PRISM, son aquellos factores que afectan el desempeño de SIRS y que están relacionados al medio o a asuntos sistémicos. Éstos pueden incluir los recursos, la estructura del sistema de salud, los papeles y responsabilidades del personal, la cultura organizacional, y el control del presupuesto.
Factores determinantes técnicos	En el marco conceptual de PRISM, se define como aquellos factores que afectan el desempeño de SIRS y que están relacionados a los componentes del sistema, tales como indicadores, capacitación de personal, tecnología, formularios, entrega de datos y reporte.

Indicador	Datos definidos y medibles que indican el progreso hacia los objetivos.
Información	Datos que han sido procesados e interpretados, que tienen significado y puede ser usados por los tomadores de decisiones
Identificadores Estándares de Salud	Productos Farmacéuticos, Procedimientos médicos, Usuarios de salud, Establecimiento de salud y de servicios médicos de apoyo en el sector salud, Unidad productora de servicios en establecimientos de salud, Episodio de atención, Personal de Salud y Financiador de salud.
Marco conceptual PRISM	Modelo para comprender los factores que guían el desempeño de SIRS. Utiliza un marco de tres partes (determinantes técnicos, organizacionales y relacionados al comportamiento). El propósito del modelo es ayudar a los profesionales de SIRS con la evaluación de necesidades, planeación de estrategias y procesos de mejoramiento.
Meta	Cifra específica, medible, a ser lograda para determinado indicador, como parte de una meta u objetivo (ejemplo: 90% de reportes realizados a tiempo).
Meta	Resultado específico que debe ser alcanzado para lograr otro, mayor, resultado general (como cumplir la misión).
Monitoreo	El proceso continuo y sistemático de revisar que la implementación esté procediendo de acuerdo con lo planeado.
Objetivo	Resultado específico que debe ser alcanzado para poder llegar a una meta. Pueden marcar etapas en el camino de cuando se implementa una estrategia.
Oportunidad	En términos de calidad de los datos. Grado en que los datos del SIRS están actualizados y disponibles cuando se requieren y son enviados a tiempo, de acuerdo con límites de tiempo establecidos.
Proceso de generación de información	Proceso por el cual los datos del SIRS se transforman en información que será utilizada en la toma de decisiones. Incluye los pasos siguientes: definición de necesidades/indicadores de información, recolección, transmisión, procesamiento y análisis de datos. Además, temas administrativos que afectan el proceso: recursos y reglas organizacionales.
Recursos	Entradas necesarias para llevar a cabo una tarea, por ejemplo financieros, personal, infraestructura o materiales.
Sistema de información de salud	Sistema que aporta información específica para apoyar los procesos de toma de decisiones en cada nivel de una organización

Sistema de Información Rutinaria de salud (SIRS)	Recolección continua de datos (período de menos de 1 año) sobre el estado de la salud, comportamientos, intervenciones y recursos de salud.
Sistema de salud	Sistema conformado por todos los actores, instituciones y recursos que llevan a cabo “acciones de salud” es decir, acciones cuyo propósito central es promover, restaurar o mantener la salud (OPS).
Toma de decisiones basada en evidencia	Un abordaje administrativo basado en el uso de datos cuantitativos para orientar las decisiones sobre el manejo eficiente de recursos.
Uso de la información	El uso de la información ocurre cuando el tomador de decisiones está explícitamente consciente de una decisión y de sus alternativas y toma en cuenta la información relevante para el proceso de toma de decisiones.

Perú: Regiones y Población 2009



DEPARTAMENTO	TOTAL
TOTAL	29,132,013
AMAZONAS	411,043
ANCASH	1,109,849
APURIMAC	444,202
AREQUIPA	1,205,317
AYACUCHO	642,972
CAJAMARCA	1,493,159
CALLAO	926,788
CUSCO	1,265,827
HUANCAVELICA	471,720
HUANUCO	819,578
ICA	739,087
JUNIN	1,292,330
LA LIBERTAD	1,725,075
LAMBAYEQUE	1,196,655
LIMA	8,981,440
LORETO	970,918
MADRE DE DIOS	117,981
MOQUEGUA	169,365
PASCO	290,483
PIURA	1,754,791
PUNO	1,340,684
SAN MARTIN	771,021
TACNA	315,534
TUMBES	218,017
UCAYALI	458,177

RESUMEN NACIONAL DEL OBAT

PROMOCIÓN	Promoción de uso de la información	71.42%
TOMA DE DECISIONES	Tomas de decisiones basadas en evidencias:	64.93%
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Capacidad para resolver problemas	69.55%
RETROALIMENTACIÓN	Establecimientos en que se obtiene retroalimentación	62.46%
RESPONSABILIDAD	Responsabilidad sentida en el trabajo	72.88%
EMPODERAMIENTO	Empoderamiento y de rendición de cuentas sentida	60.55%
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	Trabajadores perciben disponibilidad de recursos	57.54%
APOYO DE LA GERENCIA	Perciben apoyo de la gerencia	67.68%
CONOCIMIENTO Y CRITERIO DE DESEMPEÑO	Trabajadores que son informados sobre los criterios de desempeño	41.15%
SISTEMA DE PREMIO	Perciben que se premia por el buen trabajo	23.76%
AUTOEFICACIA	Piensa que pueden completar correctamente los informes	73.62%
	Piensa que puede verificar la calidad de datos	71.25%
	Piensen calcular correctamente los porcentajes e índices	72.34%
	Piensa que puede registrar los datos por meses o año	74.61%
	Piensa que puede analizar las tendencias a partir del uso de gráficos y barras	72.04%
	Piensen que pueden usar datos	72.80%

MOTIVACIÓN	Trabajadores que se sienten motivados en su trabajo	75.83%
COMPETENCIAS OBSERVADAS	Trabajadores que calcula correctamente	79.14%
	Trabajadores que registran correctamente los datos	60.36%
	Trabajadores que pueden analizar correctamente los datos	46.22%
	Trabajadores que pueden usar correctamente los datos	29.65%
IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN	Trabajadores que sienten la importancia de la información	46.07%
CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS	Trabajadores que tiene conocimiento de métodos para revisar la calidad de los datos	35.24%
DEFINICIÓN DE PROBLEMAS	Trabajadores con capacidades para definir problemas	26.91%
PRINCIPALES ACTIVIDADES	Trabajadores que pueden definir un plan de acción	40.01%
SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO	Trabajadores que se sienten satisfecho con su trabajo	66.05%

ⁱ En muchas de las Regiones se tomaron mayor número de establecimientos con la finalidad de hacerlo representativo a nivel de Redes de Salud, se ha retirado los establecimientos que no pertenecían a la muestra inicial, para que se mantenga la representación regional.

Las redes son el conjunto de microredes, las microredes están conformadas por puestos de salud y centros de salud que conforman la primera unidad administrativa.