



Proyecto Políticas en Salud

EVALÚA-REDES

Herramienta para el monitoreo de la gestión
de redes de salud

Guía Metodológica

Autora: Dra. Luz Illescas



Julio, 2015

Diseño y validación:

El diseño y validación de esta herramienta ha sido producto del trabajo colaborativo con la Dirección Regional de Salud de San Martín y ha sido aplicada en las Microrredes de salud de Lluylucucha, Soritor y Jepelacio de la Red de salud Moyobamba – DIRESA San Martín.

Se contó además con el apoyo de los médicos residentes de Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y los médicos residentes de Administración y Gestión en Salud de la Universidad Nacional San Agustín.

Asistencia Técnica del Proyecto USAID|Políticas en Salud:

- Carlos Bendezú
- Carlo Gazzo
- Luisa Hidalgo
- Luz Illescas
- Luis Silva

Esta herramienta fue elaborada por el proyecto USAID | Políticas en Salud en estrecha colaboración con instituciones públicas, su desarrollo recibió la asistencia técnica y financiera de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de Abt Associates Inc. USAID entrega la versión para Internet de esta herramienta a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su uso y actualización, en el entendido que mejorará la pertinencia formativa de los estudiantes de pre y post grado de ciencias de la salud.

Las opiniones, ideas y contenidos expresados en esta herramienta no necesariamente reflejan las de USAID o sus empleados.

EVALÚA – Redes
Herramienta para el monitoreo de la gestión de redes de salud

GUÍA METODOLÓGICA

Índice

1.	Introducción	3
2.	Objetivos.....	4
2.1	Objetivo General.....	4
2.2	Objetivos Específicos.....	4
3.	Metodología para el monitoreo de la gestión de redes de salud.....	5
3.1	Organización	5
3.2	Recojo y llenado de información	6
3.3	Transmisión de la herramienta actualizada a la Red de salud.	7
3.4	Transmisión de resultados del análisis a la DIRESA/GERESA	7
4.	Análisis de los resultados obtenidos	8
4.1	Análisis de la información en la Red de Salud.....	8
4.2	Análisis de la información en la DIRESA/GERESA	9
4.3	Retroalimentación y análisis de la información a nivel de microrredes	9
5.	Detalle de los Indicadores.....	10
6.	Principales preguntas relacionadas a EVALÚA Redes.....	11
6.1	¿Esta herramienta puede ser utilizada para el desarrollo de planes de mejora de la gestión de los servicios de salud, en Redes y DIRESA?	11
6.2	¿Esta herramienta puede ser utilizada por las microrredes de salud?.....	11
6.3	¿Esta herramienta puede ser utilizada para otros indicadores de gestión diferentes a los contenidos en el Aplicativo?.....	11
6.4	¿Se puede modificar la herramienta EVALÚA Redes?.....	11
7.	Lecciones aprendidas.....	12
8.	Componentes de la Herramienta EVALÚA Redes.....	13
9.	Anexo – Fichas de Indicadores	14
	Referencias Bibliográficas	39

1. Introducción

La herramienta para el Monitoreo de la gestión de redes de salud, EVALÚA Redes, es un instrumento que proporciona una visión integral sobre el desempeño actual, la evolución y la tendencia de los resultados de la gestión de las Redes de salud a partir de indicadores basados en información generada desde las microrredes y de la propia red de salud, y plasmados en un tablero de control.

Así, el seguimiento y evaluación periódica de estos indicadores permite a las redes de salud y sus microrredes, contar con una mayor capacidad para la gestión de los servicios de salud a su cargo apoyándose en las tecnologías informáticas¹.

Para su elaboración, se tomó en consideración los indicadores comprendidos en los cuatro componentes del Modelo de Atención Integral en Salud basado en familia y comunidad – MAIS-BFC: (1) Gestión, (2) Organización de los Servicios, (3) Prestación de Servicios de Salud, y (4) Financiamiento². Estos indicadores contruidos, de modo participativo, con los actores vinculados con los procesos de gestión, son de seguimiento periódico y a partir del análisis de sus resultados se pueden detectar las desviaciones en planes, programas y estrategias y tomar oportunamente medidas correctivas.

De esta manera, la herramienta refleja las acciones implementadas desde los gobiernos regionales, a través de las DIRESA/GERESA, Redes y Microrredes de salud, para mejorar la salud de la población.

EVALÚA Redes debe ser usada principalmente por el equipo de gestión de las redes de salud, pues permite canalizar las habilidades y conocimientos específicos del personal hacia el logro de los objetivos estratégicos de la institución: DIRESA/GERESA, a largo plazo³. También es útil como apoyo para la gestión directa de DIRESA/GERESA pues favorece la identificación de aquellos resultados sanitarios en los cuales la mayoría de redes tiene problemas y por ende permite tomar decisiones integrales.

¹Bigolín, L. Calvete, M. Tablero de Control. Indicadores de Salud.

²Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

³ Kaplan R, Norton D. The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston: Harvard Business SchoolPress; 1996.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Conocer, desde las Redes de salud, la situación actual de la gestión de los servicios de salud, para disponer de información relevante para la toma de decisiones oportunas, articulación de los objetivos compartidos, replanteamiento de metas y retroalimentación a la Diresa/GERESA ya las Microrredes de salud.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Controlar el avance en el cumplimiento de las metas de las intervenciones en salud, ejecutadas desde las microrredes y redes de salud, a partir de información actualizada y accesible.
- b. Facilitar la toma de decisiones oportuna a los equipos de gestión de las redes de salud, a partir de información actualizada que refleja la tendencia, cumplimiento o desviaciones en los planes, programas y estrategias que se vienen ejecutando.
- c. Orientar los esfuerzos de los equipos de gestión de las redes de salud para mejorar la prestación de los servicios de salud.
- d. Establecer pautas metodológicas, criterios técnicos, procedimientos e indicadores que permiten medir el proceso de la gestión sanitaria de las redes de salud.

3. Metodología para el monitoreo de la gestión de redes de salud

El monitoreo de la gestión de redes de salud es realizado directamente por el director y el equipo de gestión de la Red de salud. Para ello se deben seguir los siguientes pasos:

3.1 Organización

3.1.1. Designación de un responsable del registro de datos

La herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, EVALÚA Redes, ha sido diseñada para que la información sanitaria, proveniente de las microrredes y de la red de salud, sea registrada por un responsable designado por la red de salud y capacitado en su uso.

Para ello, cada uno de los directores de las redes de salud debe designar, a través de memorándum o resolución, al personal responsable de solicitar, acopiar, consolidar y llenar/actualizar la información que será consignada en la herramienta EVALÚA Redes. Esta designación debe ser puesta en conocimiento de la DIRESA/GERESA.

3.1.2. Entrenamiento para el uso de EVALÚA Redes

Se realiza a través de un taller presencial, convocado por la DIRESA/GERESA y dirigido al personal de las redes de salud que ha sido designado como responsable del llenado y actualización de la herramienta EVALÚA Redes. Si a lo largo del año, hubiese rotación de personal, se deberá capacitar al nuevo personal entrante.

Se sugiere que una vez al año se realice una reunión de refrescamiento en el uso de EVALÚA Redes; sobre todo para evaluar aquellos casos en los cuales los indicadores necesiten ser modificados según la normatividad vigente.

3.1.3. Periodicidad del seguimiento

Se sugiere que la periodicidad en la aplicación del instrumento: recojo de información desde las microrredes, llenado de data en la herramienta, y su análisis en la red de salud y en la DIRESA/GERESA, es trimestral.

3.1.4. Elaboración del cronograma de aplicación de la herramienta EVALÚA Redes

Es responsabilidad del director de la red de salud, en coordinación con el responsable de la Oficina de Planeamiento -o quien haga sus veces- de la DIRESA/GERESA, planificar las fechas en que se actualizará la información de la herramienta, según los siguientes plazos propuestos:

- Fecha de recojo de información. Se recomienda, la primera semana del mes posterior al trimestre que finalizó. Ej. Trimestre enero – marzo, se programará el recojo de información para la primera semana de abril.
- Fecha de llenado/actualización de la herramienta. Se recomienda, durante la segunda semana del mes posterior al trimestre que finalizó. Ej. Trimestre enero – marzo, se programará el llenado de la herramienta para la segunda semana de abril.
- Fecha de envío de la herramienta con la información actualizada al director de la red de salud. Se recomienda, durante la tercera semana del mes

posterior al trimestre que finalizó. Ej. Trimestre enero – marzo, se programará el envío de información para la Tercera semana de abril.

- Reunión de análisis de los resultados obtenidos con el equipo de gestión de la red de salud. Se recomienda, la tercera semana del mes posterior al trimestre que finalizó. Ej. Trimestre enero – marzo, se programará el análisis de los resultados para la Tercera semana de abril.
- Fecha de envío del informe y acta a la DIRESA/GERESA. Se recomienda, al finalizar la cuarta semana del mes posterior al trimestre que finalizó. Ej. Trimestre enero – marzo, se programará el envío del informe al finalizar la cuarta semana de abril.

3.2 Recojo y llenado de información

3.2.1. Revisión de Fichas Técnicas.

Para facilitar el proceso de llenado de información en la Herramienta, se cuenta con una Ficha Técnica por cada uno de los indicadores donde se detalla las características de cada indicador: definición, operacionalización, desagregado, fuente de información, determinación del valor basal y del logro esperado, entre otros (Ver Anexo). Estas fichas técnicas deben ser consultadas por el responsable del llenado de la información, antes de proceder al llenado de datos.

3.2.2. Coordinación para el recojo de la información en las Microrredes.

El responsable del llenado y actualización de la herramienta EVALÚA Redes, solicitará a los responsables de estadística e informática y de las estrategias sanitarias de las microrredes de salud, la información específica por cada indicador, de acuerdo a lo señalado en las fichas técnicas. Se recomienda que la solicitud se haga vía electrónica y/o memorándum, la primera semana de abril, julio, octubre y enero de cada año. Asimismo, las Microrredes de salud, deberán enviar la información, a más tardar al finalizar la primera semana de los referidos meses.

3.2.3. Validación de la data.

El responsable de actualizar la herramienta EVALÚA Redes debe verificar que la información recibida esté completa y que corresponda al trimestre; para ello, realizará un proceso de validación rápido solicitando aleatoriamente documentos que certifiquen que la información enviada proviene de fuentes fiables (consolidados de Hojas HIS, consolidados de atenciones a la gestante, al niño/a, inmunizaciones, reportes de estrategias sanitarias, etc.) y que corresponden al nivel de desagregación (Red o Microrred) que se establece en la Ficha Técnica de cada indicador.

3.2.4. Llenado de la data.

Una vez verificada la información enviada por las microrredes de salud y la información proveniente de la red de salud, el responsable procede a llenar la información en el Aplicativo (Ver Manual del Usuario).

Para ello, debe tener en cuenta lo siguiente:

- No se debe colocar información parcial, sino, la información final correspondiente al trimestre.

- Realizar una validación rápida del llenado de la data en la herramienta; es decir, verificar si las celdas fueron llenadas correctamente, pues podría suceder que se coloque información en celdas que no correspondan.
- No “desproteger” las celdas que se encuentran protegidas, pues ocasiona que las fórmulas aplicadas para determinar el logro de los resultados puedan modificarse o anularse.

3.3 Transmisión de la herramienta actualizada a la Red de salud.

- 3.3.1. Una vez actualizada la información en el Aplicativo el responsable de su llenado y actualización hará llegar los resultados al director de la red de salud, por los medios usuales (ej. Memorándum, notas informativas, boletines, correo electrónico, entre otros).
- 3.3.2. A su vez, previo a la reunión de análisis, el Director de la Red de salud enviará a su Equipo de Gestión los resultados obtenidos, para su conocimiento y revisión (Ver ítem 4.1).

3.4 Transmisión de resultados del análisis a la DIRESA/GERESA

- 3.4.1. Una vez culminado el análisis en la red de salud y emitida el acta respectiva debe ser elevada por el director de la red de salud hacia el director general o gerente general de la DIRESA/GERESA, acompañada del Aplicativo actualizado y los resultados del análisis por cada uno de los indicadores. (Ver ítem 4.2).
- 3.4.2. En la DIRESA/GERESA se consolidarán y analizarán de manera integral, los resultados obtenidos en el trimestre por cada una de las Redes de salud de su jurisdicción (Ver ítem 4.3).

4. Análisis de los resultados obtenidos

Los indicadores en su conjunto brindan una perspectiva general de la gestión, organización, prestación y financiamiento de los servicios de salud; siendo fundamentales para realizar el seguimiento del avance de los planes, programas y/o servicios, y para la toma de decisiones o acciones correctivas de forma oportuna. La facilidad de analizar individualmente cada indicador, permite evaluar cuales son los que tienen mayor problema, con el fin de implementar acciones inmediatas.

De esta manera, su análisis es una acción fundamental pues sirve a la Dirección y al Equipo de Gestión de las Redes de salud para tomar decisiones en base a información actualizada.

4.1 Análisis de la información en la Red de Salud

4.1.1. Reunión para el análisis

Una vez recibida y revisada en la Red de salud la herramienta EVALÚA Redes, con los datos y resultados actualizados; el Director de la red convoca a su equipo de gestión a una reunión de seguimiento y análisis de los resultados.

Según el componente e indicador que corresponda el equipo de gestión de la red de salud podrá solicitar la asistencia técnica de coordinadores o responsables de las estrategias sanitarias o servicios de su ámbito de responsabilidad; y de ser necesario, también la presencia del jefe(s) de la(s) microrred(es) que presenten pobre desempeño.

En esta reunión se analizarán los resultados, y las tendencias para cada uno de los indicadores, por cada microrred y de manera integral para toda la red de salud.

4.1.2. Análisis de Indicadores

- Por cada uno de los indicadores, se observará el resultado obtenido en el trimestre, y su avance porcentual.
- Teniendo en cuenta la semaforización incluida en el Aplicativo, para el análisis se priorizarán aquellos indicadores que se encuentren por debajo de la meta programada para el período o que se mantenga en el valor basal; es decir, aquellos que muestren los colores Amarillo (regular) o Rojo (deficiente).
- A partir de ello, los participantes, analizarán por cada indicador las razones por las cuales no se han alcanzado las metas programadas. Planteando para cada uno de ellos acciones de mejora de corto y/o mediano plazo y que sean factibles de cumplir, determinando el o los responsables de su ejecución y el respectivo plazo para su cumplimiento.
- Dependiendo del indicador y los resultados obtenidos se podrá también realizar el análisis por cada Microrred de salud. De esta manera, las propuestas de acciones de mejora e intervención serán individualizadas.
- A partir de la actualización del Aplicativo, el análisis deberá tomar en cuenta el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en la evaluación previa buscando correlación con el nivel de avance de los indicadores involucrados; pues, en muchos de los casos, si los indicadores

no han mejorado, es porque las acciones de mejora no han sido implementadas o los responsables han sido cambiados.

Para facilitar el proceso de análisis, se deberán revisar las fichas técnicas por cada indicador (Ver Anexo); que incluyen la propuesta de determinación del valor basal, el logro esperado y el cálculo del porcentaje de cumplimiento.

- 4.1.3. Al final de cada reunión, como resultado del análisis realizado, se suscribe un acta donde se identifican los problemas, las propuestas de solución, los responsables y el período de tiempo para superarlas. Esta información también forma parte de la herramienta EVALÚA Redes.

4.2 Análisis de la información en la DIRESA/GERESA

- 4.2.1. Envío de información a la DIRESA/GERESA
- 4.2.2. Cada Red de salud, enviará un informe a su respectiva DIRESA/GERESA con los resultados obtenidos por cada uno de los indicadores y el análisis respectivo; así como los acuerdos y compromisos.
- 4.2.3. Con la información consolidada de todas las Redes de salud el equipo de gestión de la DIRESA/GERESA realiza el análisis integral de los resultados obtenidos: logro de metas, acciones implementadas para superar las dificultades o problemas, y cumplimiento de plazos.

A partir de ello se toman decisiones informadas que involucren a todas las Redes de salud de su jurisdicción, y que tomen en cuenta sus peculiaridades o características propias (epidemiología, geográficas, poblacionales, etc.)

- 4.2.4. Desde la DIRESA/GERESA se envía a las redes de salud el resultado del análisis y las decisiones a ser implementadas con un enfoque integral para su ejecución en el corto o mediano plazo
- 4.2.5. Los resultados de la evaluación se publican en la página Web de la Dirección/Gerencia Regional de Salud
- 4.2.6. El seguimiento de los acuerdos y compromisos se realiza desde la Oficina de Planificación sectorial o la que haga sus veces en la DIRESA/GERESA

4.3 Retroalimentación y análisis de la información a nivel de microrredes

- 4.3.1. Retroalimentación a Microrredes.

Para implementar las recomendaciones y superar las desviaciones identificadas, los resultados serán enviados desde la red de salud a los jefes de microrred, de manera formal.

Asimismo, desde la red de salud se realizará el seguimiento para el cumplimiento de las recomendaciones a ser implementadas por la microrred.

- 4.3.2. Con la información actualizada de los indicadores, cuya información proviene directamente de las microrredes de salud, cada microrred analizará los avances y logros obtenidos en el trimestre, y tomará decisiones a su nivel para cumplir con los acuerdos y propuestas de solución planteados desde la Red de salud, o plantear nuevas propuestas de solución o implementación de acciones.

Es recomendable que los jefes de las microrredes participen del Taller de Análisis en la Red.

5. Detalle de los Indicadores

La construcción de los indicadores que forman parte de la Herramienta EVALÚA Redes, se realiza teniendo en consideración lo siguiente:

- a. La definición y operacionalización del numerador y denominador deben estar en concordancia con la normatividad vigente en el sector salud; por lo que las fichas técnicas correspondientes a cada uno de ellos deben ser revisadas periódicamente.

Para ello, cada indicador será revisado por el equipo de gestión de las DIRESA/GERESA y los coordinadores o responsables de las estrategias sanitarias y servicios relacionados, teniendo en cuenta las políticas nacionales en materia de salud, prioridades sanitarias regionales y los acuerdos de gestión suscritos con el Ministerio de Salud, en concordancia con el Plan Operativo Institucional.

Luego de ello se procederá a actualizar las fichas técnicas. (Ver Item 3.2.1)

- b. La Valoración Basal y el Logro Esperado son acordados, previo al inicio del año con el equipo de gestión de cada DIRESA/GERESA; y son específicos para cada uno de ellos. También deberán ser actualizados en las Fichas Técnicas.

El Valor Basal del indicador, para el año en curso, equivale al logro alcanzado en el periodo anterior (un año); y corresponde al valor de donde se parte o al valor mínimo para calificación de la meta o indicador (Ver Fichas de indicadores).

El Logro Esperado es la situación que se espera alcanzar (meta), por cada indicador, al término del período de evaluación (un año). Para determinarlo, se calcula en base a la tendencia y el logro alcanzado el año anterior; en base a ello se programa el porcentaje de avance que se pretende lograr.

Cualquier modificación o ajuste en el instrumento debe realizarse a través de reuniones donde participen los involucrados: equipos de gestión de las DIRESA/GERESA y las redes de salud, coordinadores o responsables de estrategias y servicios, entre otros.

6. Principales preguntas relacionadas a EVALÚA Redes

6.1 ¿Esta herramienta puede ser utilizada para el desarrollo de planes de mejora de la gestión de los servicios de salud, en Redes y DIRESA?

Sí; dado que los servicios de salud, Redes de salud y DIRESA requieren planes de mejora para implementar cambios en la prestación de servicios de salud, la herramienta EVALÚA Redes a partir del análisis de los indicadores permite identificar brechas, tomar decisiones y plantear recomendaciones que pueden ser plasmadas en los planes de mejora o documentos de seguimiento de los indicadores de gestión, de acuerdo al formato utilizado por cada DIRESA/GERESA.

6.2 ¿Esta herramienta puede ser utilizada por las microrredes de salud?

Sí; la Herramienta EVALÚA Redes ha sido elaborada para contribuir a mejorar la gestión de las redes de salud y DIRESA/GERESA; sin embargo, dado que tiene indicadores cuya información proviene directamente de las microrredes; desde la microrred y conjuntamente con la red de salud, se pueda analizar y evaluar cuál de las ellas presenta mayores problemas en sus indicadores, y tomar decisiones específicas para cada una de ellas.

Asimismo, el Aplicativo permite que cada microrred pueda analizar los indicadores a partir de su propia data, y plantear propuestas adicionales a las ya propuestas desde la Red de salud.

6.3 ¿Esta herramienta puede ser utilizada para otros indicadores de gestión diferentes a los contenidos en el Aplicativo?

Sí; si bien para esta herramienta se han elaborado indicadores específicos de acuerdo al MAIS-BFC, se pueden incorporar o reemplazar con otros indicadores de gestión de acuerdo a las prioridades sanitarias de cada DIRESA/GERESA y la decisión conjunta de su equipo de gestión.

6.4 ¿Se puede modificar la herramienta EVALÚA Redes?

La herramienta EVALÚA Redes que se encuentra colgada en la Web no puede modificarse; pues, para evitar que los vínculos y las fórmulas se dañen, hay celdas que han sido protegidas.

Sin embargo, se ha transferido a las instituciones públicas que lo solicitaron todas las claves para desbloquear las hojas; además de todas las indicaciones para actualizar y/o adaptar los indicadores de la herramienta según las necesidades de las DIRESA/GERESA.

En la página Web encontrará el nombre de la persona responsable de asesorarlo en caso necesite realizar modificaciones al aplicativo.

7. Lecciones aprendidas

1. La planificación, selección y desarrollo de los indicadores del Tablero de Control, debe ser realizada en forma participativa (director de DIRESA, equipo de gestión, directores de redes, responsables de estrategias y servicios), teniendo en cuenta las prioridades sanitarias regionales, la normatividad vigente y los acuerdos de gestión; proponiendo metas alcanzables; favorece su uso e institucionalización. Contribuyendo además, a que las propuestas de solución sean integrales, facilitando la toma de decisiones, y la solución a los problemas de gestión de la Red de salud en su conjunto; lo que asegura su sostenibilidad.
2. El monitoreo y evaluación de la gestión requieren indicadores basados en información de buena calidad; sin ella es difícil conducir una institución que presta servicios de salud. Dada su periodicidad, la implementación, consolidación y utilización del Tablero de control, como aplicativo informático requiere del soporte organizacional, que incluye la dotación de por lo menos un equipo de cómputo que cumpla con los requerimientos informáticos para el uso del aplicativo; y designación de responsables de su mantenimiento y llenado de data. Ello facilita la recolección, llenado y procesamiento de la información para el análisis y toma de decisiones oportunas.
3. Los cambios institucionales siempre enfrentan la resistencia del personal a los mismos, y superar la resistencia necesita una firme decisión de continuar con los cambios y una estrategia para modificar las conductas. Por ello, la oficialización del uso de la Herramienta para el seguimiento de la gestión de Redes de salud, por parte de la DIRESA/GERESA, agiliza la aceptación y uso (recolección y entrega de información) por parte del equipo de salud. Una experiencia integral —como la descrita— logra generar un cambio positivo sobre la manera en que se hacen las cosas y, estimulan la reflexión sobre el objetivo y finalidad de aquello en que se está trabajando.

8. Componentes de la Herramienta EVALÚA Redes

- 1: **EVALÚA-REDES. Guía Metodológica**, que incluye las Fichas Técnicas de los indicadores.
- 2: **EVALÚA-REDES. Aplicativo** de la herramienta para el *“Monitoreo de la gestión de redes de salud”*.
- 3: **EVALÚA-REDES. Manual del usuario**

9. Anexo – Fichas de Indicadores

G1: Porcentaje del equipo de gestión de recursos humanos de la Red, que maneja las herramientas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos. Ficha Técnica
Nombre del Componente: Gestión
Objetivo del Componente: Mejorar la gestión descentralizada en las Redes y Microrredes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje del equipo de gestión de recursos humanos de la Red, que maneja las herramientas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos.
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: El <u>sistema administrativo de Gestión de Recursos Humanos</u> establece, desarrolla y ejecuta la política de Estado respecto del Servicio Civil, a través del conjunto de normas, principios, recursos, métodos, procedimientos y técnicas utilizados por las entidades públicas en la gestión de los recursos humanos. En cada entidad pública la Oficina de Recursos Humanos, o la que haga sus veces, tiene como una de sus funciones: Formular lineamientos y políticas para el desarrollo del plan de gestión de personas y el óptimo funcionamiento del sistema de gestión de recursos humanos, incluyendo la aplicación de indicadores de gestión. Se entiende como <u>recurso humano que maneja las herramientas del SGRH</u> a aquel que ha recibido capacitación en el SGRH, por parte de la DIRESA/GERESA, MINSA o SERVIR, ha asistido a todas las sesiones de aprendizaje y ha obtenido como mínimo la nota 16 en la prueba de salida. Los informes de capacitación deben incluir la prueba de entrada, la prueba de salida y las listas de asistencia.</p>
Numerador: N° de integrantes del equipo de Gestión de Recursos Humanos de la Red de salud que maneja las herramientas del Sistema de Gestión de Recursos Humanos.
Denominador: N° de integrantes del equipo de Gestión de Recursos Humanos de la Red de salud
Unidad de Medida: Porcentaje equipo Gestión de Recursos Humanos que maneja herramientas del SGRH.
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Red
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: El Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos comprende 7 sub-sistemas: (i) planificación de Políticas de Recursos Humanos, (ii) Organización del trabajo; (iii) Gestión del empleo; (iv) Gestión del Rendimiento; (v) Gestión de la Compensación; (vi) Gestión del Desarrollo y la Capacitación; (vii) Gestión de Recursos Humanos y Sociales. Por tanto el equipo de gestión de la Oficina de Recursos Humanos, debe contar con las capacidades para manejar estos 7 Sub-sistemas, para poder contar con recursos humanos competentes, que se encuentren en el lugar adecuado y capaces de proporcionar servicios de buena calidad para el cuidado de la salud.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El(la) responsable de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos de la Red evalúa trimestralmente, si el personal adscrito a la Oficina de Gestión de RRHH ha sido entrenado en el SGRH, y cumple con los criterios para considerar que maneja las herramientas.
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Informes de capacitaciones en SGRH, dirigidas al personal de la Oficina de Gestión de RRHH de la Red, que cumple con los criterios para determinar que maneja las herramientas del SGRH. <u>Denominador:</u> Informe (trimestral) de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos que reporta el número de personal adscrito a la misma.</p>
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: trimestral.
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información consolidada de RRHH de la RED que ha recibido capacitación durante el trimestre y cumple con los criterios para considerar que maneja las herramientas del SGRH. El registro no es acumulable.

Determinación del valor basal: Cada DIRESA/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto al RRHH que maneja las herramientas del SGRH.

Determinación del logro esperado: Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. Si no se cuenta con RRHH que manejan las herramientas del SGRH, se propone que el logro esperado será 50% por encima respecto al valor obtenido el año previo, determinado por la Red de salud.

Con los datos obtenidos, trimestralmente, el(la) responsable de la Oficina de Gestión de RRHH de la Red de salud, determina si el personal tiene las capacidades para gestionar RRHH y podrá determinar si se realizarán nuevas capacitaciones o reforzamiento para este personal.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento:

(Logro alcanzado - Valor basal) x 100

—————
Logro esperado - Valor basal

REFERENCIAS

- (1) Ley del Servicio Civil. Ley 30057. 03 de Julio de 2013.
(3) Reglamento General de la Ley del Servicio Civil. Junio de 2014.

**G2: Productividad Hora-Médico en Consulta Externa
Ficha Técnica**

Nombre del Componente: Gestión

Objetivo del Componente: Mejorar la gestión descentralizada en las Redes y Microrredes de salud.

Nombre del Indicador: Productividad Hora-Médico en Consulta Externa (I-3, I-4)

DESCRIPCIÓN

Definición:

Productividad Hora-Médico, es la relación entre el número de consultas médicas en consulta externa producidas en un período de tiempo y el número de horas-médico programadas para el mismo período. Este indicador permite evaluar la productividad del recurso médico, al conocer el número de atenciones que realiza por cada hora programada de trabajo en consultorio externo (1) (2).

La consulta médica es la atención que realiza el médico a un usuario que acude a la UPSS de Consulta Externa por una necesidad de salud o enfermedad; comprende un conjunto de acciones y decisiones médicas destinadas a establecer un diagnóstico y un tratamiento, y el pronóstico de una enfermedad. La consulta médica no incluye aquellas atenciones brindadas por el médico en los servicios de emergencia o consulta de urgencia o procedimientos de ayuda diagnóstica o tratamiento que se realicen en consultorios externos. No es una consulta médica aquella brindada por otros profesionales de la salud.

Para el caso de Redes de salud, las Dires/GERESA alcanzarán al MINSA información sobre el número promedio de horas-médico en consulta externa mensual, el número de consultorios físicos y el número de médicos generales y especialistas, por establecimientos de categoría **I-3 y I-4**; que servirá de base para programar el número de horas médico programadas en estas instituciones.

Para efectos de este indicador se medirá la productividad de los establecimientos **I-3 y I-4** de las Microrredes de la jurisdicción de la Red.

Numerador: N° de consultas-médicas realizadas en consulta externa (EESS I-3 y I-4) durante un periodo de tiempo x 100

Denominador: N° horas médico programadas para consulta externa (EESS I-3 y I-4) en el mismo periodo.

Unidad de Medida: Productividad Hora-Médico

Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred

Justificación Herramienta de Gestión:

Los establecimientos de salud pueden mejorar el uso del consultorio (y recursos humanos), adecuando la programación a la cantidad demandada, pero también maximizando el número de atenciones por hora programada (dentro de los parámetros de calidad) a través de la reducción de los tiempos muertos y otros. El aumento de productividad se traduce en más personas atendidas con los mismos recursos.

PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS**Método de recolección de datos:**

El responsable de Estadística e Informática de la Microrred, realiza el acumulado de los informes mensuales de productividad del personal médico de los EESS I-3 y I-4 de sus jurisdicción; consolida la información sobre cantidad de consultas médicas producidas en todos sus EESS, así como las horas programadas de los médicos en atención ambulatoria, procediendo a realizar el cálculo. Esta información será enviada a la Red de salud donde se calculará el promedio de la Productividad Hora-Médico a nivel de la Red.

Fuente de Información:

Numerador: Reporte HIS-MINSA de los EESS I-3, I-4 (número de consultas médicas por mes)

Denominador: Programación promedio mensual de consultas externas para Redes de salud (establecimientos I-3, I-4), desde la DIRESA/GERESA (3).

Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral

ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

Reporte y Análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, registra en la herramienta, por cada microrred, el número de atenciones/hora promedio realizadas en consulta externa por el profesional médico.

Determinación del valor basal: No aplica

Determinación del Logro esperado: 4 a 5 consultas por hora para EESS del primer nivel de atención: I-3 y I-4 y Hospitales Generales.

Esta información permite (i) Conocer el promedio de productividad Hora-Médico alcanzado en consulta externa por la Red; y (ii) Comparar los resultados de cada una de las Microrredes, para implementar estrategias que permitan elevar la productividad hora-médico sin desmedro de la calidad del servicio prestado.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento:

- Si el valor calculado se encuentra dentro del rango: 100%
- Si el valor calculado se encuentra dentro de 0.5 de unidad del rango: 80%
- Si el valor calculado se encuentra dentro de 1 unidad del rango: 60%

REFERENCIAS

(1) Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA. Documento de trabajo año 2013.

(2) DS N° 041-2014-SA. Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del DL N° 1153.

(3) DS 042-2014-SA. Introduce precisiones para la evaluación de indicadores en determinados tipos de hospitales y modifica aspectos específicos relacionados a los anexos 1, 2, 3, del DS N° 005-2014-SA.

**G3: Porcentaje de Establecimientos de Salud de la Red con disponibilidad de medicamentos trazadores
Ficha Técnica**

Nombre del Componente: Gestión

Objetivo del Componente: Mejorar la gestión descentralizada en las Redes y Microrredes de salud.

Nombre del Indicador: Porcentaje de Establecimientos de Salud con disponibilidad de medicamentos trazadores.

DESCRIPCIÓN

<p>Definición: <u>Medicamentos trazadores - esenciales</u>, constituyen un número de medicamentos representativos, también denominados medicamentos indicadores o medicamentos índices. Son definidos por los EESS y su disponibilidad permite atender las principales enfermedades de su jurisdicción. <u>Criterios para la definición de medicamentos trazadores:</u> El número de medicamentos trazadores puede estar entre 15 y 40. Los medicamentos seleccionados deben formar parte del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, según la morbilidad de la zona.</p> <p><u>Disponibilidad:</u> Estado o situación de un medicamento de encontrarse físicamente en un EESS en una cantidad igual o mayor a un mes de consumo promedio y en condiciones óptimas para su uso. Es decir, se considera disponible a un medicamento cuando existe en una cantidad mayor a un mes de consumo promedio mensual (CPM). Para efectos de la medición mensual del indicador de disponibilidad, se toma en cuenta el promedio de consumo de los últimos 4 meses incluyendo el mes de evaluación. Se considera consumo cuando el producto presentó salidas por cualquiera de los rubros indicados en el Informe de Consumo Integrado (ICI) en algún momento del mes y durante los 4 meses que se consideran para el CPM. Se descartan aquellos meses en que no hubo consumo o éste ha sido motivado por alguna situación coyuntural (consumo no regular) (1).</p>
<p>Numerador: N° de Establecimientos de Salud de la Red con disponibilidad de medicamentos trazadores con al menos el 80% de stock.</p>
<p>Denominador: Total de Establecimientos de Salud de la Red</p>
<p>Unidad de Medida: Porcentaje Establecimientos de Salud con disponibilidad de medicamentos trazadores</p>
<p>Desagregado por (de donde proviene directamente la información): EESS /Microrred</p>
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: La selección de los medicamentos esenciales es uno de los principios fundamentales de una política farmacéutica nacional porque ayuda a establecer prioridades dentro de un sistema sanitario, y después de la inmunización contra las enfermedades comunes de la infancia, la utilización apropiada de los medicamentos esenciales es uno de los componentes más costo-efectivo de la atención sanitaria moderna.</p>
<p style="text-align: center;">PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS</p>
<p>Método de recolección de datos: El/La responsable de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Microrred consolida y reporta trimestralmente a la Red la disponibilidad de medicamentos trazadores a nivel de sus establecimientos de salud.</p>
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> SISMED - ICI <u>Denominador:</u> RENAES</p>
<p>Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral</p>
<p style="text-align: center;">ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES</p>
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información de los establecimientos (según Microrredes) con disponibilidad de medicamentos trazadores. Se coloca el número de EESS con disponibilidad de medicamentos trazadores de cada microrred. El registro no es acumulable.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal tomando en cuenta los valores obtenidos el año previo respecto a la disponibilidad de medicamentos trazadores.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 85%, se plantea incrementar en 10% con respecto al valor basal o incrementar a 85% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 95% se plantea mantener superior a 95%. <p>De acuerdo a los resultados obtenidos, el/la responsable de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Red de salud podrá determinar la disponibilidad de medicamentos trazadores a nivel de los establecimientos de salud de su jurisdicción.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
<p style="text-align: center;">REFERENCIAS</p>
<p>(1) Procesos del Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos en el Ministerio de Salud - DIGEMID. Módulo V: Gestión de stock.</p>

O1: Porcentaje de Microrredes con Ámbitos Territoriales sectorizados Ficha Técnica
Nombre del Componente: Organización
Objetivo del Componente: Mejorar la organización de los servicios de salud, de las Redes y Microrredes de salud, para la prestación.
Nombre del Indicador: Microrredes con ámbitos territoriales sectorizados, con participación de la comunidad organizada y el gobierno local.
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: La <u>Sectorización</u> es una estrategia de gestión territorial, a partir de la cual el ámbito territorial de los EESS del Primer nivel de atención se subdivide o segmenta en espacios menores denominados sectores; que permitan tener un mejor conocimiento de la población para planificar participativamente acciones de salud (1) <u>Sectorizar</u> es un proceso mediante el cual se determinan unidades o sectores mediante los cuales se subdivide el territorio, se identifica a la población que habita en cada uno de ellos, y se obtiene una descripción. Incluye los pasos administrativos internos para implementar el trabajo extramural. Permite programar, implementar y evaluar las intervenciones sanitarias por sectores geográficos con la participación de la comunidad organizada (junta directiva comunal, comité de desarrollo comunal, apoyo de ACS y mujeres líderes capacitadas). De esta manera, asegurar los grupos de riesgo y entregarles un paquete básico de atención. (2) La Sectorización forma parte de las acciones programadas en el POI.</p>
Numerador: Número de Microrredes con ámbitos sectorizados, con participación de la Comunidad Organizada y el gobierno local
Denominador: Total de Microrredes
Unidad de Medida: Microrredes Sectorizadas
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: Este indicador permite conocer si desde las Microrredes de salud se vienen organizando los sectores para facilitar la identificación de los grupos de riesgo (vulnerables) y asegurarles la entrega de un paquete básico de atención integral de salud.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable en la Oficina de Gestión Sanitaria de la Red, consolida trimestralmente la información respecto a la Sectorización que se viene realizando desde las Microrredes.
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Informes trimestrales de evaluación del POI (Microrredes) <u>Denominador:</u> RENAES</p>
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/La responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información de las Microrredes de su jurisdicción que han implementado la estrategia de Sectorización de su ámbito territorial. Se registra Si, si la Microrred tiene su ámbito sectorizado; y No, si la Microrred no lo tiene. El registro no es acumulable.</p> <p><u>Determinación del Valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las Microrredes que han implementado la estrategia de sectorización: Microrredes con ámbitos sectorizados..</p> <p><u>Determinación del Logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 50% de Microrredes con ámbito territorial sectorizado, se plantea incrementar en 25% el valor basal o incrementar a 50% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 75% se plantea mantener superior a 75%. <p>De acuerdo a los resultados obtenidos, se podrá determinar si las Microrredes vienen implementando activamente la estrategia de Sectorización en su ámbito.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$

REFERENCIAS
<p>(1) Guía Técnica para la Implementación de la Sectorización en los Establecimientos de salud del I Nivel de Atención. DIRESA San Martín. USAID/PERÚ/Políticas en Salud.</p> <p>(2) Guía Metodológica de la Estrategia de Sectorización para la promoción de la salud en co-gestión con la comunidad. Julio 2012. MINSA. USAID/PERÚ. FutureGenerations/Perú.</p>

P1: Porcentaje de Gestantes con atención prenatal en el primer trimestre de gestación Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud
Nombre del Indicador: Porcentaje de Gestantes con atención prenatal en el primer trimestre de gestación
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: Porcentaje de gestantes con Atención Prenatal que se inicia en el primer trimestre de gestación (antes de las 14 semanas) y recibe el paquete básico que permite la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el recién nacido.</p> <p><u>Atención de la gestante:</u> Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias, para la atención prenatal, en el establecimiento de salud.</p> <p><u>Gestante atendida:</u> Se refiere a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual (1).</p> <p>Este indicador mide el número de gestantes que inician su control prenatal en el Primer trimestre de gestación (2).</p>
Numerador: N° de gestantes con atención prenatal en el I Trimestre de gestación
Denominador: N° total de gestantes
Unidad de Medida: Porcentaje de gestantes con atención pre-natal (I trimestre de gestación)
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
Justificación de Herramienta de Gestión: Es reconocido el rol fundamental del control pre-natal en la identificación y manejo oportuno de riesgos y complicaciones de la gestante y del feto. Por lo tanto, es de suma importancia lograr que estos controles sean lo más precoces posibles, a fin de detectar anomalías, prevenir enfermedades y brindar la asistencia requerida por la gestante.
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Red consolida la información de la atención brindada a las gestantes en sus respectivas Microrredes, la cual corresponde a la acumulación de las prestaciones entregadas en cada EESS de su jurisdicción. Esto lo realiza de manera conjunta con el responsable de Estadística. Esta información precisa la atención prenatal brindada de manera precoz a las gestantes atendidas.
Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Reporteador HIS - MINSA <u>Denominador:</u> INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las atenciones prenatales registradas en el primer trimestre de gestación.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada Dires/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las atenciones prenatales realizadas durante el primer trimestre de gestación.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DiresA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 5% el valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 85%, se plantea mantener superior a 85%.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) "Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna". R.M. N° 827-2013/MINSA NTS N° 105 MINSA/ DGSP - V01 (2) Documento Técnico Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el País, Periodo 2014 - 2016.

P2: Porcentaje de Gestantes controladas
Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud
Nombre del Indicador: Porcentaje de Gestantes controladas
DESCRIPCIÓN
Definición: <u>Gestante controlada.</u> Gestante que ha cumplido con su sexta atención pre-natal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante. Se considera que una gestante está controlada cuando ha recibido atención prenatal reenfocada en al menos 06 veces durante la gestación, cada control prenatal debe durar aproximadamente 25 minutos, y en los plazos establecidos por la Norma Técnica vigente. (1) (2) Este indicador se refiere al número de gestantes que cuentan con 6 o más controles pre-natales. (3)
Numerador: N° Gestantes con 6 o más atenciones prenatales
Denominador: N° total de gestantes
Unidad de Medida: Gestante controlada
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
Justificación de Herramienta de Gestión: Es reconocido el rol fundamental del control pre-natal en el cuidado de la gestante y del feto, más aún si es de inicio precoz y de cumplimiento regular. La atención prenatal reenfocada promueve una atención integral durante la gestación mediante un conjunto de actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y del feto. Mediante la atención pre-natal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Para considerar una gestante controlada deberá haber recibido seis o más atenciones prenatales.
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Red recoge mensualmente los informes de las Microrredes de salud en relación a las gestantes. Por su parte las Microrredes consolidan la información de la atención brindada a las gestantes en sus respectivos EESS, que corresponde a la acumulación de las prestaciones entregadas en su jurisdicción. Esta información relaciona a las gestantes según el número de atenciones prenatales que recibieron en el servicio de salud.
Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS - MINSA Denominador: INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a la atención prenatal que se brinda a las gestantes (al menos 6 atenciones durante la gestación) para estar controladas.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las atenciones prenatales brindadas a las gestantes (gestantes controladas: 6 atenciones).</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 5% el valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 85%, se plantea mantener superior a 85%.
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
<p>(1) "Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna". NT N° 105 MINSA/ DGSP - V01. R.M. N° 827-2013/MINSA</p> <p>(2) R.M. N° 159-2014/MINSA. Precisiones a la NT N° 105 MINSA/DGSP-V01.</p> <p>(3) Documento técnico: Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 - 2016.</p>

P3: Porcentaje de Parto Institucional Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud
Nombre del Indicador: Porcentaje de Parto Institucional (I-3, I-4)
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: Representa el porcentaje de mujeres gestantes que atienden su parto en un establecimiento de salud y por un profesional de la salud. (1)</p> <p><u>Parto institucional:</u> Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital o centro de salud nivel I-3, I-4) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea). Se denomina parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal de salud; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario. (2)</p>
Numerador: N° de mujeres cuyo parto fue atendido en un establecimiento de salud y por un profesional de salud (en el periodo)
Denominador: N° Total de Partos
Unidad de Medida: Porcentaje de partos institucionales
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: El parto domiciliario incrementa el riesgo de sufrir una complicación o muerte para la madre y/o el niño. A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario. (3)</p> <p>La atención del parto institucional es una estrategia que contribuye a la reducción de la mortalidad materna. Permite mostrar problemas en la oferta, así como el acceso a los servicios de salud, lo que implica mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos y modificar las características de la oferta del servicio, incluyendo la adecuación intercultural para motivar su incremento. (4)</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

<p>Método de recolección de datos: El responsable de Estadística e Informática de la Red consolida mensualmente los informes de las Microrredes en relación a los partos. Las Microrredes consolidan la cantidad de partos atendidos en sus EESS, donde el responsable de estadística recoge los datos y hace la diferenciación de aquellas que fueron partos institucionales de los que no, según lo consignado en la fuente de información.</p>
<p>Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS - MINSA Denominador: INEI</p>
<p>Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral</p>
<p>ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES</p>
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a la atención de partos en los establecimientos de salud de su ámbito.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a la atención de partos en el establecimiento de salud.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 5% el valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 85%, se plantea mantener superior a 85%.
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
<p>REFERENCIAS</p>
<p>(1) "Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna". NT N° 105 MINSA/ DGSP - V01. R.M. N° 827-2013/MINSA</p> <p>(2) Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, período 2014 — 2016. RM 258 - 2014/MINSA.</p> <p>(3) Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud 2005-2008. Oficina General de Estadística e Informática. MINSA. 2010.</p> <p>(4) DS N° 041-2014-SA. Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del DL N° 1153.</p>

<p>P4: Porcentaje de puérperas controladas Ficha Técnica</p>
<p>Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud</p>
<p>Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud</p>
<p>Nombre del Indicador: Porcentaje de Puérperas Controladas</p>
<p>DESCRIPCIÓN</p>
<p>Definición: <u>Puérpera controlada.</u> Puérpera que ha cumplido la segunda atención ambulatoria, ha recibido sulfato ferroso y tiene un control, de hemoglobina a los 30 días. Los controles del puerperio se realizan de manera obligatoria en los períodos siguientes: 1er Control: Del 5to - 7mo día de ocurrido el parto 2do Control: Del 28vo - 30vo día de ocurrido el parto. (1)</p>
<p>Numerador: N° Puérperas con 02 controles de puerperio</p>
<p>Denominador: N° total de Partos</p>
<p>Unidad de Medida: Porcentaje de puérperas controladas</p>
<p>Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred</p>
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: La correcta atención del puerperio consiste en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y ejecutar las medidas profilácticas necesarias. Diagnosticar factores de riesgo precozmente para un adecuado</p>

tratamiento. (2)
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Red recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a la gestante (incluye puérperas) y los consolida. Las Microrredes consolidan la cantidad de gestantes, partos atendidos y puérperas atendidas en sus establecimientos de salud.
Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS - MINSA Denominador: INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
Reporte y análisis de Datos: El/La responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las atenciones brindadas a las puérperas en los establecimientos de salud de su ámbito. <u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a la atención brindada a las puérperas dentro de los 30 días de ocurrido el parto. <u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 10% con respecto al valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 90%, se plantea mantener superior a 90%.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) "Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna". NT N° 105 MINSA/ DGSP - V01. R.M. N° 827-2013/MINSA. (2) Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud 2005-2008. Oficina General de Estadística e Informática. MINSA. 2010.

P5: Porcentaje de Recién Nacidos Controlados Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de Recién Nacidos Controlados
DESCRIPCIÓN
Definición: <u>Control del Recién Nacido.</u> Conjunto de actividades desarrolladas por el profesional médico o enfermera capacitado, con el objetivo de evaluar el crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la práctica sobre el cuidado integral del recién nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto e identificación de signos de alarma y acciones a seguir); el control se realiza en el establecimiento de salud al 7° y 15° día después del nacimiento y el tiempo promedio utilizado es de 30 minutos. En caso de imposibilidad de la madre para trasladarse al EESS, el personal debe constituirse al domicilio del recién nacido para realizar el control. En caso de imposibilidad de la madre para trasladarse al establecimiento de salud el personal debe constituirse al domicilio del recién nacido para realizar el control. (1) (2)
Numerador: N° de Recién Nacidos con 2 Controles CRED (dentro de los primeros 15 días)
Denominador: N° Total de Recién nacidos
Unidad de Medida: Porcentaje de Recién Nacidos controlados
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred

Justificación de Herramienta de Gestión: Los controles realizados durante la etapa neonatal permiten la evaluación periódica y el reforzamiento de las prácticas de cuidado integral del recién nacido y deben ser aplicadas en el hogar y para lo cual se deben priorizar las prácticas claves como lactancia materna exclusiva, las prácticas de higiene, cadena de calor y el apego, a fin de contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad neonatal tardía en el país. (3)
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Niño Sano de la Red en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, consolida trimestralmente la información proveniente de las Microrredes en relación a la atención CRED de recién nacidos.
Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS - MINSA / Registro seguimiento atención integral del niño. Denominador: INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
Reporte y análisis de Datos El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto al control CRED brindado a los recién nacidos dentro de los primeros 15 días. <u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a la atención CRED en recién nacidos. <u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 10% el valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 90%, se plantea mantener superior a 90%.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) "Norma Técnica de Salud para el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años". R. M. – N° 990 - 2010/MINSA-Dirección General de Salud de las Personas. (2) Programa Presupuestal Materno Neonatal (002). MINSA-2015.

P6: Porcentaje de niñas y niños menores de 1 año con CRED completo para su edad Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 1 año con CRED completo para su edad
DESCRIPCIÓN
Definición: Niños y niñas menores de 01 año con 11 controles CRED y que han recibido durante 6 meses suplementación con hierro (180 sobres de multimicronutrientes). El Control de crecimiento y desarrollo completo es el conjunto de actividades periódicas y sistémicas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos; así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. (1) (2) La suplementación con multimicronutrientes y hierro es una intervención que tiene como objetivo asegurar su suministro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad para asegurar niveles adecuados de hierro en su organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo. En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 35 meses inclusive) (3)
Numerador: N° Niñas y niños menores de 1 año con CRED completo para su edad (11 controles CRED y que han recibido 6 meses con suplementación con hierro)
Denominador: Número Total de Niños y niñas menores de 1 año

Unidad de Medida: Porcentaje de Niños < 1 año controlados
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
Justificación de la Herramienta de Gestión: El control CRED es una atención focalizada en los niños y niñas, de manera integral para prevenir enfermedades y promocionar estilos de vida saludables. La suplementación preventiva con hierro se realiza para prevenir la anemia por deficiencia de hierro. El indicador es clave para conocer cuánto y en qué medida se tiene la oportunidad de intervenir oportunamente ante problemas de crecimiento y desarrollo.
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Niño Sano de la Red en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, consolida trimestralmente la información proveniente de las Microrredes en relación a las atenciones CRED en niños < 1 año y la entrega de hierro y micronutrientes, y los consolida.
Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Reporteador HIS - MINSA / Registro seguimiento atención integral del niño. <u>Denominador:</u> INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las atenciones CRED brindadas a menores de 1 año. <u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las atenciones CRED en menores de 1 año. <u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRES/GERESA planteará el logro esperado. - Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 10% con respecto al valor basal o incrementar a 80% o superior. - Si el valor en año previo es igual o superior a 90%, se plantea mantener superior a 90%.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) Norma Técnica de Salud de para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA (2) Documento Técnico de Definiciones Operacionales y criterios de programación de los programas presupuestales para el año fiscal 2013. Resolución Ministerial 289 - 2013/MINSA. (3) Directiva Sanitaria N° 056 -MINSA/DGSP. V.01. Resolución Ministerial 706- 2014 MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses.

P7: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad con CRED completo de acuerdo a su edad Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad con CRED completo de acuerdo a su edad
DESCRIPCIÓN

Definición:

Para efectos de este indicador, menores de 36 meses, se entiende a las niñas y niños comprendidos entre 1 año de vida hasta los 2 años 11 meses y 29 días, y el Control de crecimiento y desarrollo (CRED) al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna. Según el esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años: de 12 a 23 meses 29 días, 6 controles (cada 2 meses). De 24 a 35 meses 29 días, 4 controles por año (1 control cada 3 meses). (1), (2), (3)

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres y define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, entre otros. (1)

Numerador: N° de niñas y niños menores de 3 años de edad con CRED completo de acuerdo a su edad y suplemento de hierro y/o micronutrientes

Denominador: N° total de niñas y niños menores de 36 meses

Unidad de Medida: Porcentaje de Niñas y niños menores de 36 meses controlados

Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred

Herramienta de Justificación y Gestión: El control CRED es una atención focalizada en el niño o niña de manera integral para prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables. Durante los primeros meses este control es realizado mensualmente.

El indicador es clave para conocer cuánto y en qué medida se tiene la oportunidad de intervenir oportunamente, en la población, ante problemas de crecimiento y desarrollo.

PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Niño Sano de la Red en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, consolida trimestralmente la información proveniente de las Microrredes en relación a las atenciones CRED en niña/os de 1 a 3 años.

Fuente de Información:

Numerador: Reporteador HIS - MINSA / Registro seguimiento atención integral del niño.

Denominador: INEI

Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral

ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

Reporte y análisis de Datos: El/La responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las atenciones CRED brindadas a niños de 1 a 3 años.

Determinación del valor basal: Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las atenciones CRED en niños de 1 a 3 años.

Determinación del logro esperado: Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.

- Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se plantea incrementar en 10% con respecto al valor basal o incrementar a 80% o superior.

- Si el valor en año previo es igual o superior a 90%, se plantea mantener superior a 90%.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento:

(Logro alcanzado - Valor basal) x 100

—————
Logro esperado - Valor basal

REFERENCIAS

- (1) Norma Técnica de Salud de para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA
- (2) Documento Técnico de Definiciones Operacionales y criterios de programación de los programas presupuestales para el año fiscal 2013. RM 289 - 2013/MINSA. (Se refiere al numero de niñas y niños de 12 a 36 meses que cuentan con CRED completo para su edad).
- (3) Documento Técnico: Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 - 2016. RM 258 - 2014 /MINSA.

P8: Porcentaje de trabajadores de salud responsable de la atención del niño, con capacidades para realizar CRED Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de trabajadores de salud, responsable de la atención del niño, con capacidades para realizar CRED.
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: El recurso humano responsable de la atención del niño, requiere: (1) Realizar el CRED de acuerdo a la normatividad vigente (incluye evaluación de crecimiento y desarrollo, consejería nutricional, estimulación temprana) y (2) Realizar la vacunación segura en niño/niña y gestante según las normas del MINSA. El <u>personal entrenado/capacitado</u> es aquel que ha participado en una actividad de entrenamiento en CRED (de la DIRESA o Centro de Excelencia), ha cumplido con asistir a todas las sesiones y haber obtenido una nota mayor o igual a 16 (dieciséis). Una vez capacitados se debe contar con evidencias de la evaluación de conocimientos (prueba escrita de entrada y salida); evidencias de la evaluación de las habilidades (listas de chequeo); y evidencias de la evaluación de productos esperados (listas de chequeo para evaluar llenado de HC, registros, carné, documentos técnicos, etc.). (1) Para ello es importante el <u>desarrollo de centros de excelencia</u>, como espacios de aprendizaje para el desarrollo de competencias, por lo que será primordial identificar al personal profesional que estará a cargo de acompañar el proceso de diseño, implementación y evaluación de estos centros. Uno de los indicadores de estructura en Atención CRED es la "Proporción de establecimientos de salud con profesionales de enfermería capacitados para realizar control de crecimiento y desarrollo". (2)</p>
Numerador: N° Trabajadores de Salud, responsable de la atención del niño/a (en el ámbito de la Red), con capacidades para realizar CRED
Denominador: Número de Trabajadores de salud, responsable de la atención del niño/a (en el ámbito de la Red)
Unidad de Medida: Porcentaje de trabajadores de salud con capacidades para realizar CRED.
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
<p>Justificación de la Herramienta de Gestión: El control CRED es una atención focalizada en el recién nacido y en el niño/a de manera integral para prevenir enfermedades y promocionar estilos de vida saludables. Por tanto, este indicador es clave para conocer si el personal responsable de atención del niño cuenta con las capacidades para llevar a cabo el control CRED con calidad y de acuerdo a la normatividad vigente, para reducir la DCI. A partir de los resultados se tomarán decisiones para entrenar/capacitar a mayor número de personal de salud.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Niño Sano de la Red en coordinación con el Responsable de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos de la Red, recoge los informes de capacitación en CRED, que se han realizado a nivel de Red y Microrredes. Verifica, a partir de las evidencias, que el trabajador cumpla con los criterios para considerar que cuenta con las capacidades para realizar CRED.
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Informes de capacitaciones en CRED, dirigidas al personal responsable de la atención del niño/a de red y Microrredes, que cumple con los criterios para determinar que cuenta con capacidades para realizar CRED. <u>Denominador:</u> Informe (trimestral) de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos que reporta el número de personal adscrito al área de atención al niño/a.</p>
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las capacitaciones en CRED realizadas en su ámbito y cuyos participantes cumplan con los criterios arriba señalados.

Determinación del valor basal: Cada DIRESA/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las capacidades para realizar CRED con que cuentan los responsables de atención del niño.

Determinación del logro esperado: Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. Se plantea Incrementar en 25% el valor obtenido el año previo.

- Si el valor en el año previo es inferior a 80%, se propone incrementar en 10% con respecto al valor basal o incrementar a 80% o superior.

- Si el valor en año previo es igual o superior a 90%, se propone mantener superior a 90%.

Con los datos obtenidos, trimestralmente, el(la) responsable de la estrategia de niño sano y del área de capacitación de la Red, determinan si el personal tiene las capacidades (cumple los criterios) para realizar las atenciones de Crecimiento y desarrollo, dirigidas a menores de 5 años; o si es necesario realizar nuevas capacitaciones o sesiones de reforzamiento para el personal.

Cálculo del porcentaje de cumplimiento:

$$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}) \times 100}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$$

Logro esperado - Valor basal

REFERENCIAS

- (1) Documento Técnico "Centros de Excelencia en Atención Integral de Salud". DIRESA San Martín.
 (2) Norma Técnica de Salud de para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA

P9: Porcentaje de Establecimientos de Salud que cuentan con Kit básico de CRED para la atención del niño/a. Ficha Técnica

Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud

Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.

Nombre del Indicador: Porcentaje de Establecimientos de Salud que cuentan con Kit básico de CRED para la atención del niño/a.

DESCRIPCIÓN

Definición:

La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente. En el Anexo 13 de la NT se señala el ambiente y equipamiento mínimo para realizar el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de 5 años (1): Escritorio, Sillas (3), Mesa para examen, Mesa auxiliar (coche de curaciones), Vitrina metálica para instrumental, Tachos para desechos con tapa a pedal (2), Dispensador de jabón, Dispensador de papel toalla, Balanza pediátrica de platillo y de plataforma, Infantómetro y tallímetro, Cinta métrica para medidas antropométricas, Baterías para evaluación del desarrollo según el instrumento usado, Batería de estimulación, Estetoscopio pediátrico, Linterna para examen médico tipo lapicero, Pantoscopio, Martillo de percusión, Lámpara cuello de ganso, Escalinata de 2 peldaños, Tambor de acero quirúrgico, Riñoneras, Termómetro clínico, Bajalenguas, Hisopos de algodón, Papel toalla, Jabón líquido, Soluciones antisépticas, Algodón, gasa y esparadrapo, Bolsas para desechos según norma, Formatos de registro, carné de AIS del niño, historias clínicas, Material educativo impreso (rotafolios, trípticos etc.), Guías y documentos técnico normativos, Material de escritorio (lapiceros, lápiz, borrador, plumones de colores etc.), Sábanas y campos de tela y material plastificado.

De acuerdo a la NT vigente, la "Proporción de establecimientos de salud con equipamiento adecuado para realizar control de crecimiento y desarrollo", es un Indicador de estructura.

Numerador: Número de Establecimientos de Salud que cuentan con Kit básico de CRED para la atención del niño/a.

Denominador: Total de Establecimientos de Salud

Unidad de Medida: Porcentaje de EESS con Kit básico CRED

Desagregado por (de donde proviene directamente la información): EESS / Microrred

<p>Justificación de la Herramienta de Gestión: De acuerdo a la Norma Técnica, las atenciones CRED se realizarán en los EESS que cuenten con el equipamiento necesario, de lo contrario los niños y niñas serán referidos al establecimiento con la capacidad resolutive correspondiente. Por tanto, el conocer el número y cuáles son los EESS que cuentan o no con el equipamiento básico, permite tomar decisiones inmediatas para gestionar e implementar los EESS que no cuenten con este kit básico.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
<p>Método de recolección de datos: El/La responsable la Atención Integral del Niño/a de la Red, recoge los reportes emitidos trimestralmente, a partir de las listas de chequeo aplicadas por los responsables de la atención integral del niño/a en las Microrredes, para verificar si los EESS cuentan con el equipamiento mínimo para la atención CRED.</p>
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Reportes trimestrales (listas de chequeo) sobre condiciones de equipamiento para CRED en los EESS, emitidos por las Microrredes. <u>Denominador:</u> RENAES</p>
<p>Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral</p>
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las condiciones del equipamiento para atenciones CRED, en los establecimientos de salud de su ámbito.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRESA/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo, respecto a las condiciones de equipamiento de los establecimientos de salud de su ámbito para realizar CRED.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. Se propone Incrementar en 25% el valor obtenido el año previo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 60%, se propone incrementar en 25% con respecto al valor basal o incrementar a 60% o superior. - Si el valor en año previo es igual o superior a 85%, se propone mantener superior a 85%. <p>Con los datos obtenidos, trimestralmente, el(la) responsable de la estrategia de niño sano de la Microrred determina si los establecimientos de salud de su ámbito cuentan con el equipamiento necesario para realizar las atenciones de Crecimiento y desarrollo dirigidas a los menores de 5 años.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
<p>(1) Norma Técnica de Salud de para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. R. M. – N° 990 - 2010/MINSA. Anexo 13.(2) Norma Técnica de Salud "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos del I Nivel de Atención". NTS N° 113-MINSA/DGIEM.</p>

P10: Cobertura de Niños/as <1 año protegidos con Pentavalente. Ficha Técnica
<p>Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud</p>
<p>Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.</p>
<p>Nombre del Indicador: Cobertura de Niños/as <1 año protegidos con Pentavalente.</p>
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: <u>Niño menor de 1 año protegido con Pentavalente:</u> Niños y niñas de 01 mes hasta los 11 meses 29 días con 3ra dosis de Pentavalente. (1) <u>Vacuna Pentavalente:</u> Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de Bordetellapertussis, polisacárido conjugado de HaemophilusInfluenzae tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente.</p>
<p>Numerador: N° Niños/as <1 año con 3ra dosis de Pentavalente, en el periodo</p>
<p>Denominador: Total Niños/as < 1 año</p>

Unidad de Medida: Porcentaje de Niños/as < 1 año protegidos
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
Justificación de la Herramienta de Gestión: El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódica y sistemáticamente desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño según el cronograma establecido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su edad; a fin de evitar las enfermedades inmunoprevenibles y disminuir la carga de enfermedades prevalentes de la infancia. El seguimiento de las vacunas que requieren más de una dosis para generar protección (como el caso de la pentavalente), nos permiten garantizar un seguimiento minucioso dosis a dosis y mes a mes, para así, poder completar sus dosis.
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia de Inmunizaciones y de Estadística e Informática de la Red recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a inmunizaciones. A su vez, las Microrredes consolidan la información de inmunizaciones de sus establecimientos de salud.
Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS-MINSA Denominador: INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a su cobertura de inmunizaciones. <u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto a la cobertura de inmunizaciones. <u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. - Si el valor en el año previo es inferior a 90%, se propone incrementar en 9% el valor basal o incrementar a 90% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 99%, se propone mantener igual o superior.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación" NT N° 080-MINSA/DGSP V.02. RM N° 510 - 2013/MINSA

P11: Porcentaje de Microrredes que implementan acciones de prevención contra Daños No Transmisibles Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de Microrredes que implementan acciones de prevención contra Daños No Transmisibles.
DESCRIPCIÓN

<p>Definición: <u>Daños No Transmisibles</u>: actualmente constituyen un problema de salud pública en el mundo, y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el Perú; dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: el cáncer, la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y ceguera. Se consideran <u>acciones implementadas</u> contra daños no transmisibles, aquellas acciones programadas en el POI e implementadas a lo largo del año. El <u>POI</u> es un documento elaborado por las entidades de la Administración pública que toma como base la información generada del Plan Estratégico Institucional. Así mismo la acción estratégica debe vincularse con el Sistema de Presupuesto Público (2).</p>
<p>Numerador: Número de Microrredes que incorporan en su POI e implementan acciones de prevención contra Daños No Transmisibles (HTA, Diabetes, Dislipidemias, Ceguera).</p>
<p>Denominador: Número Total de Microrredes</p>
<p>Unidad de Medida: Porcentaje Microrredes que implementan acciones contra Daños No Transmisibles</p>
<p>Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred</p>
<p>Herramienta de Justificación y Gestión: Invertir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) mejoraría la calidad de vida y el bienestar de la población peruana (1); para efectivizar su cumplimiento, es importante realizar el seguimiento de las acciones que se implementan a nivel de Microrredes para su prevención.</p>
<p style="text-align: center;">PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS</p>
<p>Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles de la Red en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a la implementación de las acciones de prevención contra enfermedades no transmisibles programadas en su POI.</p>
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Informes de Evaluación del POI (Microrredes) <u>Denominador:</u> RENAES</p>
<p>Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral</p>
<p style="text-align: center;">ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES</p>
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las acciones implementadas para la prevención de Daños No transmisibles, registradas en el reporte de sus respectivos POI.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto a las acciones programadas e implementadas por las Microrredes para la prevención de Daños No Transmisibles.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 60%, se propone incrementar en 10% el valor basal o incrementar a 60% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 70%, se propone mantener superior a 70%. <p>De acuerdo a los resultados obtenidos, el/la responsable de Daños No Trasmisibles de la Red de salud, podrá determinar si a nivel de Microrredes se vienen implementando las acciones programadas para la prevención de Daños No Transmisibles, para tomar las acciones necesarias.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
<p style="text-align: center;">REFERENCIAS</p>
<p>(1) http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=4 (2) Directiva N°001 - 2014- CEPLAN Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico- Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.</p>

P12: Porcentaje de Mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolao Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de Mujeres de 25 a 64 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con Papanicolao.
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: Se entiende por <u>tamizaje</u> a la aplicación sistemática de un procedimiento diagnóstico a una población en riesgo y en un intervalo definido. Para el indicador, se refiere a las Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje para Cáncer de Cérvix, citología vaginal o Papanicolau (PAP) (1) <u>Papanicolao</u>. Procedimiento por el que se toman muestras del epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anomalías celulares, con prioridad a mujeres entre 30 a 49 años que se encuentren en mayor riesgo.</p>
Numerador: N° Mujeres de 25 a 64 años con Examen de Papanicolao
Denominador: N° Total de Mujeres de 25 a 64 años
Unidad de Medida: Porcentaje de Mujeres tamizadas (cáncer cuello uterino)
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: El Tamizaje es un método para identificar en una población asintomática a individuos que padezcan alguna enfermedad. La detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnóstico más temprano de cáncer de cuello uterino, en una etapa cuando es probable que el tratamiento sea eficaz. En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada. La citología por Papanicolao constituye una estrategia de tamizaje poblacional muy difundida en la población; permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años de edad (2).</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles de la Red en coordinación con el responsable de Estadística e Informática consolida trimestralmente la información reportada por las Microrredes sobre tamizaje de Cáncer de Cuello uterino.
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Reporteador HIS - MINSA <u>Denominador:</u> INEI</p>
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/La responsable, en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a la cobertura de tamizaje de cáncer de cuello uterino.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto a la cobertura de tamizaje para cáncer de cuello uterino con Papanicolao. Para el año 2015, según lo propuesto para los acuerdos de gestión el valor basal es 15%.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. Para el año 2015, según lo propuesto para los acuerdos de gestión el valor del logro esperado es 25%.</p> <p>De acuerdo a los resultados obtenidos, el/La responsable de Daños No Trasmisibles, podrá determinar si en las Microrredes se viene realizando el tamizaje programado a las mujeres entre 25 y 64 años, y podrá tomar acciones al respecto.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS

- (1) Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Norma Técnico-Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones pre-malignas del cuello uterino a nivel nacional. 2008
- (2) DS N° 041-2014-SA. Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2015, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del DL N° 1153.

P13: Porcentaje de Microrredes que implementan acciones de prevención contra Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de Microrredes que implementan acciones de prevención contra Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: Las <u>Enfermedades Metaxénicas en el Perú</u>, constituyen los principales de problemas de salud, que afectan a las poblaciones más pobres de menos acceso y están catalogadas entre las reemergentes, afectando grandes proporciones de población, con gran impacto sobre la salud pública nacional. Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniosis y Tripanosomiasis son los 05 problemas de salud abordados desde la ESN de Prevención y Control de las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores, cuyo incremento en la transmisión e incremento de los factores de riesgo, ha hecho prioritario su abordaje. Se consideran <u>acciones implementadas</u> contra Enfermedades Metaxénicas, aquellas acciones programadas en el POI e implementadas a lo largo del año, de acuerdo al perfil epidemiológico de la zona. El <u>POI</u> es un documento elaborado por las entidades de la Administración pública que toma como base la información generada del Plan Estratégico Institucional. Asimismo la acción estratégica debe vincularse con el Sistema de Presupuesto Público (2).</p>
Numerador: N° de Microrredes que incorporan en su POI e implementan acciones de prevención contra enfermedades Metaxénicas y otras transmisibles (de acuerdo al perfil epidemiológico de su zona).
Denominador: Número Total de Microrredes
Unidad de Medida: Porcentaje Microrredes que implementan acciones contra enfermedades Metaxénicas
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Microrred
<p>Justificación de la Herramienta de Gestión: El seguimiento de la implementación de acciones para prevenir, atender y controlar las Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles contribuye a hacer más eficientes los modelos de intervención sanitaria en especial en las poblaciones vulnerables; pues las tasas de afectación sobre la población están relacionadas con la capacidad de respuesta de los servicios de salud, la cobertura de estos sobre los ámbitos adjudicados, oportunidad de la identificación, sensibilización de la población para el control de algunas variables intervinientes, la especie vectorial predominante, determinada específicamente por los cambios climatológicos, cepas circulantes, disponibilidad de recursos oportunos y suficientes, entre otros.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable la Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmitidas por Vectores de la Red, en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a la implementación de acciones contra enfermedades Metaxénicas.
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Informes de Evaluación del POI (Microrredes) <u>Denominador:</u> RENAES</p>
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES

<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información enviada desde cada una de las Microrredes de su jurisdicción respecto a las acciones implementadas para la prevención de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles y registradas en el reporte de sus respectivos POI.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto a las acciones programadas e implementadas por las Microrredes para la prevención de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRES/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 85%, se propone incrementar en 10% el valor basal o incrementar a 85% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 95%, se propone mantener superior a 95%. <p>De acuerdo a los resultados obtenidos, el/la responsable de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Enfermedades Metaxénicas de la Red, podrá determinar si en las Microrredes se vienen implementando las acciones programadas para la prevención de Enfermedades Metaxénicas y Otras Transmisibles, para tomar las acciones necesarias.</p>
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}} \times 100$</p>
REFERENCIAS
<p>(1) Documento Técnico. Situación de las Enfermedades Metaxénicas en el Perú. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/metaxenic/SituacionEnfermedadesMetaxenic.pdf</p> <p>(2) Directiva N°001 - 2014- CEPLAN Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico- Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.</p>

P14: Tamizaje de Anemia (Hb) en Escolares Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Tamizaje de anemia (Hb) en escolares
DESCRIPCIÓN
Definición: Se considera <u>escolar</u> a las niñas y niños de 3 a 19 años de Instituciones Educativas del ámbito de la Red. Se realiza dosaje de Hemoglobina para la detección de Anemia. Es una acción que forma parte del componente Evaluación Integral de Salud, dentro de las Actividades de Prestación que conforman el Plan de Salud Escolar 2013 - 2016. (1)
Numerador: N° escolares (de la Red con consentimiento informado firmado) con dosaje de hemoglobina
Denominador: N° Total de escolares de la Red
Unidad de Medida: Porcentaje Escolares Tamizados (anemia)
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Red
<p>Justificación de Herramienta de Gestión: El dosaje de hemoglobina para la detección de anemia es una de las actividades clave y uno de los objetivos específicos es detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante el tamizaje regular y periódico en las instituciones educativas y el tratamiento precoz en los establecimientos de salud. En nuestro ámbito la anemia sigue siendo un problema en la infancia, principalmente en niños y adolescentes mujeres. El tamizaje con dosaje de hemoglobina permite hacer un diagnóstico en escolares asintomáticos. La población escolar representa más del 30 % del total de la población peruana, de otro lado, constituye el potencial humano del cual depende el desarrollo de país. Según el informe nutricional del Perú 2011, el 21.6 % y 15.9% de los niños de 3 y 4 años respectivamente presentan anemia, mientras los adolescentes comprendidos entre 15 a 19 años presentan el 35 % de anemia a nivel de nacional (31 % en zona urbana y 39% en zona rural). (2)</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/La responsable del Programa de Salud Escolar -PSE de la Red, en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a coberturas de salud escolar sobre dosaje de hemoglobina en los escolares.
<p>Fuente de Información: Numerador: Reporteador HIS - MINSA / Registro del Programa Salud Escolar Denominador: MINEDU (Número de escolares por IIEE)</p>

Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información respecto al dosaje de Hb realizado en escolares de las instituciones educativas de su ámbito de jurisdicción.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto al dosaje de Hemoglobina en escolares de su ámbito.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 60%, se propone incrementar en 20% el valor basal o incrementar a 60% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 80%, se propone mantener superior a 80%.
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
<p>(1) Plan de Salud escolar 2013 - 2016 con cargo al presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, SIS y de los demás pliegos involucrados.D.S. N° 010 - 2013 - SA</p> <p>(2) Informe nutricional del Perú 2011 -ENAHO- CENAN 2009-2010.</p>

P15: Porcentaje de Instituciones Educativas que implementan prácticas saludables en alimentación y nutrición Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de IIEE que implementan prácticas saludables en alimentación y nutrición
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: <u>Prácticas saludables:</u> Son acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. Siendo necesario contar con condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables que garanticen estilos de vida saludables en las familias. <u>Promoción de comportamientos saludables:</u> intervenciones que promueven prácticas y conductas para el cuidado y auto-cuidado de la salud, articuladas con la gestión pedagógica que contribuyen a los aprendizajes fundamentales y que se desarrollan considerando la necesidad sanitaria regional y adecuación cultural. (1)</p>
Numerador: N° IIEE de nivel inicial, primaria y secundaria (del ámbito de la Red) que realizan actividades para promover prácticas saludables en alimentación y nutrición
Denominador: N°de Instituciones Educativas del ámbito de la Red
Unidad de Medida: Porcentaje de Instituciones Educativas que implementan prácticas saludables
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Red
<p>Herramienta de Justificación y Gestión: A través de los resultados obtenidos, se busca fortalecer el desarrollo de una cultura de salud. La promoción y protección de la salud en el ámbito escolar aspira transformar las condiciones del entorno mediante un proceso reflexivo y pro-activo para mejorar la salud y la calidad de vida, fortaleciendo la participación de los miembros de la comunidad educativa.</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
<p>Método de recolección de datos: El/La responsable del Programa de Salud Escolar -PSE de la Red, en coordinación con el responsable de Estadística e Informática, recoge mensualmente los informes de las Microrredes en relación a coberturas de promoción de comportamientos saludables: prácticas saludables en instituciones educativas.</p>
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Registros Programa Salud Escolar <u>Denominador:</u> MINEDU (instituciones educativas)</p>

Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información respecto a las actividades para promover prácticas saludables en alimentación y nutrición en las Instituciones Educativas de su ámbito.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto a las actividades para promover prácticas saludables en alimentación y nutrición en las instituciones educativas de su ámbito.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 60%, se propone incrementar en 20% el valor basal o incrementar a 60% o superior. - Si el valor en el año previo es superior a 80%, se propone mantener superior a 80%.
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) Plan de Salud escolar 2013 - 2016 con cargo al presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, SIS y de los demás pliegos involucrados.D.S. N° 010 - 2013 - SA

P16: Porcentaje de Distritos con padrón nominal actualizado
Ficha Técnica
Nombre del Componente: Prestación de servicios de salud
Objetivo del Componente: Mejorar la prestación de servicios de salud en las Redes de salud.
Nombre del Indicador: Porcentaje de Distritos con padrón nominal actualizado
DESCRIPCIÓN
<p>Definición: En el marco de la gestión basada en resultados, el Ministerio de Salud ha implementado la Estrategia de la identificación nominal en niños menores de 6 años de edad, a nivel distrital, cuya denominación es "Padrón Nominal distrital de niños menores de 6 años", constituyéndose en un instrumento de programación de metas físicas con 36 variables. El Padrón Nominal permite identificar y hacer seguimiento a niños y niñas, principalmente para las acciones de salud en los distritos más pobres, promoviendo el acceso a servicios básicos. (1) Para el cumplimiento de la Meta 47, es el Ministerio de Salud (MINSa) a través de la Oficina General de Estadística e Informática, el responsable de brindar la orientación y el acompañamiento técnico dentro de su competencia.</p>
Numerador: N° distritos (del ámbito de la Red) con padrón nominal actualizado
Denominador: N° distritos (del ámbito de la Red)
Unidad de Medida: Porcentaje distritos con Padrón Nominal actualizado
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Red
<p>Herramienta de Justificación y Gestión: La generación del padrón nominal de niños y niñas menores de 06 años, disponible en medio electrónico es la posibilidad de cerrar las brechas de acceso a la identificación, considerada una condición básica para el acceso a derechos ciudadanos y a las intervenciones del Estado; asimismo contar con una herramienta que servirá, entre otros propósitos, para contrastar las estimaciones realizadas por el INEI ya que su veracidad será verificada desde los niveles locales (establecimiento de salud, gobiernos locales, etc.) hasta el nivel departamental bajo una visión de logro de resultados a favor de la población. Su actualización permanente fortalecerá los procesos de evaluación de indicadores sanitarios relacionados a cobertura de atención convirtiéndose en el instrumento técnico que facilitará la oportunidad y eficacia de las intervenciones de salud principalmente en favor de la infancia. (2)</p>
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS
Método de recolección de datos: El/la responsable de la Oficina de Estadística e Informática de la Red, analizan trimestralmente el cumplimiento de la actualización mensual de cada una de las 36 variables comprendidas en el Padrón Nominal, de los distritos ámbito de su jurisdicción.

Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Padrón nominal <u>Denominador:</u> INEI
Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral
ANÁLISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES
Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información respecto al cumplimiento de la actualización mensual/trimestral de cada una de las 36 variables comprendidas en el Padrón Nominal, de los distritos ámbito de su jurisdicción. <u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto al cumplimiento de la actualización mensual del Padrón Nominal. <u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado. - Si el valor en el año previo es inferior a 90%, se propone incrementar en 9% el valor basal o incrementar a 90% o superior. - Si el valor en el año previo es igual a 100%, se propone mantenerlo así.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100 $\frac{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
REFERENCIAS
(1) RM N° 096-2015/MINSA. Aprueban a nivel nacional el "Padrón Nominal distrital de niño y niñas menores de seis años de edad" (2) Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del Año 2013. Meta 47: Padrón Nominal Distrital de niños y niñas menores de 6 años homologado y actualizado. 2013.

F1: Población afiliada al SIS Ficha Técnica
Nombre del Objetivo del Componente: Mejorar la organización de los servicios de salud
Nombre del Objetivo del Subcomponente: Mejorar el Aseguramiento
Nombre de la actividad del Objetivo: Afiliación
Nombre del Indicador: Población afiliada al SIS
DESCRIPCIÓN
Definición: Afiliación al Seguro Integral de Salud: Es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona a alguno de los componentes de aseguramiento del SIS. (1) El formulario virtual de Actualización de Datos permite modificar los datos de la afiliación o inscripción. (2)
Numerador: Número de afiliados al SIS
Denominador: Población objetivo, según normatividad vigente
Unidad de Medida: Porcentaje Población Afiliada (SIS)
Desagregado por (de donde proviene directamente la información): Red
Justificación de la Herramienta de Gestión: El SIS focaliza el aseguramiento a la población del quintil 1 y 2 quienes son los más vulnerables económicamente al no tener acceso a los servicios de salud. El componente financiamiento del MAIS-BFC está compuesto por un conjunto de elementos que se articulan para que la atención integral de salud se desarrolle según determinadas características, entre las cuales se encuentran: Asegurar el financiamiento para el conjunto de prestaciones garantizadas, especialmente a través de la capitación de las acciones en el primer nivel de atención; La atención integral para las personas aseguradas será financiada por la articulación de mecanismos de aseguramiento en salud. El Estado garantiza la atención de las poblaciones pobres no adscritas a otro seguro, a través del Seguro Integral de Salud, con sus modalidades de componentes subsidiados y semi-contributivos que mejoran la equidad. (2) Así, a mayor número de personas afiliadas al SIS, se incrementará la cobertura de atención integral.
PLAN DE RECOJO DE DATOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

<p>Método de recolección de datos: El/La responsable del SIS en la Red consolida mensualmente los informes de las Microrredes en relación al número de afiliaciones en el periodo; a su vez, las Microrredes consolidan la información de afiliaciones al SIS de la población de sus establecimientos de salud.</p>
<p>Fuente de Información: <u>Numerador:</u> Reportes afiliaciones del SIS <u>Denominador:</u> Población objetivo programada anualmente</p>
<p>Frecuencia y oportunidad de adquisición de datos: Trimestral</p>
<p>ANALISIS DE DATOS, REVISIÓN e INFORMES</p>
<p>Reporte y análisis de Datos: El/la responsable en la Red, del llenado de la Herramienta para el monitoreo de la gestión de Redes de salud, incorpora en la herramienta la información respecto al número de afiliaciones SIS realizadas en el trimestre en el ámbito de su jurisdicción.</p> <p><u>Determinación del valor basal:</u> Cada DIRES/GERESA, determina el valor basal, que generalmente está relacionado a los valores obtenidos el año previo respecto al número de afiliaciones SIS.</p> <p><u>Determinación del logro esperado:</u> Cada DIRESA/GERESA planteará el logro esperado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el valor en el año previo es inferior a 70%, se propone incrementar en 20% el valor basal o incrementar a 70% o superior. - Si el valor en el año previo es igual o superior a 90%, se propone mantener superior a 90%.
<p>Cálculo del porcentaje de cumplimiento: (Logro alcanzado - Valor basal) x 100</p> $\frac{\text{Logro alcanzado} - \text{Valor basal}}{\text{Logro esperado} - \text{Valor basal}}$
<p>REFERENCIAS</p>
<p>(1) R.J. N° 063 - 2011/SIS Directiva que regula el proceso de afiliación a los componentes subsidiado y semi-subsidiado del SIS en el ámbito donde no se aplica el AUS.</p> <p>(2) Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. 2011, Lima-Perú.</p>

Referencias Bibliográficas

1. Bigolín, L. Calvete, M. Tablero de Control. Indicadores de Salud.
2. DS N° 041-2014-SA. Decreto Supremo que define las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2105, para recibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del DL N° 1143, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
3. Fleitman, Jack. Evaluación integral para implantar modelos de calidad. La importancia de los Tableros de Control. 2010.
4. Kaplan R, Norton D. The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston: Harvard Business School Press; 1996.
5. La Herramienta de seguimiento estratégico de las subvenciones de los Mecanismos Coordinadores de País. Manual de configuración y mantenimiento. The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, USAID, Grant Management Solutions. 2011
6. Plan Operativo Institucional y Tablero de Mando Integral en San Martín. Sistematización de Experiencia. USAID/Iniciativa de Políticas en Salud. 2009.