

**Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque
de Resultados**

**PP 0104 “Reducción de la mortalidad por emergencias y
urgencias médicas”**

2019

Anexo N°2

Contenidos mínimos del Programa Presupuestal

Programa Presupuestal 0104 Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas

Ministerio de Salud

**Directiva N° 002-2016-EF/50.01
Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01**

2019

Tabla de contenido

1	Información General	4
1.1	Nombre del Programa Presupuestal	4
1.2	Tipo de Diseño Propuesto	4
1.3	Entidad Rectora del PP	4
1.4	Responsable Técnico del Programa Presupuestal:	4
1.5	Coordinador Territorial	4
1.6	Coordinador de Seguimiento y Evaluación	4
2	Diagnóstico	4
2.1	Identificación de problema específico	4
2.1.1	Enunciado del problema específico	5
2.1.2	Competencias de la entidad para abordar el problema	5
2.1.3	Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado	6
2.2	Identificación y cuantificación de la población	15
2.2.1	Población potencial	15
2.2.2	Cuantificación de la población potencial	15
2.2.3	Población objetivo	16
2.2.4	Atributos de la población objetivo	16
2.3	Causas del problema identificado	18
3	Diseño del Programa	23
3.1	Resultado específico	23
3.2	Análisis de los medios	24
3.3	Análisis de alternativas	24
3.3.1	Análisis de alternativas de intervención	25
3.4	Transición de las alternativas al producto	28
3.5	Actividades, tareas e insumos	44
3.6	Indicadores	71
3.6.1	Indicadores de Desempeño	71
3.7	Supuestos	90
3.8	Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de la política nacional	92
3.9	Matriz Lógica del Programa Presupuestal	93
	Estructura Programática Propuesta	101
	Anexo	103

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal:

“REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS”

1.2 Tipo de diseño propuesto

- Nueva propuesta de PP
- Revisión del diseño del PP
- Mejora del diseño del PP
- Rediseño del PP

1.3 Entidad Rectora del Programa Presupuestal

La entidad responsable de la rectoría del Programa Presupuestal es el Ministerio de Salud.

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Dirección General Telesalud, Referencia y Urgencias.

1.5 Coordinador Territorial del Programa Presupuestal

Oficina de Gestión Descentralizada

1.6 Coordinador de seguimiento y evaluación del programa Presupuestal

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

2. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del Problema Específico

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la urgencia sanitaria como “*la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia*”. En síntesis la emergencia y/o urgencia médica es aquella condición repentina e inesperada que amenaza la salud y la vida de las personas de manera inminente, por lo que requiere de atención médica inmediata de forma oportuna e integral para evitar complicaciones, secuelas y prevenir muertes.

La situación actual de la oferta de servicios de salud en nuestro país es representativa, por lo que en la mayoría de los hospitales públicos se observa sobresaturación en los servicios de emergencia –definida como el momento en el cual la necesidad de atención médica excede a los recursos disponibles en los servicios de emergencia del hospital, lo cual afecta de forma negativa en la calidad de atención médica ofertada por el servicio de emergencia. Por otro lado cabe señalar que la atención es intrahospitalaria es decir no se da una atención médica oportuna a aquella población que requiere ser atendida en el lugar donde ocurre la emergencia y urgencia médica.

La sobresaturación en los servicios de emergencia y urgencia en los hospitales y la falta de atención médica en el lugar de emergencia, impide que la población reciba una atención médica oportuna, dado que los pacientes enfrentan tiempos de espera prolongados en los

servicios de emergencia para ser admitidos, tratados y hospitalizados; y tiempos prolongados para una atención adecuada en el lugar donde ocurre la emergencia. El retraso de la atención médica impacta desfavorablemente en la salud y vida del paciente (morbilidad y/o mortalidad), lo cual disminuye en la satisfacción de los usuarios e incrementa el costo de atención médica.

Por lo tanto es importante el tiempo de respuesta ante una emergencia y/o urgencia médica, tomando en cuenta aquellas emergencias que son sensibles al tiempo y/o requiere de una respuesta compleja, como por ejemplo una emergencia de trauma encéfalo craneano (TEC) el cual requiere de una respuesta compleja y es sensible al tiempo de respuesta.

Cabe señalar que en nuestro país, existen diferentes números telefónicos a los que la población accede ante una necesidad de atención por emergencias y urgencias médicas como son: #116 Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, #105 de la Policía Nacional del Perú, #110 Defensa Civil, #115 Cruz Roja, números de las Municipalidades y Serenazgo, entre otros; cuyos actores abordan al paciente sin mayores conocimientos de primera respuesta médica y trasladan directamente a los Establecimientos de Salud sin una coordinación previa que garantice la continuidad de la atención a las necesidades del ciudadano.

El objetivo de un servicio médico de emergencia efectivo es proporcionar un tratamiento calificado para todos aquellos que lo necesiten dentro del período crítico de la "hora dorada de trauma" y en el caso de emergencias médicas dentro de un tiempo de respuesta de 5-10 minutos. Los avances en la atención médica y la tecnología en las últimas décadas han mejorado significativamente las posibilidades de un tratamiento médico de emergencia eficaz y la posibilidad de reducir drásticamente la mortalidad.

Es por ello, que se ve la necesidad de implementar un conjunto de mecanismos y procedimientos articulados de atención de urgencias y emergencias médicas tanto intrahospitalaria y pre hospitalaria, promoviendo en el conjunto de la población y de las entidades prestadoras de salud, la prevención de enfermedades y muertes evitables, mediante la activación del sistema de emergencias a través de un único número de emergencias que garantice la atención pre-hospitalaria y la coordinación integral con las unidades de emergencias de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y complejidad en que se encuentra organizando el Sistema de Salud.

2.1.1 Enunciado del Problema Específico

“ALTA TASA DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS”

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el Problema

TABLA N° 01		
Competencias de la Entidad para abordar el problema		
Competencias	Exclusivas/ Compartidas	Rectoría
El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes.	Compartida	Si
La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud	Compartida	Si
El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa.	Exclusiva	Si
El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.	Compartida	Si
La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados.	Compartida	Si
La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud	Compartida	Si
El aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva	Compartida	Si
La definición de la política financiera de captación, administración y asignación de recursos para la salud, acorde con los objetivos, prioridades e intervenciones priorizadas.	Exclusiva	Si
La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicios de salud a través de sus establecimientos de salud.	Compartida	Si

Nota: Se considera que las competencias son compartidas con los Gobiernos Regionales

2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

Magnitud del Problema.

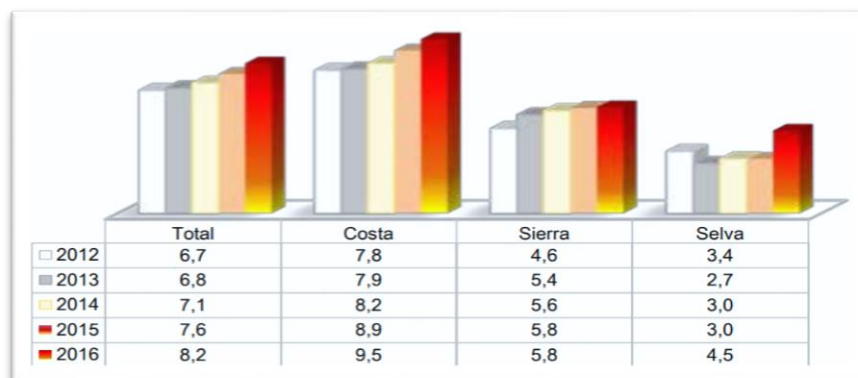
El indicador que por excelencia mediría la magnitud del problema sería la tasa de letalidad de las emergencias a las 48 horas de sucedido el incidente. La forma de construir este indicador es a partir de los registros administrativos de los servicios de emergencia con información de **tiempos** y de **condición del paciente**, durante la hospitalización, al alta y su seguimiento posterior. Estos datos no está disponible al 100% en los sistemas de información del Ministerio de Salud lo cual no permite hacer las estimaciones requeridas.

Una alternativa para hacer una aproximación del problema es en base a las encuestas ENAHO, ENDES y ENAPRES e información estadística disponible. Las citadas fuentes y/o bases de información indicadas en el párrafo anterior nos dan un acercamiento a la problemática planteada.

El nivel de conocimiento que tiene la población respecto a los servicios de salud (pre hospitalario y hospitalario) con los que cuenta el país, es un factor crucial para abordar la problemática señalada, toda vez que son los ciudadanos los primeros respondedores ante situaciones de emergencias y/o urgencias médicas. La Encuesta Nacional de Programas

Presupuestales 2012-2016; a nivel nacional en el año 2016, señala que solo el 8.2% de los hogares urbanos conocen el número de la central de emergencia de los Bomberos del Perú, siendo la región de la costa la que tiene un mayor porcentaje de hogares urbanos que conoce el número (9.5%), seguido de la sierra (5.8%) y la selva (4.5%). (Ver Gráfico N° 01)

Gráfico N°01 Perú Urbano: Hogares cuya población tiene conocimiento del número de la central de emergencia de los bomberos, según región natural, 2012 – 2016 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2012 – 2016

Respecto a los problemas de salud de la población, a nivel nacional en el año 2015, el 10,6% de la población, presentó algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata durante los últimos 12 meses. Según región natural, el mayor porcentaje lo presenta la Selva (14,6%), seguido de la Sierra (11,6%) y la Costa (9,7%). (Ver gráfico N°02).

Gráfico N°02 Perú Urbano: Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses, según región natural, 2015 (Porcentaje)

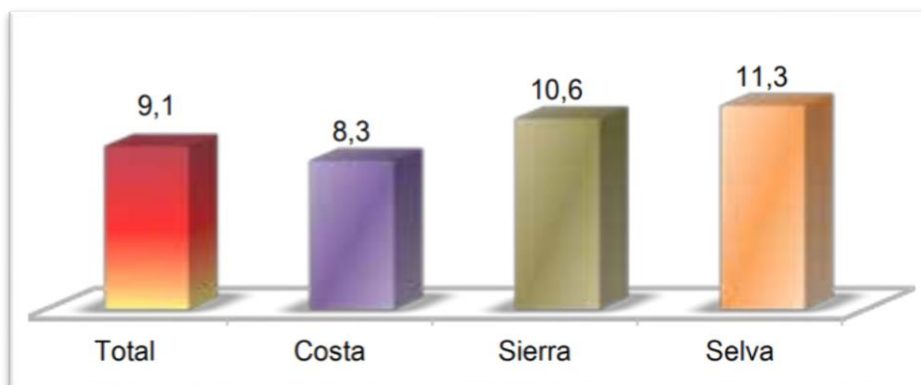


Nota: Se consideran solo las emergencias médicas, es decir, los problemas de salud o accidentes que hayan dado origen a una situación de salud imprevista que puso en riesgo la vida de la persona de no ser atendida inmediatamente.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2015

Para el año 2016 el 9,1% de la población presentó algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata durante los últimos 12 meses. Según región natural, el mayor porcentaje se presenta en la Selva (11,3%), seguido de la Sierra (10,6%) y la Costa (8,3%). (Ver gráfico N°03)

Gráfico N°03 Perú Urbano: Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses, según región natural, 2016



Nota: Se consideran solo las emergencias médicas, es decir, los problemas de salud o accidentes que hayan dado origen a una situación de salud imprevista que puso en riesgo la vida de la persona de no ser atendida inmediatamente.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2015

En el cuadro N°01 se muestra el porcentaje de la población, según departamento, que ha presentado algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata; es decir, una atención por urgencia y/o emergencia médica.

Se evidencia que existe una disminución de 1.2 % en relación a los promedios de los años evaluados (Promedios: Año 2015=11.98 %; Año 2016=10.78 %).

A pesar de ello, algunos departamentos muestran un aumento porcentual, tales como los departamentos de Amazonas, Ancash, Apurímac, Ayacucho, Prov. Constitucional de Callao y la Región Lima.

De los departamentos citados anteriormente el mayor aumento porcentual lo presenta Ayacucho. En relación a la disminución, el departamento que presenta una disminución mayor, corresponde a Loreto.

Cuadro N°01 Perú Urbano: Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata durante los últimos 12 meses, según departamento, 2015-2016

REGIÓN ADMINISTRATIVA	2015	2016
Amazonas	16.4	17.4
Áncash	9.4	9.8
Apurímac	9.8	12.5
Arequipa	12.6	11.1
Ayacucho	5.7	16.6
Cajamarca	12.2	10.1
Prov. Const. del Callao	8.8	9.5
Cusco	13.2	11.9
Huancavelica	11.5	8.3
Huánuco	11.2	9.1
Ica	10.1	9.7
Junín	10.9	9.6
La Libertad	12.9	8.6
Lambayeque	12.6	8.1
Provincia de Lima 1/	8.6	7.3
Región Lima 2/	6.8	8.5
Loreto	19.5	12.9
Madre de Dios	15.9	13.4
Moquegua	14.9	11
Pasco	14.6	11.7
Piura	11.9	10
Puno	11	7.3
San Martín	9.8	8.4
Tacna	14.6	12.9
Tumbes	14.1	13.3
Ucayali	12.6	11.3

Nota: Se considera a la Provincia Constitucional del Callao, Provincia de Lima y Región Lima con fines comparativos. Provincia de Lima comprende los 43 distritos de Lima. Región Lima comprende el área urbana de las provincias de Barranca, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón, Cajatambo y Yauyos.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Estratégicos 2015 – 2016

Otro factor que afecta la mortalidad por emergencias y/o urgencias médicas, es la accesibilidad a los establecimientos de salud, que se puede analizar por el tiempo promedio de demora para llegar al mismo, así como el medio de transporte por el cual se traslada la población. De acuerdo a la ENAHO, al II Trimestre, el tiempo en Horas/minutos a nivel nacional para el 2017 corresponde a 0:29, debiendo considerar que a nivel de los CLAS (Comités locales de Administración de Salud, que comprende centros o puestos de salud), el tiempo es mayor, siendo de 0:45 (horas/minutos).

Es importante considerar el acceso a los EE.SS a nivel de áreas (urbana y rural), debido a que la diferencia en tiempo para llegar al establecimiento varía considerablemente. Para el segundo trimestre del 2017 en el área urbana se cuenta con un tiempo promedio de 0:23 horas/minutos, en comparación del área rural en donde el traslado hacia un establecimiento se realiza en un tiempo promedio de 0:44 horas/minutos. (Ver Cuadro N° 02)

Cuadro N°02 Perú: Tiempo promedio de demora para llegar al establecimiento de salud, según área de residencia, Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016 y 2017 (Horas/minutos)

Establecimiento de Salud y Área de residencia	Abr-May-Jun 2016	Abr-May-Jun 2017 P/	Variación (horas/minutos)
Nacional	0:29	0:29	0:00
EsSalud 1/	0:25	0:30	0:05
Ministerio de Salud 2/	0:30	0:29	-0:01
CLAS 3/	0:17	0:45	0:28
Área urbana	0,21	0:23	0:02
EsSalud 1/	0:23	0:28	0:05
Ministerio de Salud 2/	0:18	0:19	0:01
CLAS 3/	0:12	0:17	0:05
Área Rural	0:49	0:44	-0:05
EsSalud 1/	1:02	1:20	0:18
Ministerio de Salud 2/	0:48	0:42	-0:06
CLAS 3/	0:22	0:57	0:35

1/ Posta, policlínico y hospital del seguro

2/ Puesto de salud, centro de salud y hospital

3/ CLAS: Comités locales de Administración de Salud. Comprende centros o puestos de salud

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

La población que presenta algún problema de salud crónico es más vulnerable de presentar una emergencia y/o urgencia médica, De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares de cada cien (100) personas, treinta y seis (36) presentan problema de salud crónico; de estas, catorce (14) padecen de alguna enfermedad crónica y veintidós (22) además de tener algún problema de salud crónico, presentaron otras dolencias no crónicas en las últimas 4 semanas. (Ver Cuadro N° 03)

Cuadro N°03 Perú: Población con algún problema de salud crónico, según área de residencia, trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016 y 2017 (Porcentaje)

Problema de salud/Área de residencia	Abr-May-Jun 2016	Abr-May-Jun 2017 P/	Variación (Puntos Porcentuales)
Nacional			
Con algún problema de salud crónico	34,1	35,5	1,4
- Solo problema de salud crónico	12,9	13,9	1,0
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	21,3	21,6	0,3
Urbana			
Con algún problema de salud crónico	36,7	38,4	1,7
- Solo problema de salud crónico	14,9	15,8	0,9
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	21,8	22,7	0,9
Rural			
Con algún problema de salud crónico	25,5	25,7	0,2
- Solo problema de salud crónico	6,2	7,6	1,4
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	19,3	18,2	-1,1

P/ Preliminar.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

La población con algún problema de salud crónico en su mayoría son las personas mayores de 60 años (Adulto mayor), quienes padecen de enfermedades crónicas; tanto en el área urbana (77.5%) como en el área rural (70.4%). (Ver Cuadro N° 04)

Cuadro N°04 Perú: Población con algún problema de salud crónico, según grupos de edad y área de residencia, trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016 y 2017 (Porcentaje)

Grupos de edad /Área de residencia	Abr-May-Jun 2016	Abr-May-Jun 2017 P/	Variación (Puntos Porcentuales)
Nacional	34,1	35,5	1,4
De 0 a 14 años	13,3	12,2	-1,1
De 15 a 49 años	32,3	34,1	1,8
De 50 a 59 años	60,3	63,8	3,5
De 60 y más años	76,9	75,9	-1,0
Urbana	36,7	38,4	1,7
De 0 a 14 años	16,7	15,2	-1,5
De 15 a 49 años	34,4	36,6	2,2
De 50 a 59 años	60,9	65,7	4,8
De 60 y más años	78,1	77,5	-0,6
Rural	25,5	25,7	0,2
De 0 a 14 años	5,2	4,8	-0,4
De 15 a 49 años	24,1	24,5	0,4
De 50 a 59 años	57,9	57,5	-0,4
De 60 y más años	73,0	70,4	-2,6

P/ Preliminar.

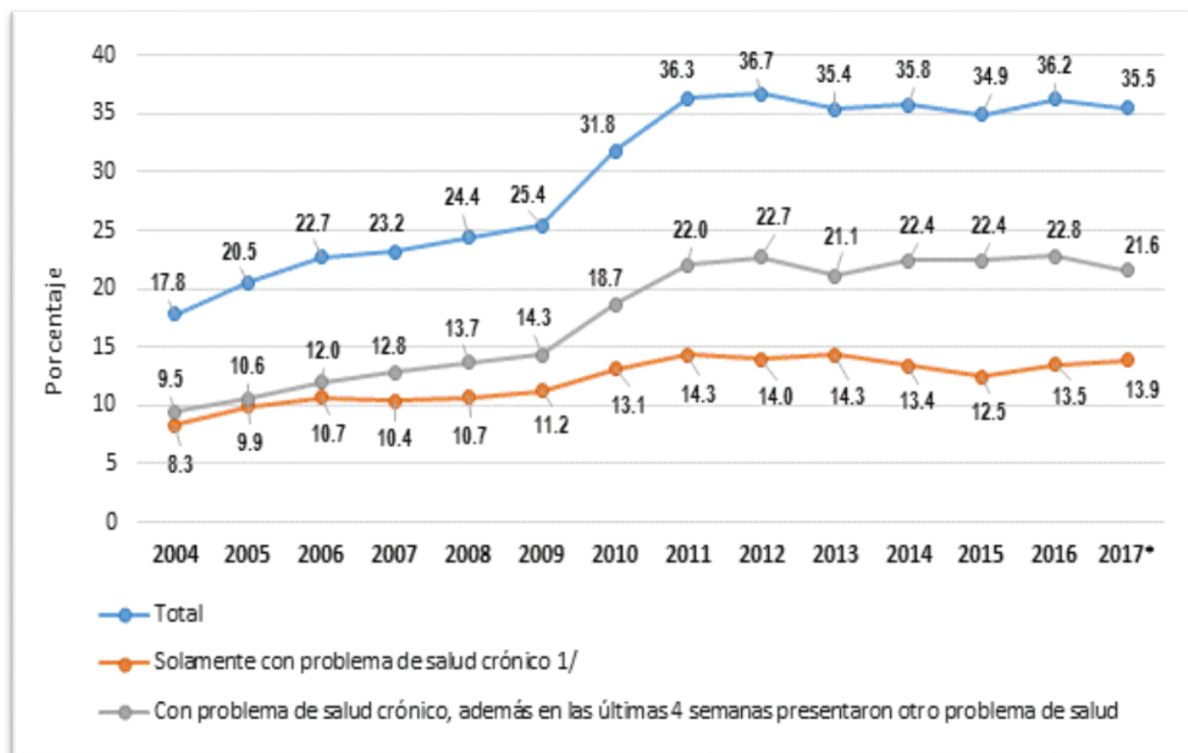
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

En el gráfico N° 05 se muestra los cambios que ha tenido la población del Perú, respecto a los problemas de salud crónico, evidenciándose un aumento progresivo desde el año 2004 hasta el 2017.

Se puede comprobar que, el aumento de los problemas de salud crónico desde el año 2004 al 2017 corresponde a un 5.6%; pero que el mayor aumento porcentual se da en las personas con problemas de salud crónico y que además presentaron un problema de salud en las últimas 4 semanas, que corresponde a un 12.1%.

Cabe precisar que como problema de salud crónico se consideran patologías como: hipertensión arterial, asma, artritis, diabetes, colesterol, VIH, tuberculosis, etc.

Gráfico N°05 Perú: Población con algún problema de salud crónico ^{1/}
Año: 2004 - 2016 y Trimestre: 2010 - 2017
 (Porcentaje respecto del total de la población)



Nota técnica : Las estimaciones de los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0- han sido actualizadas teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados en base a los resultados del Censo de Población del 2007, los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del país.

1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

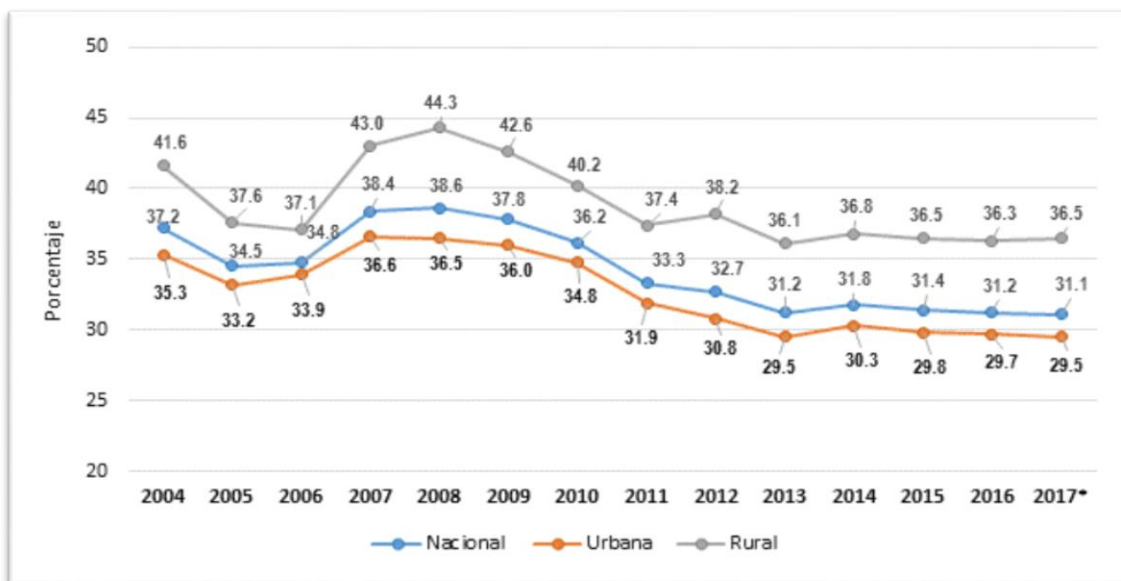
*Al segundo trimestre del 2017

Elaboración propia

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares

En el gráfico N° 06 se muestra los cambios que ha tenido la población del Perú, respecto quienes presentaron algún problema de salud (no crónico); evidenciándose una disminución desde el año 2004 al 2013 (Año 2004: 37.2%; Año 2013: 31.1%), para posteriormente mantenerse sin alteraciones hasta el año 2017(Año 2013: 31.1%; Año 2017: 31.1).

Gráfico N°06 Perú: Población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), por área de residencia
Año: 2004 – 2016 y trimestre: 2010 – 2017
 (Porcentaje respecto del total de la población por área de residencia)



Nota técnica : Las estimaciones de los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO- han sido actualizadas teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados en base a los resultados del Censo de Población del 2007, los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del país. **Problema de salud no crónico:** es aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta.

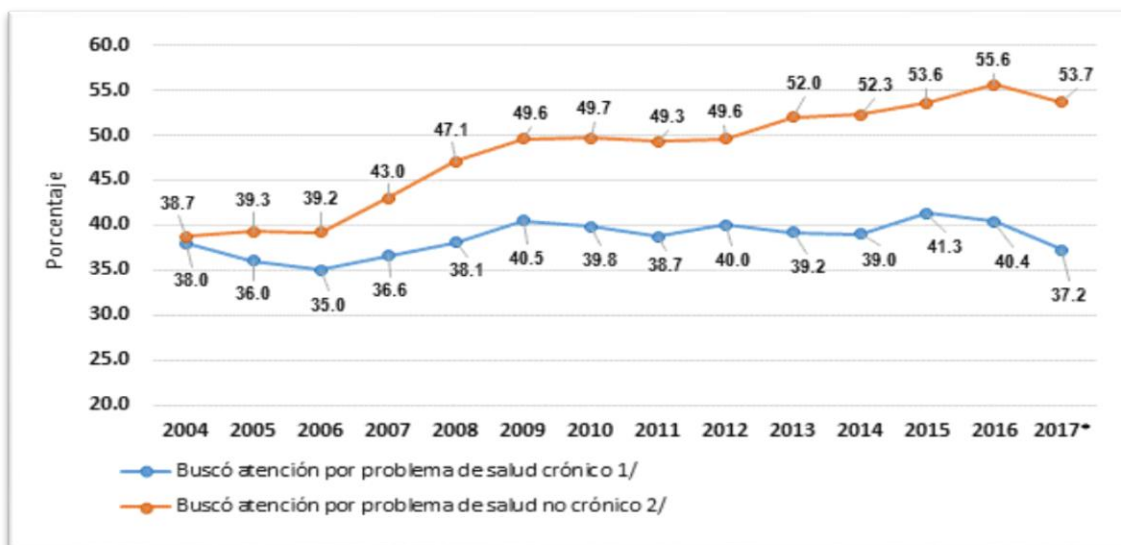
*Al segundo trimestre del 2017

Elaboración propia

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Respecto a la población que busca atención, por algún malestar, síntoma, enfermedad y/o accidente durante las últimas 4 semanas, tanto en personas con problemas de salud crónico como no crónico, se visualiza una tendencia en aumento, principalmente en los casos de personas como problemas de salud crónico, en donde el aumento porcentual es de 15%. (Ver Gráfico N° 07)

Gráfico N°07 Perú: Población con algún problema de salud que buscó atención
Año: 2004 - 2016 y Trimestre: 2010 – 2017
 (Porcentaje respecto del total de la población con problema de salud crónico y no crónico)



1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

2/ Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta.

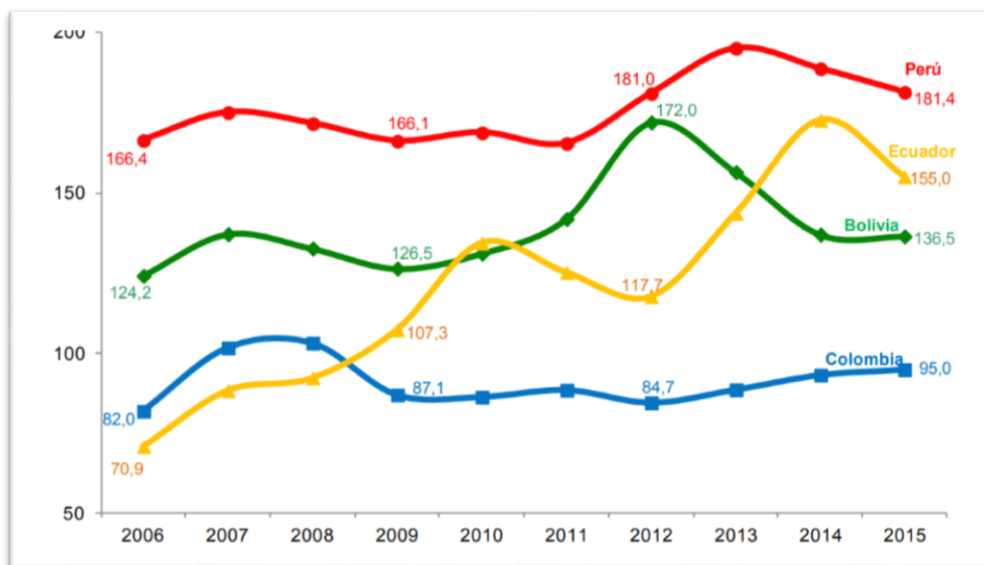
*Al segundo trimestre del 2017

Elaboración propia

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Otro aspecto importante en la mortalidad por emergencia y urgencias médicas corresponde a los accidentes de tránsito; los heridos en accidentes de tránsito necesitan una atención médica inmediata, según el informe anual de accidentes de tránsito en la Comunidad Andina, los heridos en accidentes de tránsito por cada mil habitantes se situó en 133,7 lo que representó una disminución de 4,1 heridos por cada 100 mil habitantes respecto al año 2014, por otro lado en el Perú las tasas de heridos fueron las más altas, como se puede observar en el gráfico, donde de manera comparativa con otros países de la región en el Perú entre el año 2006 y 2015 dicha tasa creció en 15.0 heridos por cada 100 mil habitantes.(ver Gráfico N° 08)

Gráfico N°08 Perú: Evolución de los heridos en accidentes de tránsito por cada 100 mil habitantes según países de la CAN, 2006-2015



Fuente: Accidentes de tránsito en la comunidad andina 2013

Por otro lado se puede observar en el Cuadro N°05 la estadística del **traslado de los lesionados por accidente de tránsito 2007-2012**, se evidencia que el traslado por una ambulancia del sector salud o por bomberos constituye una baja fracción del total de traslados, particularmente en las lesiones graves (11,47%) y potencialmente graves (16,49%). Esto quiere decir que el 88,53% de los lesionados graves y 83,51% de los lesionados potencialmente graves son trasladados en condiciones que no garantizan el transporte asistido adecuado, por unidades distintas a ambulancias o bomberos como son el Serenazgo, particular, policía y otros que incrementan la gravedad de las lesiones y la mortalidad.

Cuadro N°05. Traslado de los lesionados por accidentes de tránsito 2007 -2012

Traslado de lesionado	Gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito					
	Grave	%	Potencialmente Grave	%	Leve	%
Ocasionante	3239	13,28	3649	11,96	10 044	16,28
Familiar	4727	19,38	5040	16,52	9183	14,89
Propios medio	1604	6,58	2038	6,68	4287	6,95
Serenazgo	696	2,85	643	2,11	1495	2,42
Persona particular	1838	7,54	2527	8,28	3209	5,20
Policía	7092	19,08	8809	28,87	19 539	31,68
Bombero	1647	6,75	3536	11,59	4979	8,07
Ambulancia servicio salud	1151	4,72	1496	4,90	2248	3,64
S/d	2398	9,83	2820	9,24	6701	10,86
Total general	24 392	100,00	30 510	100,00	61 685	100,00

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito MINSa DGE

Otro punto a considerar en el caso de las atenciones por emergencia y/o urgencias médicas, es tener una población asegurada. Si bien existe la Ley N° 27604, la misma que indica que todo establecimiento de salud (público y/o privado) brinde atenciones en situación de emergencia de manera obligatoria, el contar con un seguro de salud permite y favorece la continuidad de la atención, así como la repercusión económica de la población.

En el siguiente cuadro se examina la estadística sobre el aseguramiento en salud, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares, hasta el año 2016 el 75.8% de la población contaba con un seguro de salud, teniendo únicamente el Seguro Integral de Salud el mayor porcentaje, 46.3%.(ver Cuadro N° 06)

Cuadro N°06. Perú: Población afiliada por tipos de seguro de salud, Año 2004 – 2016
(Porcentaje respecto del total de población)

Año / Trimestre	Tipos de Seguros			
	Total	Únicamente EsSalud	Únicamente SIS	Con otros seguros 1/
	Indicadores Anuales			
004	37,3	17,4	14,9	5,0
005	36,2	17,3	14,1	4,8
006	38,3	18,6	15,4	4,4
007	42,1	19,6	17,0	5,5
008	53,7	20,1	28,1	5,5
009	60,5	21,2	33,8	5,6
010	63,5	21,6	36,3	5,5
011	64,5	22,7	36,1	5,7
012	61,9	24,4	31,4	6,1
013	65,5	24,4	35,3	5,8
014	69,0	24,6	39,0	5,4
015	73,0	24,5	43,4	5,0
016	75,8	24,4	46,3	5,1

Nota: Los datos anuales corresponden al promedio del año.

1/ Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y/o Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y a la población que tiene dos o más seguros (SIS con EsSalud).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Emergencia y urgencias - perfil del paciente

La condición de paciente tendrá las características de emergencia y/o urgencias, según el tipo de prioridad (I, II, III y IV).

Para la definición de emergencia y urgencia, según la norma técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, se menciona: “por emergencia médica y/o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner un peligro inminente la vida, la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II y urgencias serán los de tipo III y IV.

Se tiene que considerar que los daños en el servicio de emergencias se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

- **Prioridad I:** Gravedad súbita extrema. Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación - Shock Trauma.
- **Prioridad II:** Urgencia mayor. Pacientes potadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones seria, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendido en consultorios de Emergencia.
- **Prioridad III:** Urgencia menor. Pacientes que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes.
- **Prioridad IV:** Patología aguda común. Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.

Cada prioridad presenta una lista de daños según el nivel (I, II, III y IV) de atención, la lista de daños según prioridad de atención, se encuentra en el Anexo 4 de la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencias.

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población Potencial

Al ser un servicio universal (Acceso para toda la población) la población potencial será la población nacional.

Valor	Unidad de Medida
32 495 510*	Personas

* Valor estimado 2019
Fuente: INEI, proyección

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

La cuantificación de la población potencial, se realizará en base a la población nacional, tomando como referencia la población estimada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el año 2019 se cuenta con 32 495 510 habitantes.

La información que se tiene, no proviene de una información clínica de emergencia, sino se basa en el Censo Nacional.

Cuadro N°08. Perú: Población con algún problema de salud (crónico y no crónico), 2011-2016 y estimación para 2019

AÑO	Población potencial
2011	29,797,694
2012	30,135,875
2013	30,475,144
2014	30,814,175
2015	31,151,643
2016	31,488,625
2017	31,826,018
2018*	32,162,184
2019*	32,495,510
Porcentaje de la población	100%
Tasa de crecimiento	0.1%

*Estimación

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares 2004-2019

Por lo tanto se tiene población potencial

Cuadro N°09. Perú: Población potencial para el PP 0104 para el año 2019

TABLA N° 03	
Cuantificación de la población potencial	
Valor	Unidad de Medida
32,495,510	Personas

Elaboración. Ministerio de Salud.

Justificación de la intervención universal

De acuerdo al Decreto Supremo N° 016-2002-SA que aprueba el reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos, define emergencia como, "(...) toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente". Por lo tanto, cualquier ciudadano podría sufrir una situación de emergencia médica, por lo que la intervención pública (PP) es de carácter universal.

2.2.3 Población objetivo

El programa va dirigido al servicio público universal de salud (emergencia y urgencias), la población objetivo y la potencial coinciden, por la siguiente razón: son individuos en inminente peligro por cuestiones patológicas y violencia ciudadana.

Cuadro N°10. Perú: Población Objetivo para el PP 0104 para el año 2019

TABLA N° 04	
Población objetivo	
Valor	Unidad de Medida
32,495,510	Personas

Elaboración. Ministerio de Salud.

2.2.4 Atributos de la población objetivo

Población objetivo en relación a su condición crónica, no crónica, y expuesta a la violencia contra la vida, el cuerpo y la salud.

TABLA N° 05	
Atributo	Población con algún problema de Salud Crónico
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
35.70%*	Porcentaje
Atributo	Población con algún problema de Salud no Crónico
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
31.32%*	Porcentaje
Atributo	Población expuesta a peligros varios
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
30.9%*	Porcentaje

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares 2004-2016; Anuario Estadístico 2017 - Ministerio del Interior

*Estimación en base a los años con información y a la población total del Perú

Dentro del atributo de la población con algún problema de salud crónico, se tiene los siguientes sub atributos:

Atributo	Población con algún problema crónico en zona Urbana
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
22.7%	Porcentaje

Atributo	Población con algún problema crónico en zona Rural
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
18.20%*	Porcentaje

Dentro del atributo de la población con algún problema de salud no crónico, se tiene los siguientes sub atributos:

Atributo	Población con algún problema crónico en zona Urbana
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
29.5%*	Porcentaje

Atributo	Población con algún problema crónico en zona Rural
Valor (Promedio 2011 - 2019)	Unidad de Medida
36.5%*	Porcentaje

Nota técnica : Las estimaciones de los indicadores provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAH0- han sido actualizadas teniendo en cuenta los factores de ponderación estimados en base a los resultados del Censo de Población del 2007, los cuales muestran las actuales estructuras de la población urbana y rural del país. Al segundo trimestre del 2017

*Estimación en base a los años con información y a la población total del Perú

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

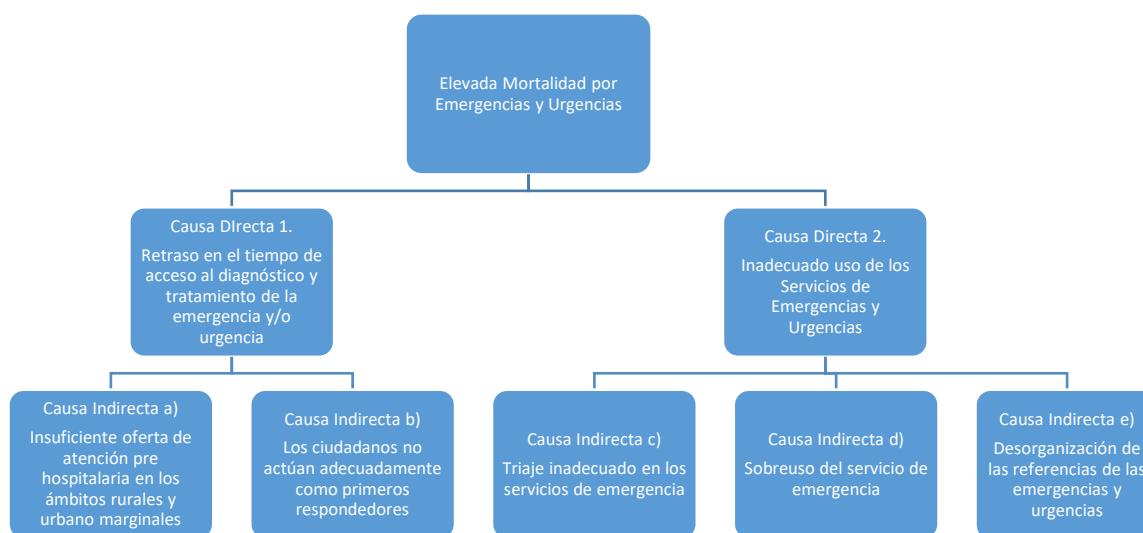
2.3 Causas del problema identificado

2.3.1 Árbol de problemas

La mortalidad por emergencias y urgencias tiene dos causas directas identificadas: Una primera causa son los tiempos para acceder a un servicio de salud que responda a la necesidad de atención por emergencias y urgencias médicas (demoras) y un segundo grupo, muy documentados en la literatura, es la inadecuado uso de los servicios de urgencias y emergencias en los establecimientos de salud.

De las causas directas se identifican las causas indirectas que son: Insuficiente oferta de APH en los ámbitos rurales y urbanos marginales, los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores. Respecto al inadecuado uso de los servicios de Emergencias y Urgencias se tiene como causa indirecta el triaje inadecuado en los servicios de emergencia, sobreuso del servicio de emergencia y la desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias. (Gráfico 11)

Gráfico N° 11. Árbol de problemas



Elaboración. Ministerio de Salud. 2017

Tabla N° 6.1

Descripción de la causa directa 1	Retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia tiene como efecto la elevada mortalidad por emergencias y urgencias
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	Según estudios, aquellos que tienen 4 horas de retraso en el tiempo de acceso al tratamiento incrementan su tasa de mortalidad por emergencias en un 9% (1) También existe evidencia que demuestra el incremento del riesgo de morir en 1.6 veces más, por cada 15 minutos de retraso en el acceso al tratamiento, que transcurren luego de 60 minutos del inicio de la emergencia. (2) El factor tiempo en el acceso al diagnóstico y tratamiento se vincula con el incremento de la mortalidad por emergencias, a mayor retraso en la atención pre hospitalaria, mayor probabilidad de morir. (3)

<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016 y 2017), el tiempo de desplazamiento a EESS en Horas/minutos a nivel nacional corresponde a 0:29, debiendo considerar que a nivel de los CLAS (Comités locales de Administración de Salud, que comprende centros o puestos de salud), el tiempo es mayor, siendo de 0:45 (horas/minutos); y según ámbito urbano y rural, en el primero se cuenta con un tiempo promedio de 0:23 horas/minutos, en comparación del área rural en donde el traslado hacia un establecimiento se realiza en un tiempo promedio de 0:44 horas/minutos. (4)</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>Newby LK, Rutsch WR, Califf RM, Simoons ML, Aylward PE, Armstrong PW, et al.</u> Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. 1996; 27: 1646–55. 2 <u>Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, Granger CB, Criger DA, Betriu A, Topol EJ, Califf RM.</u> Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the global use of strategies to open occluded arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-IIb). trial. Circulation. 1999;100(1): 14–20 3 <u>Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C.</u> Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Presented at the American Association for the Surgery of Trauma 65th Meeting, New Orleans: The American Journal of Surgery; 2009. 197 (1): 30 – 4. 4 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – Junio 2017. Lima: INEI; 2017. N° 3

<p>Descripción de la causa indirecta a)</p>	<p>Insuficiente oferta de atención pre hospitalaria en los ámbitos rurales y urbano marginales</p>
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico</p>	<p>La insuficiente oferta de atención pre hospitalaria en los ámbitos rurales y urbano marginales tiene como consecuencia el retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia esto conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias</p>
<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Según estudios, la insuficiente oferta de atención pre hospitalaria en los ámbitos rurales y urbanos marginales ocasiona un retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia, incrementándose la tasa de mortalidad a un 23.9%.(1) Esta situación vario considerablemente luego de la implementación de un sistema pre hospitalario reduciéndose la mortalidad a un 8.8%.(1) Otro estudio demuestra que el porcentaje de pacientes que fallecieron durante el traslado se redujo a casi la mitad pasando de 8.2% a 4.7%.(2) Un estudio señala que la insuficiente atención pre hospitalaria en entornos rurales se vincula con el retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia/urgencia llegando casi a duplicar el tiempo de 24.8 minutos en entornos urbanos a 42.0 minutos en entornos rurales.(3)</p>

<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>El 73.5% de hogares rurales se trasladan exclusivamente a pie al establecimiento de salud más cercano; asimismo, el 91% acude por cuenta propia para recibir atención médica, demostrando un deficiente servicio de atención pre hospitalario en nuestro país. (4)</p> <p>El tiempo promedio de demora de una persona en llegar al establecimiento de salud es mayor en el área rural (44 minutos) que en la urbana (23 minutos) (5)</p> <p>La población recibió atención de emergencias médicas por parte de los Bomberos en un 1.2% de los casos; frente al 0.6% que fueron atendidos por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) (Gráfico N° 9.4 de la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2016) (4)</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>B1. Estudios cuasi experimentales bien diseñados</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia. The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care. 2002; 54(6): 1188 – 96 2. Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero-Wheatly L, de la Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub F, Jurkovich GJ. Low Cost Improvements in Prehospital Care in a Latin American City. J Trauma, 2000; 48(1): 119-24. 3. Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Presented at the American Association for the Surgery of Trauma 65th Meeting, New Orleans: The American Journal of Surgery; 2009. 197 (1): 30 – 4. 4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016. Lima: INEI; 2017. 5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – Junio 2017. Lima: INEI; 2017. N° 3

<p>Descripción de la causa indirecta b)</p>	<p>Los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores</p>
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico</p>	<p>Una causa de la elevada mortalidad por emergencias y urgencias, es que los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores.</p>
<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Según estudios en los cuales los ciudadanos no actúan como primeros respondedores ante emergencias, se da principalmente por no contar con la capacitación necesaria. (1) Cuando los ciudadanos son capacitados como primeros respondedores, se da un incremento en el tratamiento inmediato de la emergencia, por ejemplo en relación al manejo de la escena del accidente, se pasó de 7% a 35% de respuesta adecuada, en el manejo de la vía aérea se pasó de 2% a 35%, en el control de hemorragia externa se pasó de 4% a 42% y en el entablillado de extremidades lesionadas se pasó de 1% a 16%. (1) Todo esto ocurrió en el 61% de ciudadanos</p>

	<p>capacitados. (1) En tal sentido existe una relación entre la calidad de la atención recibida y la tasa de supervivencia al alta, en el caso de los paros extra hospitalarios, una primera respuesta adecuada y a tiempo reduce la mortalidad en un 30%. (2) Para que se tenga una adecuada respuesta a la emergencia, los primeros respondedores deben llegar a la escena de emergencia en su comunidad local en menos de 10 minutos y fuera de la propia comunidad deben llegar en 20 – 30 minutos, (3) esto reduce el tiempo de acceso al tratamiento de la emergencia lo cual conlleva a una disminución de la mortalidad.</p>
<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>De acuerdo a la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2012-2016; a nivel nacional en el año 2016, solo el 8.2% de los hogares urbanos conocen el número de la central de emergencia de los Bomberos del Perú, siendo la región de la costa la que tiene un mayor porcentaje de hogares urbanos que conoce el número (9.5%), seguido de la sierra (5.8%) y la selva (4.5%). (4)</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>B3. Estudios de cohorte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mock CN et al. Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services. Journal of Trauma. 2002; 53:90–7. 2. Declaración de consenso de la American Heart Association Con el apoyo del American College of Emergency Physicians, Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria. 2014. 3. Kobusingye O, Hyder A, Bishai D, Joshipura M, Romero E, Mock C. Emergency Medical Service. En: Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D et al. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2da ed. New York: The World Bank and Oxford University Press; 2006. p. 1261 - 80. 4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016. Lima: INEI; 2017.

<p>Descripción de la causa directa 2</p>	<p>Inadecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias en los Establecimientos de Salud</p>
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico</p>	<p>El inadecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias en los establecimientos de Salud tiene como efecto la elevada mortalidad por emergencias y urgencias</p>

<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>El uso inadecuado de los servicios de emergencia se refleja en el retraso de las transferencias requeridas por los pacientes. Un estudio determinó que el retraso en la transferencias de los pacientes de emergencia está relacionado con el incremento de la mortalidad, siendo así, que aquellos pacientes que llegaron directamente mostraron una mortalidad de 2.6%, mientras que en el caso de aquellos pacientes transferidos, se dio un incremento de la mortalidad que casi llega a duplicarse con un 5.8%. (1)</p>
<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Desde la perspectiva del personal directivo de los establecimientos de salud, un 33% considera que la atención de las emergencias es el principal problema que enfrentan. (2)</p>
<p>B3. Estudios de cohorte</p>	<p>B3. Estudios de cohorte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fischer PE, Colavita PD, Fleming GP, Huynh TT Delays in transfer of elderly less-injured trauma patients can have deadly consequences. Christmas AB, Sing RF - Am Surg - November 1, 2014; 80 (11): 1132-5 2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015. Lima: INEI; 2015.

<p>Descripción de la causa indirecta c)</p>	<p>Triaje inadecuado en los servicios de emergencia</p>
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico</p>	<p>El triaje inadecuado en los servicios de emergencia tiene como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias</p>
	<p>El uso inadecuado de los servicios de emergencias y urgencias, tienen como causa importante el inadecuado triaje. (1) El inadecuado servicio de emergencias vinculado al triaje se refleja en la sobrepoblación del servicio de emergencias y el incremento en la duración de las estancias de los pacientes lo cual contribuye al hacinamiento. (1) Por el contrario un adecuado triaje reduce los tiempos de estancia del paciente en el servicio de emergencia.</p> <p>En general, las intervenciones con un mejor triaje evaluadas a través de un control de triaje randomizado se asociaron con una reducción promedio de 37 minutos en el tiempo de estancia de los pacientes del servicio de emergencias; (1) Para poner en perspectiva, el ahorro de 30 minutos por paciente que ocurre cuando se realiza adecuadamente el triaje en un servicio de emergencia con atención promedio de 50,000 pacientes al año, podría proporcionar 75 horas de espacio adicional en la camilla por día para pacientes adicionales (1).</p>

<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Del total de pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia, el 52,9% son mujeres. (2)</p> <p>El tiempo promedio de espera para ser atendido en triaje puede llegar hasta 4 horas en el departamento de Puno, mientras que en Lima el promedio que tiene que esperar un paciente es de 15.6 minutos, siendo 20.1 minutos el promedio de espera a nivel nacional, (2) teniendo en cuenta que durante una emergencia cada minuto es vital, los tiempos estimados para acceder al triaje evidencian la problemática.</p> <p>El tiempo promedio de espera para que un paciente pueda ser atendido en triaje varía por región siendo 25.13 minutos en la Costa, 41.49 minutos en la Sierra y 13.18 minutos en la Selva. (2)</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review. Academic Emergency Medicine. 2011; 18:111–20 2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud. Lima: INEI; 2015.

<p>Descripción de la causa indirecta d)</p>	<p>Sobreuso del servicio de emergencia.</p>
<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>El sobreuso del servicio de emergencia tiene como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias lo cual conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias</p>
<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>El inadecuado uso del servicio de emergencias es ocasionado por el sobreuso del servicio, el cual se da en un 63.89% por casos que no corresponden a situaciones de salud urgentes o de emergencia. (1) El sobreuso del servicio de emergencia hace que se incremente el tiempo de espera de los pacientes, no pudiendo brindar un adecuado servicio de emergencia, esto ocasiona un incremento en el riesgo de muerte, el cual se incrementa por cada hora que pasa. (2) (3) (4)</p>
<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>El sobreuso del servicio de emergencia conlleva a los establecimientos de salud, a tener problemas en la admisión de las emergencias. Un 9% de los pacientes reportó que le negaron la atención de emergencia. (5)</p> <p>El 2015 se registraron 164 370 atenciones, edad promedio 57 años (DE 20), femenino (57,5%), que acudieron más por la mañana de los días laborables (predominantemente lunes), frecuencia similar todos los meses excepto en fiestas patrias y navidad. Los promedios diarios de atendidos, admitidos y amanecidos en salas de observación se incrementaron en 49%, 8% y 78%, respectivamente, durante la última década, disminuyendo el promedio de amanecidos en los últimos dos años. El área de atención inicial fue el tópic de medicina 36%, cirugía 21%, traumatología 14%, nefrología 7%, alivio 18% y shock-trauma 4%. Salió de alta 63% de los atendidos.</p> <p>Mortalidad de 0,8%. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron signos mal definidos (dolor abdominal, cefalea y fiebre), problemas genitourinarios y traumatismos menores. Se registraron 22 883 admisiones a salas de emergencia, edad promedio 65 años (DE 19), 58% tenía 65 años o más,</p>

Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	sexo masculino (50,3%), más frecuentes martes entre las 8 y 11 horas y menos frecuente domingos. (6)
	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Andrade Marroquin JP. Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes. Lima: Post Grado Facultad de Medicina – UNMSM; 2002. 2. Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. Ontario: BMJ; 2011. 3. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med 2007; 35(6):1477–83. 4. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust 2006; 184(5):213-6. 5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud. Lima: INEI; 2015. 6. Vásquez R, et al. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Anales de la Facultad de Medicina. 2016; 77 (4): 379-85.

Descripción de la causa indirecta e)	Desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias lo cual conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias.
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	La desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias en los establecimientos de salud trae como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencia, una muestra de ello se refleja en los pacientes en situación de emergencia que son transferidos, con lo cual incrementan en casi 2 veces el riesgo de mortalidad, en comparación con los pacientes que son admitidos directamente (OR = 1.869, CI = 1.233–2.561, P =0.005). (1)
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Desde la perspectiva del personal directivo de los establecimientos de salud, un 12.2% considera que las ambulancias son el principal problema que enfrentan. (2) El 11% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen más de 2 días. (2) El 9.5% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen 2 días. (2) El 18.2% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen 1 día. (2)

<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>El 61.3% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen menos de 1 día. (2)</p>
	<p>C.1.Estudios observacionales con algún control de sesgos</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dharap SB, Kamath S, Kumar V. Does prehospital time affect survival of major trauma patients where there is no prehospital care? J Postgrad Med. 2017 Jul-Sep; 63(3): 169–1752. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015. Lima: INEI; 2015.

3 DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 Resultado Especifico

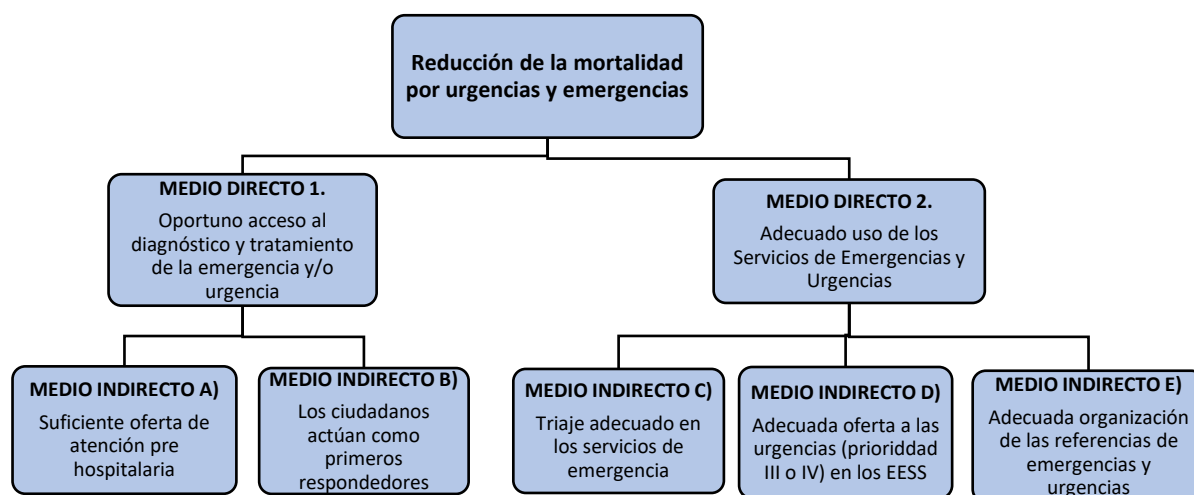
TABLA N° 07	
Resultado específico	
Problema identificado	Resultado específico
Alta tasa de mortalidad por emergencias y urgencias médicas.	Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias
¿A quién beneficiará? (Población objetivo)	A los 32 495 510 millones de peruanos.
¿Cuál es el cambio que se producirá?	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.

Elaboración. Ministerio de Salud

3.2 Análisis de los Medios

Sobre la base del problema identificado y del análisis causal, a continuación se identifica las posibles soluciones a las causas (análisis de los medios).

Gráfico N° 10. Árbol de Medios



Elaboración. Ministerio de Salud.

3.3 Análisis de las Alternativas

A continuación se identifican las posibles y/o actuales intervenciones que permiten viabilizar los medios desarrollados.

TABLA N° 08.a	
Análisis de alternativas	
Descripción del medio 1	Oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia.
Alternativa de intervención 1.1	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas.
Alternativa de intervención 1.2	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia.

Alternativa de intervención 1.3	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.
Alternativa de intervención 1.4	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).
Descripción del medio 2	Adecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias
Alternativa de intervención 2.1	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)
Alternativa de intervención 2.2	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.
Alternativa de intervención 2.3	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.
Alternativa de intervención 2.4	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.

3.3.1 Análisis de las Alternativas de intervención

A continuación se muestra el análisis de la factibilidad y efectividad de las alternativas de intervención.

TABLA N° 08.b	
Análisis de alternativas de intervención	
Alternativa de intervención identificada 1.1	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	La enseñanza de una adecuada práctica de Primeros Auxilios y de soporte vital básico en la comunidad, contribuye a resolver mejor la respuesta. Estos estudios se han evaluado en las Américas en instituciones de educación media y en comunidad en general.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Actualmente se interviene en la capacitación de las y los agentes comunitarios de salud, siendo el eje temático el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años, quedando pendiente el manejo de las emergencias y urgencias, así como la de la referencia comunal.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	C.2. Otros tipos estudios no controlados con una evaluación de los posibles factores contextuales. 1. Jayaraman S, Mabweijano JR, Lipnick MS, Caldwell N, Miyamoto J, Wangoda R, et al First things first: effectiveness and scalability of a basic prehospital trauma care program for lay first-responders in Kampala, Uganda. PLoS ONE. 2009; 4(9)
Alternativa de intervención identificada 1.2	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia médica.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	La implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria se da través de la creación de centros de regulación para la atención telefónica de urgencias y/o emergencias, así como la atención en foco inicial, la coordinación y transporte asistido en unidades móviles para la atención en servicios de emergencias hospitalarios cuyo nivel resolutivo esté de acuerdo a la complejidad del caso.

Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	El desarrollo del SAMU se ha venido dando desde el 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional, el que cuenta con una central de regulación de urgencias y emergencias para la atención pre hospitalaria.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>B.3. Estudios de cohorte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infinger A, Studnek JR, Hawkins E, Bagwell B, Swanson D. Implementation of prehospital dispatch protocols that triage low-acuity patients to advice-line nurses. Prehospital Emergency Care. 2013; 17(4): 481-5
Alternativa de intervención identificada 1.3	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	La implementación de una plataforma de comunicación que permita un servicio más preciso en la coordinación de los despachos y las referencias en situaciones de urgencia o emergencia
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Se cuenta con SAMU, el cual viene ejecutando el servicio.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>C.1.Estudios observacionales con algún control de sesgos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, et al. Key performance indicators' assessment to develop best practices in an Emergency Medical Communication Centre. European journal of emergency medicine. 2017.
Alternativa de intervención identificada 1.4	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Intervención diseñada para para brindar el servicio de APH y de ser necesario el servicio de transporte asistido, a través de la interacción de un sistema de referencia, información, recursos humanos, materiales e insumos, recursos económicos y participación pública, con base en las necesidades de la comunidad, de acuerdo con leyes y reglamentos establecidos.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	El desarrollo del SAMU se ha venido dando desde el 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>C.7. Sistematización de registros administrativos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lu TC, Chen YT, Ko PC, Lin CH, Shih FY, Yen ZS, et al. The demand for prehospital advanced life support and the appropriateness of dispatch in Taipei. Resuscitation. 2006; 71 (2): 171-9

	<p>2. Kleindorfer DO, Lindsell CJ, Broderick JP, Flaherty ML, Woo D, Ewing I, et al. Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack: do poorer patients have longer delays from 911 call to the emergency department? Stroke. 2006; 37(6): 1508-13</p>
Alternativa de intervención identificada 2.1	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Consiste en el funcionamiento de una oferta de servicios diferenciados tanto intrahospitalarios como comunitarios (ubicados en zonas prioritarias de mayor concurrencia del ámbito territorial de los establecimientos de primer nivel), con atención en forma oportuna y accesible a una población con necesidad de atención de procesos de urgencia médica. Tiene la finalidad de descongestionar las atenciones de emergencias, y así mejorar la eficiencia y eficacia de estos servicios.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	No se está realizando esta actividad
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>C.2. Otros tipos estudios no controlados con una evaluación de los posibles factores contextuales</p> <p>1. Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44(4):175-9</p>
Alternativa de intervención identificada 2.2	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	<p>La atención de urgencias y emergencias es una actividad fundamental en los establecimientos de salud, que se ha de realizar en un ambiente adecuado, y ha de ser llevado a cabo por profesionales calificados y entrenados.</p> <p>El proceso inicia con el desarrollo del triaje lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o emergencia para la priorización de la asistencia. Los pacientes de la prioridad I y II serán estabilizados y derivados a establecimientos de mayor complejidad y las urgencias de prioridad III y IV serán diagnosticados y tratados en el establecimiento.</p>
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Se viene ejecutando de manera no estructurada y no en todos los establecimientos de primer nivel.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>C.2. Otros tipos estudios no controlados con una evaluación de los posibles factores contextuales.</p> <p>1. Rautava VP, Palomäki E, Innamaa T, Perttu M, Lehto P, Palomäki A. Improvement in self-reported confidence in nurses' professional skills in the</p>

	emergency department. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2013; 21: 16
Alternativa de intervención identificada 2.3	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Intervención diseñada para el fortalecimiento de un adecuado transporte asistido de los pacientes entre establecimientos de salud (referencias de urgencias y emergencias interhospitalarios) y el adecuado transporte asistido de los pacientes desde el lugar de la emergencia (fuera del establecimiento) a un establecimiento con capacidad resolutive (referencia pre hospitalaria) para garantizar la continuidad de la atención, a través de la interacción de una red de ambulancias, comunicación, recursos humanos, materiales e insumos, recursos económicos. Su implementación se da a través de la coordinación y transporte asistido en las unidades móviles a los servicios de emergencia hospitalarios.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	El desarrollo del Sistema de Referencias se ha venido dando desde el año 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>B.3. Estudios de cohorte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wang TY, Nallamothu BK, Krumholz HM, Li S, Roe MT, Jollis JG, Jacobs AK, Holmes DR, Peterson ED, Ting HH. <i>Association of door-in to door-out time with reperfusion delays and outcomes among patients transferred for primary percutaneous coronary intervention.</i> JAMA. 2011; 305(24): 2540-7 2. Miedema MD, Newell MC, Duval S, Garberich RF, Handran CB, Larson DM, Mulder S, Wang YL, Lips DL, Henry TD. <i>Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction.</i> Circulation. 2011; 124(15): 1636-44.
Alternativa de intervención identificada 2.4	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Intervención que se constituye en el mejoramiento de los servicios críticos hospitalarios del ámbito de intervención del Programa, la cual consiste en mejorar los servicios de emergencia, Centro Quirúrgico y Cuidados Intensivos; es decir implica la prestación de servicios de mayor calidad a los usuarios en situación de emergencia y/o urgencia. Así mismo de acuerdo a la situación actual dicha intervención puede incluir la creación, ampliación, recuperación y/o remodelación de los servicios de emergencia, cuidados intensivos y sala de operaciones la cual está orientada a incrementar la capacidad de los servicios para atender a nuevos usuarios, es decir se incrementa la cobertura del servicio.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Se viene ejecutando parcialmente, la cobertura aún es insuficiente debido al déficit en los componentes de infraestructura y recursos humanos

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>B.3. Estudios de cohorte</p> <p>1. Ghoshhajra BB, Takx RAP, Staziaki PV, Vadvala H, Kim P, Neilan TG, et al. Clinical implementation of an emergency department coronary computed tomographic angiography protocol for triage of patients with suspected acute coronary syndrome. European radiology. 2017; 27 (7): 2784-93</p>
--	--

TABLA N° 08.c						
Medio 1. Oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de las emergencias y urgencias.		El medio permite garantizar la atención inmediata de las emergencias y urgencias individuales y masivas en los ámbitos urbanos y rurales.				
ID	Alternativa de Intervención	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Calificación	Alternativa Seleccionada
01	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas.	1	1	2	75.0	x
02	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia.	1	2	1	60.0	x
03	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.	1	1	1	100.0	x
04	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).	1	1	1	100.0	x
Medio 2. Adecuado tratamiento definitivo de las emergencias y urgencias.		El medio permite la solución definitiva de las emergencias y urgencias en los establecimientos de salud.				
ID	Alternativa de Intervención	Viabilidad	Eficiencia	Eficacia	Calificación	Alternativa Seleccionada
01	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)	1	2	2	50.0	x

02	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.	1	1	1	100.0	x
03	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.	1	1	1	100.0	x
04	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.	1	1	1	100.0	x

3.4 Transición de las alternativas al producto

Sobre la base de las intervenciones seleccionadas de acuerdo al análisis de efectividad de las alternativas, éstas se agrupan en productos de la siguiente forma:

TABLA N°09					
Transición de las alternativas al producto					
Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
01	Oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	01	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias.	01	POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS
		02	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia.	02	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN EL CENTRO REGULADOR
		03	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.	03	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA
		04	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).	04	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA
02	Adecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias	05	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)	05	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA
		06	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.	06	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL

		07	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.	07	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
		08	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.		

Tabla N° 10 Modelo Operacional del Producto

Tabla N° 10

Denominación del Producto 01:	ATENCIÓN MEDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN EL CENTRO REGULADOR CODIGO: 3000684					
Grupo Poblacional que recibe el producto	Población en situación de emergencias y urgencias que solicita atención médica telefónica.					
Responsable del Diseño del Producto:	Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto:	Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU) y SAMU Direcciones Regionales de Salud (Diresa) Gerencias Regionales de Salud (Geres)					
Identifique los niveles de gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de atenciones médicas telefónicas en la central de regulación de urgencias y emergencias					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias que requiere atención médica por vía telefónica.</p> <p>El producto comprende principalmente “el servicio de atención médica telefónica de emergencias y urgencias en la central de regulación”. Se realiza a través de la atención médica telefónica, mediante la recepción, discriminación y/o derivación de las llamadas de emergencias y urgencias al médico regulador para su triaje y priorización. Estará a cargo de un operador y del médico regulador de la central de regulación urgencias y emergencias.</p> <p>El producto se entrega en la central de regulación de urgencias y emergencias.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de dos (2) actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Servicio de atención de llamadas telefónicas al número "106, es la primera etapa del proceso, donde se recepciona y determina la pertinencia de la llamada. 2. La atención médica telefónica de la urgencia o emergencia, comprende la evaluación y priorización de la llamada por parte del médico regulador determinando de ser necesario el despacho de la unidad móvil o brindando orientación médica y/o consejería, según el caso lo requiera. 					

Denominación del Producto 01:	ATENCIÓN MEDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN EL CENTRO REGULADOR CODIGO: 3000684
2.-Organización para la entrega del producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las mejoras, revisiones o rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Asistencia técnica y monitoreo para la implementación y desarrollo del producto. - Elaboración de guías, instructivos, entre otros, para el desarrollo del producto. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
3.- Criterios de programación	<p>1. Para aquellas Regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento de un año a más:</p> <p>Programar el 100% de las llamadas recibidas en el centro regulador el año anterior.</p> <p>2. Para aquellas Regiones que implementaran la Central de Regulación o tienen funcionamiento menos de un año:</p> <p>Programar la cantidad de llamadas proyectadas a recibir en el centro regulador según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
4.- Método de agregación de actividades a producto	Actividad: Servicio de atención de llamadas de emergencia médicas "106"
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 02	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL Y COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA CODIGO: 3000685					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación de emergencias y/o urgencias que generó la llamada y requiere Atención Pre Hospitalaria (APH) y/o coordinaciones para concretar su traslado asistido a una IPRESS de igual o mayor nivel y/o SMA.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU) Direcciones Regionales de Salud (Diresa) Gerencias Regionales de Salud (Geresa) Hospitales e Institutos que son unidades ejecutoras.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Productos	Número de despachos realizados en la central de regulación de urgencias y emergencias.					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias que requieran Atención Pre hospitalaria (APH) y/o transporte asistido.</p> <p>El producto comprende principalmente el desplazamiento de la unidad móvil al lugar de la emergencia y de ser el caso, la coordinación de la referencia pre hospitalaria.</p> <p>El producto se entrega en la central de regulación de urgencias y emergencias.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de dos (2) actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio de despacho de la unidad móvil, a cargo del despachador de la central de regulación de urgencias y emergencias quien por indicación del médico regulador activa una ambulancia e indica su desplazamiento al lugar de la emergencia, realizando el seguimiento y el control de los tiempos de desplazamiento de la ambulancia. 2. Coordinación y seguimiento de la referencia, a cargo de la central de regulación de urgencias y emergencias con los establecimientos de salud garantizando la continuidad de la atención según la condición clínica del paciente. 					

Denominación del Producto 02	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL Y COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA CODIGO: 3000685
2.- Organización para la entrega del producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Asistencia técnica y monitoreo para la implementación y desarrollo del producto. - Elaboración de guías, instructivos, entre otros, para el desarrollo del producto. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>1. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p>2. Redes, Hospitales e Institutos (Coordinación de la referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
3.- Criterios de programación	<p>1. Para aquellas Regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento de un año a más:</p> <p>Programar el 100% de despachos de unidad móvil realizados el año anterior.</p> <p>2. Para aquellas Regiones que implementaran la Central de Regulación o tienen funcionamiento menos de un año:</p> <p>Programar la cantidad de despachos de unidad móvil proyectadas a realizar según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
4.- Método de agregación de actividades a producto	Actividad: Despacho de la unidad móvil SAMU
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 03	ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA CODIGO: 3000799					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación de emergencias y/o urgencias que recibe atención pre hospitalaria.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU) y SAMU Direcciones Regionales de Salud (Diresa) Gerencias Regionales de Salud (Geresa) Redes – IPRESS					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Productos	Número de atenciones pre hospitalarias					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias que requiere de atención pre hospitalaria.</p> <p>El producto comprende principalmente el servicio de atención pre hospitalaria, y/o transporte asistido mediante el servicio de salvamento y atención médica. Se realiza a través del servicio de APH y/o ambulancia (transporte asistido primario) a través de unidades terrestres, aéreas o acuáticas; las que cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención en el lugar de la emergencia y de requerir transporte asistido a un establecimiento de salud previa coordinación con la central de regulación de urgencias y emergencias.</p> <p>Estará a cargo del equipo de profesionales de salud que realiza la APH (médico, enfermera y/o técnico de enfermería y piloto.) El producto se entrega en el lugar de la emergencia y/o urgencia (casa, lugar de trabajo, etc.).</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de la atención pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia, con el objetivo de brindar APH oportuna a la persona en situación de urgencia y/o emergencia y de ser necesario, el transporte asistido a un establecimiento de salud.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de dos (2) actividades:</p> <p>Atención Pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual. Atención Pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva.</p>					

Denominación del Producto 03	ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA CODIGO: 3000799
<p>2.- Organización para la entrega del producto</p>	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza y propone las mejoras necesarias para la ejecución de la actividad, promoviendo la articulación de los diferentes actores. • Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad. • Consolida, analiza y administra la información reportada por las IPRESS a sus DIRESA/ GERESA/ DIRIS o su equivalente relacionado al desarrollo de la actividad • Fomenta y participa en el fortalecimiento de capacidades del personal a nivel nacional. • Monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ UE/ IPRESS que desarrollan la actividad. <p>2. DISAMU/SAMU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa las metas físicas según los criterios establecidos. • Gestiona el buen estado de los equipos, disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales necesarios para brindar la atención. • Fortalece las competencias y habilidades técnicas del personal de salud en la atención pre hospitalaria. • Registra, consolida y reporta al Ministerio de Salud la actividad realizada. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>3. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento tecnológico y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>1. IPRESS o SMA con un Año Mínimo de Operatividad en APH.</p> <p>Programar el 100% de las atenciones realizadas por APH el año anterior más un 5% de incremento.</p> <p>2. IPRESS o SMA con Menos de un Año de Operatividad en APH o por Implementar</p> <p>Programar el número de atenciones por APH proyectadas a realizar según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>

Denominación del Producto 03	ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA CODIGO: 3000799
4.- Método de agregación de actividades a producto	Actividad: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 04	POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS CODIGO: 3000800					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Agentes Comunitarios en Salud, Promotores de la Salud, Líderes Comunales y personal de las Instituciones que actúan como primer respondedor frente a emergencias y urgencias.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU - SAMU) Direcciones Regionales de Salud (Diresa) Gerencias Regionales de Salud (Geresa) Redes de Salud					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Productos	Número de personas					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>La actividad comprende el fortalecimiento de capacidades al ciudadano frente a la situación de emergencias y/o urgencias.</p> <p>Se desarrolla mediante cursos y/o talleres a favor de los ciudadanos en zonas rurales o urbanas, priorizando la participación de agentes comunitarios, promotores de salud, líderes, y otros actores sociales de primera respuesta.</p> <p>Esta actividad es realizada por personal de salud y/o profesionales capacitados en atención de emergencias y/o urgencias, que laboren en el Sector Salud.</p> <p>La actividad se ejecuta en los espacios establecidos por la institución que entrega la actividad.</p> <p>Proceso mediante el cual se ejecuta la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los actores de la comunidad. (Mapa de Actores) - Formulación y aprobación del plan de capacitación anual. - Coordinar con actores estratégicos de la comunidad, para desarrollar e implementar un cronograma de capacitación. - Desarrollo de cursos y/o talleres de capacitación en los siguientes temas prioritariamente: <ul style="list-style-type: none"> o Primeros Auxilios o Reanimación Cardiopulmonar Básico o Primer contacto y traslado de pacientes o Atención y funcionamiento de los sistemas de emergencia (números de emergencia) o Información básica del servicio de Atención Pre Hospitalaria en la atención de las emergencias o urgencias. o Información básica de los servicios que brindan las IPRESS y su relación con la comunidad en la atención de las emergencias o urgencias o Referencia comunal o ciudadana - Informe de cumplimiento del Plan de Capacitación 					

Denominación del Producto 04	POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS CODIGO: 3000800
2.- Organización para la entrega del producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Elabora documentos técnicos, guías, protocolos para la implementación de la actividad. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a los gobiernos regionales (DIRESA y redes) frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con los EESS y los gobiernos regionales (DIRESA y redes) para la entrega del producto. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>1. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con las Redes de salud, para la entrega del producto. <p>2. Redes de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con los EESS y los gobiernos locales para la entrega del producto.
3.- Criterios de programación	<p>Programar el 50% del número de actores priorizados en comunidades donde se identifican más de 40 actores mapeados en la jurisdicción de la IPRESS.</p> <p>O el 100% en comunidades donde el número de actores sea menor o igual a 10 en la jurisdicción de la IPRESS.</p> <p>Fuente de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mapa de actores de la IPRESS - RED.
4.- Método de agregación de actividades a producto	Actividad: Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 05	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL CODIGO: 3000801					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Pacientes que requieren transporte asistido vía aérea, terrestre o acuática y se encuentran en situación de emergencia o urgencia.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (SAMU). DIRESA/GERESA con establecimiento de Salud. Redes de Salud. Hospitales e Institutos.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Producto	Número de transportes asistidos terrestres, aéreos o acuáticos realizados.					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	<p>Producto dirigido a la población en situación de emergencias o urgencias que requiere transporte asistido.</p> <p>El producto comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de transporte de la emergencia desde un establecimiento de salud a otro. • El servicio de transporte de la urgencia de un establecimiento de salud hacia un servicio médico de apoyo para el diagnóstico o tratamiento especializado. <p>Se realiza a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas, acreditadas y tipificadas según normatividad vigente, previamente coordinado y con aceptación del establecimiento de salud de destino.</p> <p>La entrega de este producto se realiza por un profesional de salud capacitado según normatividad vigente.</p> <p>El producto se entrega durante el desplazamiento del paciente según el tipo de transporte.</p> <p>El proceso de entrega se realiza a través de dos (02) actividades de transporte, previa coordinación y aceptación del Establecimiento de Salud de destino:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El transporte asistido de la emergencia, desde un establecimiento de salud a otro, con mayor capacidad resolutive. 2. El transporte asistido de la urgencia, desde un establecimiento de salud hacia un servicio médico de apoyo para el diagnóstico y/o tratamiento especializado. 					

Denominación del Producto 05	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL CODIGO: 3000801
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional:</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Contratación de personal para la atención del transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles. - Adquisición de unidades móviles equipadas. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa con EESS, Redes de Salud, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles. - Adquisición de unidades móviles equipadas.
Criterios de Programación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Programar el 100% de traslados terrestres/aéreos/acuáticos registrados el año anterior. <p>Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud</p>
Método de Agregación de actividades a Producto	Actividad: Servicio de transporte asistido de la emergencia.
Flujo de Procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD CODIGO: 3000686					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población que es atendida en un Establecimiento de Salud por una emergencia o urgencia.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud.					
Responsable de la Entrega del Producto	DIRESA/GERESA con establecimiento de salud. Redes de Salud. Hospitales e Institutos.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Producto	Número de atenciones de emergencia y urgencia					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I según norma técnica					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	<p>Producto dirigido a la población que es atendida en un Establecimiento de Salud por una emergencia o urgencia desde el I Nivel de atención.</p> <p>El producto comprende principalmente la entrega de servicios de atención médica de urgencias y emergencias en los Establecimientos de Salud desde el I nivel de atención. Se realiza a través del servicio de atención médica, mediante la atención en el servicio de triaje donde se establece la prioridad de la Emergencia según norma técnica, y su posterior ingreso a los servicios de trauma shock, sala de observación de emergencia, centro quirúrgico, cuidados críticos y/u otro servicio de emergencia o urgencia médica especializada.</p> <p>La entrega de este producto estará a cargo de los profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos, etc.) que participan en la atención de la emergencia y/o urgencia, según normatividad vigente.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de 6 actividades :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de la emergencia y urgencia básica 2. Atención de triaje 3. Atención de la emergencia especializada 4. Atención de la emergencia de cuidados intensivos 5. Atención de la emergencia quirúrgica 6. Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados 					
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MINSA <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. (incluir aspectos normativos, operativos, entre otros) - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. 					

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD CODIGO: 3000686
	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Personal Médico especializado, Lic. de Enfermería c/s especialización, Técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa con establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Personal Médico especializado, Lic. de Enfermería c/s especialización, Técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>3. Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencias y urgencias de los establecimientos. - Personal Médico especializado, Lic. de Enfermería c/s especialización, Técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencias y urgencias de los establecimientos. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
<p>Criterios de Programación</p>	<p>La programación de la meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de las actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de la emergencia y urgencia básica - Atención de la emergencia y urgencia especializada

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD CODIGO: 3000686
Método de Agregación de actividades a Producto	Sumatoria de las actividades: Atención de la emergencia y urgencia básica Atención de la emergencia y urgencia especializada.
Flujo de Procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 07	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CODIGO: 3000290					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación de urgencias (Prioridad III y IV) en lugares donde exista aglomeración de personas.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	Dirección Ejecutiva de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU - SAMU) Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) con establecimientos de salud asignados. Redes de Salud					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Producto	Número de atenciones de urgencias (prioridad III o IV)					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria.					

Modelo operacional del producto

Definición Operacional	<p>La actividad consiste en la atención pre hospitalaria, brindado a la población en situación de urgencias que participa en un evento masivo. Para lo cual se realiza la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo preliminar del paciente.</p> <p>Esta actividad es desarrollada por personal de salud asistencial con competencias en la atención de emergencias y urgencias. Los equipos podrán estar conformados según el plan de acción elaborado.</p> <p>La atención se realiza en el lugar del evento con asistencia masiva, la cual ha sido programada y/o notificada.</p> <p>La actividad inicia con la respuesta ante la alerta de una situación de emergencia o urgencia de una o más personas que presentan alteración de su estado de salud durante el desarrollo de un evento masivo; o el ingreso directo de estas al punto de atención. Continúa con la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo, y finaliza con el egreso o el traslado del paciente a una IPRESS para la continuidad de su atención, en caso amerite.</p>
------------------------	---

Denominación del Producto 07	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CODIGO: 3000290
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. - Atención médica en módulos de atención ambulatorio en lugares donde existe concentración de personas. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa/ DIRIS con establecimientos bajo su administración y Redes de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. - Atención médica en módulos de atención ambulatorio en en lugares donde existe concentración de personas. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>1. IPRESS, SMA y/o UE que ha realizado la actividad el año anterior.</p> <p>Programar el 100% de atenciones realizadas el año anterior.</p> <p>2. IPRESS, SMA y/o UE que no ha realizado la actividad el año anterior</p> <p>Programar el número de atenciones proyectadas a realizar según plan de intervención.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de atenciones realizadas. Plan de Intervención.</p>
Método de Agregación de actividades a Producto	Actividad: Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria
Flujo de Procesos	Anexo N° 2

Denominación del Producto 08	ACCIONES COMUNES CÓDIGO 3000001					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Autoridades y personal de salud que conducen el proceso de implementación del Programa Presupuestal 104 según nivel de gobierno.					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud					
Responsable de la Entrega del Producto	- Ministerio de Salud – Responsable Técnico del Programa Presupuestal DIGTEL - Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU - SAMU) - Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA) - DIRIS, Redes, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Producto	Número de informes de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal.					
Indicador de Desempeño del Producto	-					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	<p>Autoridades y personal de salud que conducen la implementación del Programa Presupuestal 104 en la Administración Central del MINSA (Responsable Técnico del PP), Dirección Ejecutiva de Servicio de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Redes, DIRIS y Hospitales que son unidades ejecutoras.</p> <p>El producto comprende principalmente gestión y conducción de la implementación del Programa Presupuestal 0104. Se realiza a través las acciones ejecutadas por los equipos de gestión nacional y regional, responsables de la rectoría, gestión y conducción de la implementación del Programa y se realiza mediante el monitoreo, supervisión y evaluación del avance de implementación del programa con el objetivo de verificar la calidad de los procesos de gestión (indicadores), organización y entrega de productos, grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local.</p> <p>La entrega de este producto estará a cargo de las autoridades y personal de salud que conducen el proceso de implementación del Programa Presupuestal 104.</p> <p>El producto se entrega en la Administración Central del MINSA - DIGTEL (Responsable Técnico del PP), Dirección Ejecutiva de Servicio de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Redes y Hospitales que son unidades ejecutoras.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza través de 3 actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal 2. Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias 3. Asistencia técnica y capacitación 					

Denominación del Producto 08	ACCIONES COMUNES CÓDIGO 3000001
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Adquisición de materiales de oficina y escritorio. - Pasajes y viáticos, servicios diversos (talleres, reuniones técnicas, otros) - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. DIRESA/ GERESA/ DIRIS o su equivalente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Adquisición de materiales de oficina y escritorio. - Pasajes y viáticos, servicios diversos (talleres, reuniones técnicas, otros) - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p>3. Redes, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Adquisición de materiales de oficina y escritorio. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	<p>MINSA Cuatro (4) informes anuales de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal:</p> <p>1 Informe semestral de supervisión 2 Informes trimestrales de monitoreo (1° y 3°) 1 Informe anual de evaluación</p> <p>DIRIS/ GERESA/ DIRESA 4 Informes de supervisión (Se programara el 25% de las unidades ejecutoras de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de unidades ejecutoras supervisadas en el ejercicio presupuestal.</p> <p>4 Informes de monitoreo (1 por trimestre) del 100% de las unidades ejecutoras 1 Informe de evaluación anual del 100% de las unidades ejecutoras</p> <p>DISA/RED 4 Informes de supervisión (Se programara el 25% de las IPRESS de categoría I3 y I4 de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de las IPRESS</p> <p>12 Informes de monitoreo (1 por mes) que consolide el 100% de las IPRESS de la jurisdicción</p> <p>Fuente: Registro de Unidades Ejecutoras.</p>
Método de Agregación de actividades a Producto	Actividad: Monitoreo, supervisión y evaluación del programa.
Flujo de Procesos	Anexo N° 2

3.5 Actividades, tareas e insumos

Las actividades para cada uno de los productos identificados se listan a continuación:

Tabla 11. Productos y actividades del PP 104-2019

Denominación del producto 1	Atención Medica Telefónica de la Emergencia y Urgencia en la central de regulación
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de la emergencia y urgencia al "106"
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia
Denominación del producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia
Denominación del producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva
Actividad 3.1	Servicio de atención pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual
Actividad 3.2	Atención pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva
Denominación del producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas
Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencia y urgencias individuales y masivas
Denominación del producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia
Denominación del producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud
Actividad 6.1	Atención de la emergencia y urgencia básica
Actividad 6.2	Atención de triaje
Actividad 6.3	Atención de la emergencia y urgencia especializada
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica
Actividad 6.6	Atención ambulatorias de urgencias (prioridad III y IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados

Denominación del producto 7		Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria
Actividad 7.1	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	
Denominación de Acciones comunes		
Actividad 8.1	Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal	
Actividad 8.2	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalarias y emergencias	
Actividad 8.3	Asistencia técnica y capacitación	

Tabla N° 12

MODELO OPERACIONAL DE ACTIVIDAD

Denominación del Actividad 1.1	SERVICIO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA AL “106”. CODIGO: 5002792					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Comprende la atención de la llamada telefónica que ingresa a la Central de Regulación, por parte de la población que requiere un servicio salud y se encuentra en situación de emergencia y/o urgencia.</p> <p>Está a cargo de un operador capacitado en atención de llamadas por emergencias y urgencias.</p> <p>La actividad se entrega vía telefónica del centro de regulación.</p> <p>El operador recepciona la llamada telefónica efectuada. Posteriormente, registra los datos básicos del notificante y del paciente incluyendo el número de su Documento Nacional de Identidad (DNI). Discrimina las llamadas que requieren atención médica y las derivan al médico regulador.</p>					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. 					
Criterios de Programación	<p>1. Para aquellas Regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento de un año a más:</p> <p>Programar el 100% de las llamadas recibidas en el centro regulador el año anterior.</p> <p>2. Para aquellas Regiones que implementaran la Central de Regulación o tienen funcionamiento menos de un año:</p>					

Denominación del Actividad 1.1	SERVICIO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA AL “106”. CODIGO: 5002792
	<p>Programar la cantidad de llamadas proyectadas a recibir en el centro regulador según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación del Actividad 1.2	ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA CODIGO: 5002793					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Comprende la atención médica telefónica que ingresa a la Central de Regulación, derivada por el operador previa evaluación.</p> <p>Está a cargo de un médico con competencias en atención de emergencias y urgencias.</p> <p>La actividad se entrega vía telefónica desde el centro de regulación.</p> <p>El medico recepciona la llamada telefónica derivada del operador. Analiza, evalúa y decide la necesidad de brindar la consejería y orientación médica a la situación de emergencia y/o urgencia. A su vez, de ser necesario, realiza la coordinación y autorización para el despacho de la unidad móvil.</p>					
Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa:</p>					

Denominación del Actividad 1.1	SERVICIO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA AL “106”. CODIGO: 5002792
	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>1. Para aquellas Regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento de un año a más:</p> <p>Programar el 100% de llamadas atendidas por el médico del centro regulador el año anterior.</p> <p>2. Para aquellas Regiones que implementaran la Central de Regulación o tienen funcionamiento menos de un año:</p> <p>Programar la cantidad de llamadas proyectadas a recibir en el centro regulador según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación del Actividad 2.1	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU CODIGO: 5002794					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias, que requiere una atención en foco y/o traslado a una IPRESS.</p> <p>Estará a cargo del Despachador de la Central de Regulación, con competencias en atención de emergencias y/o urgencias; así como, un alto conocimiento de la accesibilidad geográfica del ámbito de intervención.</p> <p>Se realiza en el lugar de despacho de la unidad móvil de manera remota.</p> <p>El proceso inicia cuando el despachador de la Central de Regulación activa una ambulancia e indica su desplazamiento al lugar de la emergencia (foco), luego realiza el seguimiento y el control de los tiempos de desplazamiento de la ambulancia.</p>					

Denominación del Actividad 2.1	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU CODIGO: 5002794					
Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. 					
Criterios de Programación	<p>1. Para aquellas Regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento de un año a más:</p> <p>Programar el 100% de despachos de unidad móvil realizados el año anterior.</p> <p>2. Para aquellas Regiones que implementaran la Central de Regulación o tienen funcionamiento menos de un año:</p> <p>Programar la cantidad de despachos de unidad móvil proyectadas a realizar según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>					
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD					
Listado de Insumos	Se adjunta en CD					

Denominación del Actividad 2.2	COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA CODIGO: 5005140					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						

Denominación del Actividad 2.2	COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA CODIGO: 5005140
Definición Operacional	<p>La actividad consiste en realizar la coordinación y/o seguimiento de la referencia para la atención del paciente que se encuentra en situación de emergencia y/o urgencia, que requiere una cartera de servicios complementaria.</p> <p>Para lo cual, se realizan llamadas (telefónicas, radiales), envío de correos electrónicos, coordinación vía online; entre la IPRESS y/o Servicio Médico de Apoyo (SMA) y la receptora de la referencia.</p> <p>Está a cargo del personal (administrativo y/o asistencial) de las unidades de referencias de las IPRESS, en articulación a la Central de Regulación o a través de esta última cuando se trate de atenciones pre hospitalarias.</p> <p>La actividad es realizada en la Unidad de Referencia y/o UPSS de Emergencia y/o Centro Regulador.</p> <p>La actividad se inicia con la recepción de la solicitud de referencia realizada por el médico tratante o responsable de la atención; siendo remitida a la IPRESS y/o Servicio Médico de Apoyo (SMA) que cuenta con la capacidad resolutive y/o cartera de servicios para la atención del paciente. Se registra el número de coordinaciones realizadas y finaliza con la aceptación de la referencia.</p>
Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Implementación de la Unidad de Referencia de Urgencias y Emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de urgencias y emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p>3. Redes, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Unidad de Referencia de Urgencias y Emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.

Denominación del Actividad 2.2	COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA CODIGO: 5005140
Criterios de Programación	Programar el 100% de referencias aceptadas realizadas el año anterior. Fuente: Informe de los CRUE, DIREAS y GERESAS y unidades de referencias de redes, hospitales e institutos.
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 3.1	SERVICIO DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL CODIGO: 5005896					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Actividad dirigida a la población en situación de emergencias o urgencias, que requiere atención pre hospitalaria.</p> <p>Comprende el conjunto de actividades, procedimientos y tratamiento, encaminadas a prestar atención a las personas que presentan una condición de urgencia o emergencia en su salud; con el objetivo de preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez o muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en una IPRESS.</p> <p>La atención pre hospitalaria individual está a cargo del personal de salud (médico, enfermera, técnico de enfermería) y piloto de ambulancia, con competencias en soporte vital básico y avanzado, atención de urgencias y emergencias, y otras complementarias.</p> <p>El servicio se brinda en el lugar de la emergencia y/o urgencia (foco), así como en la unidad de transporte durante el traslado del paciente que lo requiera.</p> <p>La actividad se inicia con la evaluación de la condición clínica del paciente, a fin de definir si esta se resuelve en el lugar de atención (foco) o la necesidad de ser trasladado a una IPRESS, previa coordinación con la Central de Regulación y la IPRESS de destino.</p> <p>Dicho traslado se realiza a través de la unidad de transporte terrestre, aéreo y/o acuático, que cuenta con equipamiento, productos farmacéuticos, materiales biomédicos y recursos humanos.</p>					
Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>4. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza y propone las mejoras necesarias para la ejecución de la actividad, promoviendo la articulación de los diferentes actores. • Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad. 					

Denominación de la Actividad 3.1	SERVICIO DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL CODIGO: 5005896
	<ul style="list-style-type: none"> • Consolida, analiza y administra la información reportada por las IPRESS a sus DIRESA/ GERESA/ DIRIS o su equivalente relacionado al desarrollo de la actividad • Fomenta y participa en el fortalecimiento de capacidades del personal a nivel nacional. • Monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ UE/ IPRESS que desarrollan la actividad. <p>5. DISAMU/SAMU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa las metas físicas según los criterios establecidos. • Gestiona el buen estado de los equipos, disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales necesarios para brindar la atención. • Fortalece las competencias y habilidades técnicas del personal de salud en la atención pre hospitalaria. • Registra, consolida y reporta al Ministerio de Salud la actividad realizada. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>6. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento tecnológico y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>1. IPRESS o SMA con un Año Mínimo de Operatividad en APH.</p> <p>Programar el 100% de las atenciones realizadas por APH el año anterior más un 5% de incremento.</p> <p>2. IPRESS o SMA con Menos de un Año de Operatividad en APH o por Implementar</p> <p>Programar el número de atenciones por APH proyectadas a realizar según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 3.2	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA CODIGO: 5005897					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias, que requiere atención pre hospitalaria.</p> <p>La Atención Pre hospitalaria comprende la evaluación, estabilización, manejo de la condición clínica y transporte que se prestan en situaciones con múltiples víctimas antes de su ingreso a una IPRESS.</p> <p>La actividad está a cargo de profesionales de la salud: médico, enfermera y técnico de enfermería; con competencias en soporte vital básico y avanzado de vida, atención de urgencias y emergencias, y/o afines.</p> <p>La actividad será desarrollada por personal que forma parte de los SAMU o de una IPRESS según la proximidad que esta tenga con el foco.</p> <p>Se brinda la actividad en el espacio físico donde se encuentren las víctimas (foco) o de corresponder en la ambulancia o medio de transporte utilizado para el traslado del paciente a una IPRESS.</p> <p>El objetivo fundamental es reconocer a los pacientes en situación crítica y brindarles de inmediato, los cuidados básicos para lograr una mejor condición de transporte e ingreso al hospital, procurando mayor sobrevivencia. Se realizará un triaje para una mejor selección de víctimas, a fin de definir si estas condiciones clínicas se resuelven en el lugar de atención (foco) o requieren ser trasladados a una IPRESS, previa coordinación con la Central de Regulación y la IPRESS de destino.</p> <p>Dicho traslado se realiza a través de la unidad de transporte terrestre, aéreo y/o acuático, que cuenta con equipamiento, productos farmacéuticos, materiales biomédicos y recursos humanos.</p>					
Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza y propone las mejoras necesarias para la ejecución de la actividad, promoviendo la articulación de los diferentes actores. • Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad. • Consolida, analiza y administra la información reportada por las IPRESS a sus DIRESA/ GERESA/ DIRIS o su equivalente relacionado al desarrollo de la actividad • Fomenta y participa en el fortalecimiento de capacidades del personal a nivel nacional. • Monitoriza, supervisa y evalúa a las DIRESA/ GERESA/ DIRIS/ UE/ IPRESS que desarrollan la actividad. <p>2. DISAMU/SAMU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa las metas físicas según los criterios establecidos. 					

Denominación de la Actividad 3.2	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA CODIGO: 5005897
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestiona el buen estado de los equipos, disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales necesarios para brindar la atención. • Fortalece las competencias y habilidades técnicas del personal de salud en la atención pre hospitalaria. • Registra, consolida y reporta al Ministerio de Salud la actividad realizada. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>3. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento tecnológico y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>1. IPRESS o SMA con un Año Mínimo de Operatividad en APH.</p> <p>Programar el 100% de las atenciones realizadas por APH el año anterior más un 5% de incremento.</p> <p>2. IPRESS o SMA con Menos de un Año de Operatividad en APH o por Implementar</p> <p>Programar el número de atenciones por APH proyectadas a realizar según su plan de implementación en la región.</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación. Plan de Implementación.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 4.1	ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS CODIGO: 5005898					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	PERSONA					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>La actividad comprende el fortalecimiento de capacidades al ciudadano frente a la situación de emergencias y/o urgencias.</p> <p>Se desarrolla mediante cursos y/o talleres a favor de los ciudadanos en zonas rurales o urbanas, priorizando la participación de agentes comunitarios, promotores de salud, líderes, y otros actores sociales de primera respuesta.</p> <p>Esta actividad es realizada por personal de salud y/o profesionales capacitados en atención de emergencias y/o urgencias, que laboren en el Sector Salud.</p> <p>La actividad se ejecuta en los espacios establecidos por la institución que entrega la actividad.</p> <p>Proceso mediante el cual se ejecuta la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los actores de la comunidad. (Mapa de Actores) - Formulación y aprobación del plan de capacitación anual. - Coordinar con actores estratégicos de la comunidad, para desarrollar e implementar un cronograma de capacitación. - Desarrollo de cursos y/o talleres de capacitación en los siguientes temas prioritariamente: <ul style="list-style-type: none"> o Primeros Auxilios o Reanimación Cardiopulmonar Básico o Primer contacto y traslado de pacientes o Atención y funcionamiento de los sistemas de emergencia (números de emergencia) o Información básica del servicio de Atención Pre Hospitalaria en la atención de las emergencias o urgencias. o Información básica de los servicios que brindan las IPRESS y su relación con la comunidad en la atención de las emergencias o urgencias o Referencia comunal o ciudadana - Informe de cumplimiento del Plan de Capacitación 					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>2. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Elabora documentos técnicos, guías, protocolos para la implementación de la actividad. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a los gobiernos regionales (DIRESA y redes) frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con los EESS y los gobiernos regionales (DIRESA y redes) para la entrega del producto. 					

Denominación de la Actividad 4.1	ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS CODIGO: 5005898
	<p><u>Nivel Regional</u></p> <p>3. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con los EESS para la entrega del producto. <p>4. Redes de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta a través de la red o los EESS cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias.
Criterios de Programación	<p>Programar el 50% del número de actores priorizados en comunidades donde se identifican más de 40 actores mapeados en la jurisdicción de la IPRESS.</p> <p>O el 100% en comunidades donde el número de actores sea menor o igual a 10 en la jurisdicción de la IPRESS.</p> <p>Fuente de información: Mapa de actores de la IPRESS - RED.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 5.1	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA CODIGO: 5005899					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>La actividad comprende traslado vía terrestre/aérea/acuática de pacientes que por su condición requieren atención de emergencia en una IPRESS de igual o mayor nivel.</p> <p>Consiste, en la evaluación, traslado, estabilización y manejo de la condición clínica del paciente.</p> <p>Para lo cual se requerirá, equipos, disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales necesarios para brindar la atención.</p> <p>Esta actividad es realizada por personal de salud (médico, enfermera u obstetra) y piloto de ambulancia (cuando corresponda) capacitado y entrenado; que se encuentra en la IPRESS de origen o acude como apoyo de acuerdo a la condición del paciente. El equipo encargado del traslado estará compuesto del personal considerando la patología y condición del paciente</p> <p>Se realiza en la unidad de transporte terrestre/aéreo/acuático, desde la salida de la IPRESS que solicita el traslado, hasta su llegada a la IPRESS de destino o el punto de conexión a otro medio de transporte.</p> <p>La actividad se inicia con la aceptación del traslado del paciente que requiere atención de forma urgente o prioritaria en una IPRESS de igual o mayor nivel, para lo cual previamente se realizó la evaluación de la condición clínica y cuenta con indicación de su médico tratante, así como el consentimiento informado del paciente o el responsable legal.</p> <p>En todas las situaciones, se requiere la aceptación del traslado en la IPRESS de destino y el cumplimiento de normas referentes al traslado terrestre vigentes.</p> <p>Las acciones a realizar incluyen la coordinación del traslado; así como evaluación, estabilización y manejo de la condición clínica durante el traslado, mediante el equipamiento según la condición clínica del paciente, el mismo que será registrado en formatos establecidos para la atención.</p> <p>La actividad finaliza con la aceptación y entrega del paciente a en la IPRESS de destino y el posterior reporte de la atención.</p>					

<p>Organización para la ejecución de la Actividad</p>	<p><u>Nivel Nacional:</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Contratación de personal para la atención de transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa con EESS, Redes de Salud, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
<p>Criterios de Programación</p>	<p>Programar el 100% de traslados terrestres/aéreos/acuáticos registrados el año anterior.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud</p>
<p>Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>Listado de Insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 5.2	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA CODIGO: 5005900					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCION					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>La actividad comprende la atención y traslado de los pacientes que por su condición de urgencia, requieren el transporte de una IPRESS a un Servicio Médico de Apoyo para dar continuidad o soporte complementario en su atención.</p> <p>Consiste, en el traslado, evaluación, estabilización y manejo de la condición clínica durante el traslado del paciente.</p> <p>Para lo cual se requerirá, equipos, disponibilidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales necesarios para brindar la atención.</p> <p>Esta actividad es realizada por personal de salud (médico, enfermera, obstetra o técnico en enfermería) y piloto de ambulancia (cuando corresponda) capacitado y entrenado, que se encuentra en la IPRESS de origen. El equipo de salud encargado del traslado estará compuesto según la patología y condición del paciente.</p> <p>Se realiza en la unidad de transporte, desde la salida de la IPRESS que solicita el traslado, hasta su llegada al servicio médico de apoyo de destino y el regreso a la IPRESS de origen cuando sea necesario</p> <p>La actividad se inicia con la aceptación del traslado del paciente que requiere atención en un Servicio Médico de Apoyo, para lo cual previamente se realizó la evaluación de la condición clínica y cuenta con indicación de su médico tratante, así como el consentimiento informado del paciente o el responsable legal.</p> <p>En todas las situaciones, se requiere la aceptación del traslado en el SMA de destino y el cumplimiento de normas referentes al traslado vigentes.</p> <p>Las acciones a realizar incluyen la coordinación del traslado; así como evaluación, estabilización y manejo de la condición clínica durante el traslado, mediante el equipamiento según la condición clínica del paciente, el mismo que será registrado en formatos establecidos para la atención.</p> <p>La actividad finaliza con el retorno del paciente a la IPRESS y el posterior reporte de la atención.</p>					

<p>Organización para la ejecución de la Actividad</p>	<p><u>Nivel Nacional:</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Contratación de personal para la atención de transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa con EESS, Redes de Salud, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación (telemedicina), productos farmacéuticos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
<p>Criterios de Programación</p>	<p>Programar el 100% de traslados registrados el año anterior.</p> <p>Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud</p>
<p>Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>Listado de Insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 6.1	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA CODIGO: 5005902					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Esta actividad comprende la atención del paciente en situación de emergencia y/o urgencia que se presenta a una IPRESS en el primer nivel de atención.</p> <p>La atención de la emergencia y/o urgencia básica comprende la evaluación, estabilización, manejo de la condición clínica en una IPRESS en el primer nivel de atención.</p> <p>Está a cargo de los profesionales de salud: médico, enfermera, obstetras, técnicos de enfermería, etc.- con competencias en atención de emergencia y/o urgencias, de acuerdo a la capacidad resolutive y nivel de complejidad de la IPRESS que presta el servicio.</p> <p>La atención se brinda en los servicios o tópicos de emergencia de las IPRESS de primer nivel, según horarios de atención definido para estos.</p> <p>Se atiende toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente. Se evalúa la condición de salud del paciente y se brinda los cuidados para lograr una mejor condición o resolución de la condición del paciente; caso contrario se coordinará la referencia del paciente a una IPRESS de mayor complejidad.</p> <p>La actividad considera: la consulta médica, exámenes auxiliares, observación de hasta 48 horas (según disponibilidad de internamiento), tratamiento según guías de práctica clínica vigente.</p>					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos del primer nivel de atención. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos del primer nivel de atención. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa con establecimientos de salud, Redes de Salud, Hospitales e Institutos</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos del primer nivel de atención. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos del primer nivel de atención. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>Programar el 100% de atenciones registradas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos del servicio y/o tópico de emergencia de la IPRESS.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.2	ATENCIÓN DE TRIAJE CODIGO: 5005901					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Esta actividad comprende la atención en el área de triaje o la que haga sus veces en la UPSS de emergencia.</p> <p>Consiste en la evaluación inicial del paciente, identificación de la condición clínica y la derivación para la atención en el tópico de emergencia correspondiente, consultorio externo o módulo de atención hospitalaria.</p> <p>Esta actividad es realizada por un profesional de la salud capacitado y entrenado en la identificación de prioridades.</p> <p>Se realiza en el área de triaje o la que haga sus veces en la UPSS de emergencia en las IPRESS del II y III nivel de atención. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellas donde la demanda supere la oferta de servicios. Incluirá el equipamiento médico, dispositivos médicos y otros necesarios para la atención.</p> <p>El profesional de salud encargado de triaje, realiza el control de funciones vitales, identificación de la condición clínica del paciente y determina la prioridad para su atención, a fin de derivarlo a los tópicos de emergencia correspondiente, consultorio externo o módulo de atención hospitalaria. La actividad finaliza con el registro de la atención.</p>					

<p>Organización para la ejecución de la Actividad</p>	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable Técnico, quien propone las Mejoras, Revisiones o Rediseños del Programa Presupuestal, y cumple funciones de conducción de acuerdo a norma. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos. - Personal Médico especializado, Lic. de Enfermería c/s especialización, Técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. DIRESA/GERESA con establecimientos de salud, Redes de Salud, Hospitales e Institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Adquisición, Mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de Urgencias de los establecimientos. - Personal Médico especializado, Lic. de Enfermería c/s especialización, Técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos, auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
<p>Criterios de Programación</p>	<p>Programar el 100% de atenciones registradas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos del servicio y/o tópico de emergencia de la IPRESS.</p>
<p>Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>Listado de Insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 6.3	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA CODIGO: 5005903					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Esta actividad comprende la atención del paciente en situación de emergencia y urgencia que ingresa a una IPRESS en el segundo y tercer nivel de atención.</p> <p>La atención de la emergencia y/o urgencia incluye la evaluación, estabilización y manejo de la condición clínica mediante la consulta médica, exámenes auxiliares.</p> <p>Realizada por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería) capacitados en atención de emergencia y/o urgencia.</p> <p>Se brinda en tópicos, trauma shock y sala de observación de la UPSS de emergencia.</p> <p>La actividad inicia con la evaluación clínica del paciente, de requerir se solicitan exámenes auxiliares, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tratamientos según guías de práctica clínica y otros para resolver y/o estabilizar la condición clínica del paciente.</p> <p>La actividad finaliza con la salida del paciente de la UPSS de emergencia.</p>					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de segundo y tercer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>2. Hospitales e institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de segundo y tercer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades 					
Criterios de Programación	<p>Programar el 100% de atenciones registradas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de la UPSS de emergencia.</p>					

Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.4	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS CODIGO: 5005904					
Niveles de Gobierno que entregan el Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Consiste en la atención médica de pacientes críticos que por su condición de salud requieren un manejo minucioso de su evolución.</p> <p>La actividad es realizada el personal de salud especializado en cuidados intensivos: Médico, enfermera y técnico en enfermería.</p> <p>Se realiza únicamente en IPRESS que cuentan con la UPSS Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>La actividad se inicia luego de la evaluación inicial del estado de salud del paciente, en esta unidad se brinda los cuidados, procedimientos y atención médica especializada al paciente crítico que requiere cuidado constante, soporte respiratorio continuo.</p> <p>La atención incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención médica. - Monitoreo permanente del paciente - Tratamiento según guías de práctica clínica - Exámenes Auxiliares, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos - El tiempo de permanencia dependerá de la condición clínica del paciente. 					
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de cuidados críticos de los establecimientos de segundo y tercer nivel. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <p><u>Nivel Regional:</u></p>					

	<p>2. Hospitales e institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de cuidados críticos de los establecimientos de segundo y tercer nivel. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	<p>Programar el 100% de atenciones registradas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de la UPSS Unidad de Cuidados Intensivos.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.5	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA QUIRÚRGICA CODIGO: 5005905					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Es el procedimiento quirúrgico de mediana y/o alta complejidad o de diagnóstico, a los pacientes que provienen de la UPSS de emergencia, que se encuentran en situación de emergencia o urgencia mayor.</p> <p>Se realiza mediante técnicas quirúrgicas, según la condición clínica de los pacientes. Para tal efecto, se requerirá equipos, disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales.</p> <p>Es realizado por médico cirujano (a) principal, médico cirujano (a) asistente (a), medico anestesiólogo (a), enfermera (o) instrumentista, enfermera (o) circulante, técnico (a) de enfermería; según la complejidad del procedimiento quirúrgico a realizar.</p> <p>Se brinda en la UPSS Centro Quirúrgico, específicamente en la sala designada para cirugías de emergencia.</p> <p>La actividad se inicia con el ingreso del paciente a la UPSS Centro Quirúrgico procedente de la UPSS de Emergencia, donde previamente se evaluó el riesgo quirúrgico, se realizaron los exámenes auxiliares necesarios y trámites administrativos complementarios.</p> <p>Se procede con la intervención quirúrgica según las técnicas quirúrgicas definidas, de acuerdo a la complejidad de cada patología y su posterior traslado a la sala de recuperación para el manejo post operatorio.</p> <p>La actividad finaliza con su salida a otra UPSS luego de su estancia en sala de recuperación.</p>					
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de quirúrgicas de los establecimientos de segundo y tercer nivel que responden al manejo de las emergencias de manera quirúrgica. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>2. Hospitales e institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. 					

Denominación de la Actividad 6.5	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA QUIRÚRGICA CODIGO: 5005905
	<ul style="list-style-type: none"> - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de quirúrgicas de los establecimientos de segundo y tercer nivel que responden al manejo de las emergencias de manera quirúrgica. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	<p>Programar el 100% de atenciones (intervención quirúrgica de emergencia) registradas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de la UPSS Centro Quirúrgico.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.6	ATENCIÓN AMBULATORIAS DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS CODIGO: 5002824					
Niveles de Gobierno que entregan el Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Consiste en la atención médica ambulatoria de la urgencia (prioridades III o IV).</p> <p>Se realizará la consulta médica, entrega de medicamentos e insumos y procedimientos menores para las prioridades III y IV.</p> <p>Estará a cargo de un médico y el apoyo de un técnico de enfermería (según la demanda de pacientes).</p> <p>Se realiza en ambientes definidos por la IPRESS (módulos).</p> <p>La actividad se inicia luego de que el paciente es derivado del triaje y es calificado como una prioridad III o IV. El medico encargado del módulo de atención, realiza la evaluación y determina el tratamiento y la conducta a seguir de acuerdo al diagnóstico.</p>					
Organización para la entrega del Producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. - Implementación y equipamiento de Modulo Hospitalario diferenciado. - Fortalecimiento de capacidades del personal. 					

Denominación de la Actividad 6.6	ATENCIÓN AMBULATORIAS DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS CODIGO: 5002824
	<ul style="list-style-type: none"> - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>2. Hospitales e institutos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación y equipamiento de Modulo Hospitalario diferenciado. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. -
Crterios de Programación	<p>Programar el 100% de atenciones registradas el año anterior.</p> <p>O el 100% de atenciones, prioridades III y IV, definidas en el área de triaje.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de los módulos hospitalarios. Registro de las atenciones del área de triaje, prioridades III y IV.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 7.1	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CODIGO: 5002825					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCION					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>La actividad consiste en la atención pre hospitalario, brindado a la población en situación de urgencias que participa en un evento masivo. Para lo cual se realiza la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo preliminar del paciente.</p> <p>Esta actividad es desarrollada por personal de salud asistencial con competencias en la atención de emergencias y urgencias. Los equipos podrán estar conformados según el plan de acción elaborado.</p> <p>La atención se realiza en el lugar del evento con asistencia masiva, la cual ha sido programada y/o notificada.</p> <p>La actividad inicia con la respuesta ante la alerta de una situación de emergencia o urgencia de una o más personas que presentan alteración de su estado de salud durante el desarrollo de un evento masivo; o el ingreso directo de estas al punto de atención. Continúa con la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo, y finaliza con el egreso o el traslado del paciente a una IPRESS para la continuidad de su atención, en caso amerite.</p>					
Organización para la Ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos e insumos. - Atención médica en módulos de Atención Ambulatorio en zonas declaradas en Emergencia o zonas priorizadas de difícil acceso a los servicios de salud. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional</u></p> <p>2. Diresa/Geresa y Redes de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Atención médica en módulos de Atención Rápida. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. 					
Criterios de Programación	<p>1. IPRESS, SMA y/o UE que ha realizado la actividad el año anterior.</p> <p>Programar el 100% de atenciones realizadas el año anterior.</p>					

Denominación de la Actividad 7.1	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CODIGO: 5002825
	<p>2. IPRESS, SMA y/o UE que no ha realizado la actividad el año anterior</p> <p>Programar el número de atenciones proyectadas a realizar según plan de intervención.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de atenciones realizadas. Plan de Intervención.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.1	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CODIGO: 5005138					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	INFORME					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>La actividad consiste en elaborar informes por cada una de las siguientes acciones a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisión • Monitoreo • Evaluación del programa presupuestal. <p>Para lo cual se deberá tener en cuenta lo siguiente:</p> <p>Supervisión: Consiste en realizar una verificación para constatar si se cuenta (en calidad y cantidad) con los insumos (bienes y servicios) necesarios para el desarrollo de las actividades programadas</p> <p>Monitoreo: Consiste en realizar un control para conocer el cumplimiento en la ejecución de las metas programadas para las actividades y los productos</p> <p>Evaluación: Consiste en verificar si el programa presupuestal está alcanzando los resultados esperados.</p> <p>La actividad es desarrollada por profesionales que realizan actividades relacionadas al PP 0104.</p> <p>La supervisión, monitoreo y evaluación se desarrolla en gabinete y/o campo a nivel nacional, según su ámbito de intervención.</p> <p>La actividad inicia con la recopilación de datos mediante la aplicación de instrumentos de medición, posteriormente estos son procesados de tal forma que permitan hacer comparaciones y mediciones, que conllevan a la generación de los informes.</p> <p>En ese sentido, el MINSA, supervisa, monitorea y evalúa el desarrollo del PP 0104 a las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, IPRESS y SMA a nivel nacional.</p> <p>Las DIRESA/GERESA/DIRIS a sus Redes de Salud, IPRESS y SMA a su cargo sean o no unidades ejecutoras.</p> <p>Las redes de salud que son unidades ejecutoras a sus IPRESS y SMA.</p>					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>3. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Responsable técnico del Programa Presupuestal. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>4. DIRESA/GERESA, Redes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. 					

Denominación de la Actividad 8.1	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CODIGO: 5005138
	<ul style="list-style-type: none"> - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	<p>MINSA Cuatro (4) informes anuales de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal:</p> <p>1 Informe semestral de supervisión 2 Informes trimestrales de monitoreo (1° y 3°) 1 Informe anual de evaluación</p> <p>DIRIS/ GERESA/ DIRESA 4 Informes de supervisión (Se programara el 25% de las unidades ejecutoras de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de unidades ejecutoras supervisadas en el ejercicio presupuestal.</p> <p>4 Informes de monitoreo (1 por trimestre) del 100% de las unidades ejecutoras 1 Informe de evaluación anual del 100% de las unidades ejecutoras</p> <p>DISA/RED 4 Informes de supervisión (Se programara el 25% de las IPRESS de categoría I3 y I4 de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de las IPRESS</p> <p>12 Informes de monitoreo (1 por mes) que consolide el 100% de las IPRESS de la jurisdicción</p> <p>Fuente: Registro de Unidades Ejecutoras.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.2	DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIAS Y EMERGENCIAS CODIGO: 5002829					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida del Indicador de Producción Física	NORMA					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Comprende la realización de normas y guías técnicas de los servicios pre hospitalarias y emergencias.</p> <p>Actividad dirigida a la Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA) y Redes de Salud. Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma que permite disponer de documentos normativos de alcance sectorial, dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar técnica y administrativamente, la operatividad y funcionamiento de los Centros de regulación, Atención pre-hospitalaria y de los Servicios de Críticos de los establecimientos de salud.</p> <p>Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional. Consiste en el proceso a seguir para la formulación e implementación de documentos normativos, en atención a la Resolución Ministerial N°526-2011/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.</p>					
Organización para la Ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de documentos normativos de alcance nacional. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>2. Diresa/Geresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. - Formulación y aprobación de documentos normativos de alcance Regional <p>3. Redes de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. 					

Denominación de la Actividad 8.2	DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIAS Y EMERGENCIAS CODIGO: 5002829
Criterios de Programación	<p>Responsable del PP 0104 (MINSA), DIRIS:</p> <p>Nivel Nacional: N° de documentos normativos de alcance nacional según corresponda a ser aprobados en el período.</p> <p>Nivel Regional (DIRESA/GERESA).</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de documentos normativos (guía técnica, protocolos, directivas u otros, en atención pre hospitalaria y emergencias) de alcance regional. • N° de documentos normativos aprobados por el nivel nacional el año anterior y que serán adecuados e implementados en el ámbito regional en el presente ejercicio. <p>Fuente: Registro de Normas Legales del Ministerio de Salud.</p>
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.3	ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN CODIGO: 5005139					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	PERSONA					
Modelo operacional de la actividad						
Definición Operacional	<p>Comprende el servicio de asistencia técnica y capacitación, mediante talleres, reuniones, charlas, etc. Actividad dirigida a los profesionales y personal de salud que implementan el programa presupuestal 104 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Hospitales que son unidades ejecutoras y Redes de Salud.</p> <p>Estará a cargo de los profesionales responsables del PP 0104 de acuerdo al nivel nacional y/o regional. Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, mediante el cual se consolida el fortalecimiento de capacidades y competencias de los profesionales y personal de salud que implementa y/o gestiona el PP 0104, sobre los documentos normativos, manuales, guías, entre otros.</p>					
Organización para la ejecución de la Actividad	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>1. MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Organización y participación de talleres y reuniones - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <p><u>Nivel Regional:</u></p> <p>2. DIRESA/GERESA/Redes/EESS-UE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Organización y participación de talleres y reuniones - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. 					
Criterios de Programación	<p>Nivel nacional (MINSA): Número de personal asistencial y responsable del PP 0104 de cada DIRESA/GERESA a capacitar.</p> <p>DIRESA/GERESA: Número de personal asistencial y responsable del PP 0104 de cada Red de Salud a capacitar.</p> <p>Redes de Salud/DIRIS: Número de personal asistencial y responsable del PP 0104 de cada Establecimiento de salud a capacitar.</p> <p>Hospitales e Institutos: Número de personal asistencial y responsable del PP 0104 de cada Hospital / Instituto a capacitar.</p> <p>Fuente: Registro de profesionales (personal de salud y administrativo) y responsables del PP 0104.</p>					
Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD					
Listado de Insumos	Se adjunta en CD					

Indicadores:

3.6.1 Indicadores de desempeño

Los indicadores de desempeño, para los resultados final, específico y productos propuestos son los siguientes:

Tabla N° 13

NIVEL DE OBJETIVO	ENUNCIADO O NOMBRE DEL INDICADOR
Resultado Final	
Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos	Tasa de mortalidad por urgencias y emergencias
Resultado Específico	
Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias	Tasa de mortalidad al alta en pacientes hospitalizados por urgencias y emergencias
Indicador Proxy	Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
	Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
Producto 1	
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica
Producto 2	
Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco
Producto 3	
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud
Producto 4	
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias
Producto 5	
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive
Producto 6	
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I según norma técnica
Producto 7	
Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria

A continuación se presenta el detalle de cada indicador en las siguientes tablas.

Tabla N° 14.1. Indicador del objetivo del PP 014

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Tasa de mortalidad por urgencias y emergencias
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado Final
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2019) - Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
Estima la magnitud de personas fallecidas producto de una urgencia o emergencia médica, las que incluyen los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, violencia urbana y otros.
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Por dimensión de desempeño: Efectividad
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS
Por cadena de resultados: -
VALOR DEL INDICADOR
Considerando la estadística* siguiente: 2006: 65 x 100,000 habitantes 2007-2009: 72.4 x 100,000 habitantes 2012-2014: 70.2 x 100,000 habitantes Se proyecta: 2015-2016: 69.2 X 100,000 HABITANTES 2017-2018: 68.2 X 100,000 HABITANTES * OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas.
JUSTIFICACION
Este indicador es importante porque va a permitir conocer el desempeño del PP 104 y su impacto, el tener un adecuado conocimiento sobre el número de personas que fallecen por emergencias y urgencias, va a permitir contar con evidencias para el diseño de políticas destinadas a disminuir la tasa de mortalidad por Emergencias y Urgencias.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No están actualizadas las bases de datos. La información obtenida, se encuentra dispersa y los tiempos de llegada de la información se da en tiempos diferentes
PRECISIONES TECNICAS
El indicador medirá la mortalidad hospitalaria y pre hospitalaria, estimando el número de fallecidos por urgencias y emergencias. Esta mortalidad se refiere los que padecieron en la misma EE.SS y fuera de ella
METODO DE CALCULO
N° de fallecidos por urgencias y emergencias/N° de fallecidos x 100,000 habitantes. Numerador: N° de fallecidos por emergencias y urgencias (quienes entran al servicio de emergencia y urgencias, ya sea por ambulancia u otros medios) Denominador: Total de número de atendidos por emergencia y urgencias (quienes entran al servicio de emergencia y urgencias, ya sea por ambulancia u otro medios)
NIVEL DE DESAGREGACIÓN
Administrativo: MINSA
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
FUENTE DE DATOS
OGTI
BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema informático del MINSA
RESPONSABLE DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Tasa de mortalidad al alta en pacientes hospitalizados por urgencias y emergencias
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
(con recursos asignados en el programa presupuestal 2019)
- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
Se define como el número de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias en los establecimientos de salud hospitalarios.
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Por dimensión de desempeño: Eficacia
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS
Por cadena de resultados: -
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:
2010: 5.0%
2015: 4.8%
2016: 4.7%
2017: 4.5%
JUSTIFICACION
Este indicador es importante porque va a permitir conocer el desempeño del PP 104 y su impacto, el tener un adecuado conocimiento sobre el número de personas que fallecen por emergencias y urgencias dentro del EE.SS, va a permitir contar con evidencias para el diseño de políticas destinadas a disminuir la tasa de mortalidad por Emergencias y urgencias.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La principal limitación del indicador es que no es reportado por los hospitales, por lo que debe incluirse en el grupo de indicadores de mortalidad hospitalaria. El supuesto es que existirá un sistema de información confiable, oportuna y eficiente que permita el reporte de dicho indicador.
PRECISIONES TECNICAS. SOBRE EL VALOR DEL INDICADOR
El indicador medirá la mortalidad hospitalaria, estimando el número de fallecidos por urgencias y emergencias. Esta mortalidad se refiere los que padecieron en la misma EE.SS
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100
Numerador: N° de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias en los servicios críticos hospitalarios
Denominador: Total de casos de diagnósticos de urgencias y emergencias en los servicios críticos hospitalarios
NIVEL DE DESAGREGACIÓN
Administrativo: MINSA
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
OGTI
BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema Informático del MINSA
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
NOMBRE DEL INDICADOR	
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	
ÁMBITO DE CONTROL	
Resultado específico	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	
(con recursos asignados en el programa presupuestal 2019)	
- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
La variable permite conocer si en los últimos 12 meses, el informante presentó problemas de salud, que requería atención médica inmediata.	
Problemas de salud: Es todo aquello que requiere, o puede requerir, una atención por parte del personal de salud. Los problemas de la salud afectan a las estructuras corporales específicas (órganos, extremidades y componentes) y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos implicados.	
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO	
Por dimensión de desempeño: Proxy	
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS	
Por cadena de resultados: Eficacia	
VALOR DEL INDICADOR	
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:	
2015: 10.6%	
2016: 9.1%	
2017: 8.3%	
JUSTIFICACION	
Este indicador es importante porque nos va a permitir contar con un dato aproximado sobre cuál es el total de situaciones de emergencia o urgencia que se dan u ocurren siendo fundamental para posteriores comparaciones con otros indicadores.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
La principal limitación del indicador es que se trata de un indicador proxy o aproximado, por lo tanto solo nos permitirá contar con un estimado de cómo va el desempeño hacia el logro del resultado específico del programa, otra limitante es que al ser un indicador cuya data se recoge a partir de una encuesta de percepción, la respuesta no necesariamente es objetiva.	
PRECISIONES TECNICAS. SOBRE EL VALOR DEL INDICADOR	
El indicador medirá el total de personas que requirió una atención médica inmediata incluyendo aquellos que la reciben como aquellos que no.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100	
Numerador: Total de personas que presento algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	
Denominador: Total de personas a nivel nacional	
NIVEL DE DESAGREGACIÓN	
A nivel nacional	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Anual	
FUENTE DE DATOS	
INEI	
BASE DE DATOS	
Base de datos de la ENAPRES	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
NOMBRE DEL INDICADOR	
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	
Encuesta ENAPRES	
300D.1 En los últimos 12 meses, de... a... ¿Usted presentó algún: Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	
1. Si 2. No	
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS	
INEI	
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS	
INEI	
SINTAXIS	
A proporcionar por INEI	

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2019)
- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
La variable permite conocer si en los últimos 12 meses, el informante presentó problemas de salud, que requería atención médica inmediata recibiendo la atención oportuna.
Problemas de salud: Es todo aquello que requiere, o puede requerir, una atención por parte del personal de salud. Los problemas de la salud afectan a las estructuras corporales específicas (órganos, extremidades y componentes) y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos implicados.
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Por dimensión de desempeño: Proxy
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS
Por cadena de resultados: Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:
2014: 96.27%
2015: 97.07%
2016: 95.9%
2017: 98.7%
JUSTIFICACION
Este indicador es importante porque nos va a permitir contar con un dato aproximado sobre cuál es el total de situaciones de emergencia o urgencia que son atendidas.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La principal limitación del indicador es que se trata de un indicador proxy o aproximado, por lo tanto solo nos permitirá contar con un estimado de cómo va el desempeño hacia el logro del resultado específico del programa, otra limitante es que al ser un indicador cuya data se recoge a partir de una encuesta de percepción, la respuesta no necesariamente es objetiva.
PRECISIONES TECNICAS. SOBRE EL VALOR DEL INDICADOR
El indicador medirá el total de personas que requirió una atención médica inmediata y la recibió.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100
Numerador: Total de personas que presento algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata y la recibió, durante los últimos 12 meses
Denominador: Total de personas que presento algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
NIVEL DE DESAGREGACIÓN
A nivel nacional
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
INEI
BASE DE DATOS
Base de datos de la ENAPRES
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
NOMBRE DEL INDICADOR	
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	
Encuesta ENAPRES	
300E.1 En los últimos 12 meses de... a... ¿Cuántas veces Usted presentó algún: Problema de salud, que requería atención médica inmediata?	
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS	
INEI	
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS	
INEI	
SINTAXIS	
A proporcionar por INEI	

PROGRAMA

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.**NOMBRE DEL INDICADOR**

Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica

ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO

Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador

DEFINICION

Llamada recepcionada al número 106, es aquella que ingresa al centro regulador, la cual posteriormente puede ser derivada o no, hacia una atención médica telefónica.

Atención médica telefónica, es aquella identificada por el médico regulador como una situación de emergencia o urgencia que amerita el despacho de la unidad móvil y orientación médica.

Este indicador contabiliza aquellas llamadas que ingresan y son derivadas para una atención médica telefónica.

TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Por dimensión de desempeño: Eficacia

TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS

Por cadena de resultados: Calidad

VALOR DEL INDICADOR

Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador

	2014	2015	2016	2017			
	60%	65%	70%	75%			

JUSTIFICACION

El indicador es importante ya que permite medir el total de llamadas telefónicas recibidas en la central reguladora que culminan en la atención médica de una situación de emergencia o urgencia.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Limitaciones: Registro de llamadas sistematizadas manualmente en físico.

Supuestos: La central de regulación cuenta con un registro de llamadas, en el cual incluyen el detalle de llamadas priorizadas.

PRECISIONES TECNICAS**Variable:**

Llamadas entrantes

Categorías:

Derivadas para atención médica

No derivadas

METODO DE CALCULO

Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100

Numerador: N° total de llamadas recibidas en la central de regulación que reciben atención médica

Denominador: N° total de llamadas recibidas en la central de regulación

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Administrativo: MINSA, DIRESA, GERESA

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual.

FUENTE DE DATOS

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica
Reporte de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del MINSA- Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
BASE DE DATOS
Base de Datos de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de sistematización de datos
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Ministerio de Salud – Dirección General de Telesalud, Infosalud, Referencias y Urgencias
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA					
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.					
NOMBRE DEL INDICADOR					
Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco					
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO					
Producto: Despacho de la Unidad Móvil y Coordinación de la referencia					
DEFINICION					
Despacho, es la acción mediante la cual el médico regulador indica al despachador de la central de regulación que active y envíe una ambulancia. Atenciones en foco, son aquellas que se realizan cuando la unidad móvil se desplaza al lugar de la emergencia o urgencia.					
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Por dimensión de desempeño: Eficacia					
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS					
Por cadena de resultados: Calidad					
VALOR DEL INDICADOR					
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador					
2014	2015	2016	2017		
60%	65%	70%	75%		
JUSTIFICACION					
El indicador es importante ya que permite medir el total de despachos que culminan con una atención médica en foco					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Limitaciones: El sistema para el seguimiento y control de la llegada de una ambulancia al foco de la emergencia o urgencia, en algunos casos es manual.					
El supuesto: Se cuenta con un sistema o mecanismo físico o digital, para el seguimiento y control de la llegada de una ambulancia al foco de la emergencia o urgencia.					
PRECISIONES TECNICAS					
Variable: Despachos realizados					
Categorías: Con atención médica en foco Sin atención médica en foco					
METODO DE CALCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100					
Numerador: N° Total de despachos realizados con atención médica en foco					
Denominador: N° Total de despachos realizados					
NIVEL DE DESAGREGACIÓN:					
Administrativo: MINSA, DIRESA, GERESA, Redes, EE.SS. II, EE.SS. III.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Semestral y anual					

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco
FUENTE DE DATOS
Reporte de Centrales de Regulación (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
BASE DE DATOS
Base de Datos de Central de Regulación (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de sistematización de datos
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA						
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva						
DEFINICION						
Pacientes que habiendo sufrido una situación de emergencia o urgencia, son trasladados por la unidad móvil y llegan con vida al establecimiento de salud.						
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS						
Por cadena de resultados: Calidad						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	60%	70%	80%			
JUSTIFICACION						
El indicador es importante ya que permite medir cuantos pacientes llegan con vida luego de una APH.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: Limitada sistematización de datos sobre pacientes de APH que llegan con vida al establecimiento de salud.						
El supuesto: Existe un registro de ingresos de pacientes de APH en el cual se reporta el estado en el cual llega el paciente.						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable: Pacientes que llegan al establecimiento de salud						
Categorías: Vivo Fallecido						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: N° total de atenciones pre-hospitalarias cuyos pacientes llegan con vida al establecimiento de salud Denominador: N° total de atenciones pre-hospitalarias						
NIVEL DE DESAGREGACIÓN						
Administrativo: MINSA, DIRESA, GERESA						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Periodicidad de las mediciones: Semestral y anual.						
FUENTE DE DATOS						
Sistema informático del Centro Regulador (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)						

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud
BASE DE DATOS
Base de Datos del Centro Regulador (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de registro en el sistema informático del Centro Regulador
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA						
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las urgencias o emergencias						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas						
DEFINICION						
Los agentes comunitarios son los promotores de salud, líderes y otros actores sociales de primera respuesta. Por prácticas efectivas, se entiende, como la adecuada aplicación de los conocimientos en Primeros Auxilios, Reanimación Cardiopulmonar Básico, Primer contacto y traslado de pacientes, Atención y funcionamiento de los sistemas de emergencia (números de emergencia), Información básica del servicio de Atención Pre Hospitalaria en la atención de las emergencias o urgencias, Información básica de los servicios que brindan las IPRESS y su relación con la comunidad en la atención de las emergencias o urgencias y Referencia comunal o ciudadana						
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS						
Por cadena de resultados: Calidad						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
			30%	50%	70%	
JUSTIFICACION						
El indicador es importante ya que permite medir cuantos agentes comunitarios ponen en práctica los conocimientos adquiridos para hacer frente a emergencias y urgencias.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: Los registros de agentes comunitarios no siempre están actualizados.						
Supuesto: Se cuenta con un registro de agentes comunitarios (mapeo de actores)						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable: Agentes comunitarios frente a situaciones de urgencia o emergencia Categorías: Con prácticas efectivas Sin practicas efectivas						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100						
Numerador: Número total de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a urgencias o emergencias						
Denominador: Número total de agentes comunitarios						
NIVEL DE DESAGREGACIÓN						
Administrativo: Centro comunitario						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						
Reporte de capacitaciones en Primera respuesta de SAMU/ Establecimientos de salud						
BASE DE DATOS						

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las urgencias o emergencias
Base de Datos de capacitados
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de recolección de datos
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA						
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual						
DEFINICION						
Es el transporte realizado puede ser en medio terrestre, aéreo o acuático, con la presencia de personal entrenado según la necesidad del servicio, de un establecimiento de salud hacia otro de mayor capacidad resolutive						
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS						
Por cadena de resultados: Calidad						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
		2016	2017			
		18.16%	25.98%			
JUSTIFICACION						
La medición de este indicador permite cuantificar el transporte asistido que se da de un establecimiento de salud a otro de mayor complejidad.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: Limitada sistematización de los registros de transporte asistido.						
Supuesto: Los transportes asistidos que se dan de un establecimiento de salud hacia otro de mayor capacidad resolutive se encuentran registrados.						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable Trasporte asistido Categorías Establecimiento de salud de origen Establecimiento de salud de destino						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100						
Numerador: N° total de trasporte asistido de pacientes realizados a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive						
Denominador: N° total de trasporte asistido de pacientes						
NIVEL DE DESAGREGACIÓN						
Administrativo: DIRESA, GERESA, Redes, EE.SS. nivel I, EE.SS. nivel II, EE.SS. nivel III						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Periodicidad de las mediciones: Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						
Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud						
BASE DE DATOS						
Base de datos: Base de Datos de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud						
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION						

PROGRAMA
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive
Ficha de recolección de datos
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias.
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias.
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA						
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I según norma técnica						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Atención de las emergencias o urgencias en establecimientos de salud.						
DEFINICION						
Son atenciones a pacientes de prioridad I (aquellos cuya vida se encuentra en grave riesgo y aún no están estabilizados) las cuales se realizan cumpliendo los protocolos, guías y procedimientos clínicos médicos, según los diagnósticos estipulados en la norma técnica internacional de la OMS (CIE 10).						
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS						
Por cadena de resultados: Calidad						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
22.65%	26.95%	24.86%	20.35%			
JUSTIFICACION						
El indicador permite medir la relación de atenciones prioridad I en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud, a fin de evaluar si el usuario accede a los servicios correspondientes a su condición de salud, y así mejorar los procesos para evitar el sobre uso de los servicios de emergencia con condiciones clínica que pueden ser atendidos en los servicios ambulatorios.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: El aspecto cultural y la idiosincrasia de la población al creer que cualquier condición de salud será mejor atendida en un establecimiento de salud de mayor complejidad. Los servicios de emergencias/urgencias o tópicos desde el primer nivel de atención no funcionan las 24 horas del día. Los servicios de emergencias/urgencias o tópicos no cuentan con profesional médico para la atención de condiciones de salud.						
Supuesto: es la disponibilidad de profesionales de la salud para atender las emergencias en los establecimientos de salud, así como el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios para su atención.						
PRECISIONES TECNICAS						
Prioridades de emergencia: Prioridad I: Gravedad súbita extrema, Prioridad II: Urgencia Mayor, Prioridad III: Urgencia Menor, Prioridad IV: Patología aguda común						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100						
Numerador: Número de atenciones de prioridad I según patología especificada.						
Denominador: Número total de atenciones de emergencias en el establecimiento de salud.						
NIVEL DE DESAGREGACIÓN						
Administrativo: EE. SS nivel I, EE. SS. nivel II, EE. SS. nivel III.						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						

OGTI
BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema informático del Establecimiento de Salud
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Ministerio de Salud - Dirección General de Operaciones en Salud
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Ministerio de Salud - Dirección General de Operaciones en Salud
SINTAXIS
En proceso de elaboración

PROGRAMA						
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Atención de urgencias (Prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria.						
DEFINICION						
Los pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria, son aquellos que se encuentran en un evento masivo y ante una afección de salud ingresaron por sus propios medios o con apoyo, siendo atendidos y dados de alta en el lugar de la atención.						
TIPO DE INDICADOR - POR DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
TIPO DE INDICADOR - POR CADENA DE RESULTADOS						
Por cadena de resultados: Calidad						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
	2015	2016	2017			
	35%	29%	29%			
JUSTIFICACION						
El indicador permite medir cuantas atenciones prioridad III y IV se realizan durante los eventos masivos en los módulos de atención ambulatoria						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: El registro de los casos se hace de forma manual y en formatos físicos sin llegar a ser sistematizados						
Supuesto: Se registran los casos atendidos en los módulos ambulatorios						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable Atención ambulatoria Categorías Egresados Referidos						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: Número total de pacientes atendidos en modulo ambulatorio que egresan Denominador: Número total de pacientes atendidos en modulo ambulatorio.						
NIVEL DE DESAGREGACIÓN						
Administrativo: DIRESA, GERESA, RED, EE.SS. nivel I						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						
MINSA/DIRESA/ GERESA						
BASE DE DATOS						
Base de datos de MINSA/DIRESA/GERESA						
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION						

Sistema Informático que registra las fichas de atención ambulatoria
RESPONSABLE DE RECOPIACIÓN DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias.
RESPONSABLE DE PROCESAMIENTO DE DATOS
Dirección General de Telesalud, referencias y urgencias.
SINTAXIS
En proceso de elaboración

3.7 Indicadores de producción física de los productos

Tabla 15.1

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN MEDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN EL CENTRO REGULADOR
Código de producto / actividad	3000684
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo a aquellos atenciones mediante llamadas brindadas por las Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias identificadas en una situación de emergencia o urgencia individual o masiva, la obtención de datos específicos del paciente para verificar y discriminar la veracidad de la Urgencia o Emergencia; incluye la recepción evaluación, consejería y/u orientación de la necesidad de emergencia (prioridad I) o urgencia mayor (prioridad II).
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, de las DIRESA/GERESA.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias de SAMU del MINSA y de DIRESA/GERESA

Tabla 15.2

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA
Código de producto / actividad	3000685
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo a aquellas atenciones que generan el despacho de la ambulancia.
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.

Tabla 15.3

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA
Código de producto / actividad	3000799
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se considera el conteo del número de atenciones pre-hospitalarias realizadas por las ambulancias.
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.

Tabla 15.4

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS
Código de producto / actividad	3000800
Unidad de medida	PERSONA
Código de la unidad de medida	019
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de personas entrenadas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas.
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA.

.....

Tabla 15.5

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL
Código de producto / actividad	3000801
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de transportes asistidos a pacientes en condición de emergencia o urgencia.
Fuente de información de la programación	Reporte de la Central de Regulación de urgencias y emergencia (Nacional/Regional) del SAMU y Centrales reguladoras Regionales. - Redes, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.
Fuente de información para la ejecución	- Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA. - Redes, hospitales e Institutos que son unidades ejecutoras. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU o de las DIRESA/GERESA y hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.

Tabla 15.6

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Código de producto / actividad	3000686
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de pacientes de prioridad I, II, III y IV que ingresan por emergencia.
Fuente de información de la programación	- Informes de las redes, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de redes, hospitales e institutos ejecutoras. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	Redes, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.

Tabla 15.7

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA
Código de producto / actividad	3000290
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de pacientes de prioridad III y IV que reciben atención en los módulos de atención ambulatoria
Fuente de información de la programación	- Informes de DIRESA/GERESA con establecimientos asignados y las redes.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de DIRESA/GERESA con establecimientos asignados y las redes. - SIGA PpR
Forma de recolección de información para la ejecución	Informes oficiales incorporados mediante trámites administrativos.
Responsable de medición	DIRESA/GERESA con establecimientos asignados y las redes.

3.8 Supuestos

A continuación se presenta los supuestos identificados

Tabla # 16

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	
Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Resultado Específico	
Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias	Se cuenta con un adecuado sistema integrado de transporte que facilite la llegada oportuna al establecimiento de salud.
Productos	

Producto 1	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en la central de regulación	Se cuenta con suficientes profesionales de salud medico a nivel nacional, para realizar atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador.
Producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Se cuenta con un sistema de comunicación efectiva que garanticen la adecuada coordinación y seguimiento de la referencia.
Producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades, la comunidad y los establecimientos de salud para garantizar la capacitación de las comunidades en prácticas ante las emergencias y urgencias
Producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido de la emergencia y urgencia
Producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Los pacientes que requieren atención de emergencia acceden a los servicios oportunamente, de acuerdo al nivel de emergencia que presentan.
Producto 7	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de un manera rápida y oportuna
Actividades		
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de la emergencia y urgencia al "106"	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional.
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia	Se cuenta con suficientes profesionales de salud médicos a nivel nacional.
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU	Se cuenta con una adecuada red de telefonía fija.
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia	Se cuenta con un sistema de comunicación efectiva que garanticen la adecuada coordinación y seguimiento de la referencia
Actividad 3.1	Servicio de atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Actividad 3.2	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva.
Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades, la comunidad y los establecimientos de salud para garantizar la capacitación de las comunidades en prácticas ante las emergencias y urgencias

Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido de secundario
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido terciario.
Actividad 6.1	Atención de la emergencia y urgencia básica	Los pacientes que requieren atención de emergencia y urgencia básica acceden a los tópicos del primer nivel de atención oportunamente.
Actividad 6.2	Atención de triaje	Los pacientes que requieren atención de salud, embalsan las emergencias porque desconocen la prioridad de su diagnóstico y siempre acuden a EESS de alta complejidad saturándolos.
Actividad 6.3	Atención de la emergencia y urgencia especializada	Los pacientes que requieren atención de emergencia especializada acceden a los servicios oportunamente.
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Los pacientes que requieren atención de emergencia en cuidados intensivos acceden a los servicios oportunamente.
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica	Los pacientes que requieren atención de emergencia quirúrgica acceden a los servicios oportunamente.
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Los usuarios conocen la cartera de servicios que brinda los servicios de emergencia en los hospitales.
Actividad 7.1	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de una manera rápida y oportuna.

3.8 Vinculación del Programa Presupuestal con su Resultado Final

La vinculación del resultado específico del Programa Presupuestal se ajusta a lo establecido por el CEPLAN.

Tabla N° 17

Resultado final	Objetivo específico: Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos
Resultado específico. Sustento de la relación RF/RE	Resultado específico 1: Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias

	Los resultados específicos de reducción de la mortalidad por emergencias son inherentes a la reducción de la letalidad por emergencias en los servicios críticos de los EESS, su vinculación no requiere ser probada.
--	---

3.9 Matriz lógica del Programa (marco lógico)

Tabla N° 18

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes	
Resultado final				
Resultado Final 1	Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos	Tasa de mortalidad por urgencias y emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • CEPLAN • Sistema de Indicadores RESULTA 	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno.
Resultado específico				
Resultado Especifico 1		Tasa de mortalidad al alta en pacientes hospitalizados por urgencias y emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Base de datos SAMU. • Registros de los EESS. • Base de datos ENDES. • Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO 	
	Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias	Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • RESULTA MEF 	Se cuenta con un adecuado sistema integrado de transporte que facilite la llegada oportuna al establecimiento de salud.
		Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • RESULTA MEF 	
Productos				

Producto 1	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en la central de regulación	Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica	Reporte de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del MINSA- Gob. Regional (DIRESA/GERESA)	Se cuenta con suficientes profesionales de salud médico a nivel nacional, para realizar atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador.
Producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco	Reporte de Centrales de Regulación (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)	Se cuenta con un sistema de comunicación efectiva que garanticen la adecuada coordinación y seguimiento de la referencia.
Producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud	Sistema informático del Centro Regulador (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias	Reporte de capacitaciones en Primera respuesta de SAMU/ Establecimientos de salud	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades, la comunidad y los establecimientos de salud para garantizar la capacitación de las comunidades en prácticas ante las emergencias y urgencias
Producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive	Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIRESAS y GERESAS, y en redes de salud	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido de la emergencia y urgencia

Producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I según norma técnica	OGTI	Los pacientes que requieren atención de emergencia acceden a los servicios oportunamente, de acuerdo al nivel de emergencia que presentan.
Producto 7	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria	MINSA/DIRESA/ GERESA	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de un manera rápida y oportuna
ACTIVIDADES				
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de la emergencia y urgencia al "106"	Número de atenciones telefónicas de urgencias o emergencias al 106	Informe SAMU	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional.
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia	Número de atenciones telefónicas atendidas por médico	Informe SAMU	Se cuenta con suficientes profesionales de salud médicos a nivel nacional.
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU	Número de atenciones telefónicas que ameritan despacho de la ambulancia	Informe SAMU	Se cuenta con una adecuada red de telefonía fija.
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia	Número de atenciones de coordinación del desplazamiento de la ambulancia	Informe SAMU Informe de las Unidades Ejecutoras EESS	Se cuenta con un sistema de comunicación efectiva que garanticen la adecuada coordinación y seguimiento de la referencia
Actividad 3.1	Servicio de atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Número de atenciones pre hospitalaria individuales en foco de unidades móviles	Informe SAMU	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Actividad 3.2	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Número de atenciones pre hospitalaria masivas en foco de unidades móviles	Informe SAMU	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva.

Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Número de personas entrenadas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Informe de las Unidades Ejecutoras con EESS asignados	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades, la comunidad y los establecimientos de salud para garantizar la capacitación de las comunidades en prácticas ante las emergencias y urgencias
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia	Numero de traslados de pacientes en situación de emergencia	Informe SAMU Registros hospitalarios y de institutos.	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido secundario
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia	Numero de traslados de pacientes en situación de urgencia.	Informe SAMU Registros hospitalarios y de institutos.	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido terciario
Actividad 6.1	Atención de la emergencia y urgencia básica	Número de atenciones en los tópicos de urgencias	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de salud, embalsan las emergencias porque desconocen la prioridad de su diagnóstico y siempre acuden a EESS de alta complejidad saturándolos.
Actividad 6.2	Atención de triaje	Número de atenciones en triaje	Registros de EESS de primer nivel de atención.	Los pacientes que requieren atención de emergencia y urgencia básica acceden a los tópicos de emergencia oportunamente.
Actividad 6.3	Atención de la emergencia y urgencia especializada	Número de atenciones de prioridad I en servicios de emergencia de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia especializada acceden a los servicios oportunamente.
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Número de atenciones (ingresos) en UCIs de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia en cuidados intensivos acceden a los servicios oportunamente.

Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica	Número de atenciones (cirugías) en centro quirúrgico de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia quirúrgica acceden a los servicios oportunamente.
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Número de atenciones en módulos hospitalarios diferenciados autorizados (prioridad III o IV)	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios conocen la cartera de servicios que brinda los servicios de emergencia en los hospitales.
Actividad 7.1	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Número de atenciones de urgencia (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Base de datos de Unidades Ejecutoras que tengan EESS a su cargo con alcance territorial	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de una manera rápida y oportuna.

a. Cálculo de las metas de programación multianual de productos

Tabla N° 28

Producto/Proyecto/Actividad	PROGRAMACION MULTIANUAL : Meta de producción física (meta física)						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ATENCIÓN MÉDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	759,436	1,676,008	2,305,903	1,510,593	1,963,771	2,356,525	2,827,830
SERVICIO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS Y URGENCIA AL "106"	697,951	1,287,487	1,087,761	1,330,259	1,729,337	2,075,204	2,490,245
ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA	61,485	388,521	1,218,142	180,334	234,434	281,321	337,585
DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	32,053	134,707	136,812	179,765	215,718	258,862	310,634
DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU	26,102	134,707	49,522	134,931			
COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	5,951		87,290	44,834	215,718	258,862	310,634
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	30,234	59,905	61,605	61,299	59,905	61,605	61,299
SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	30,234	59,905	61,605	61,299	50919	52364	52104
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA					8986	8986	8986
TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	19,570	41,371	85,165	462,603	555,124	610,636	671,700
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	18,355	37,608	81,079	458,723	550,468	605,514	666,066
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	1,215	3,763	4,086	3,880	4,656	5,122	5,634
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	645,969	937,783	2,764,186	3,037,993	4,204,275	4,624,703	5,087,173
ATENCION DE TRIAJE	280,459	391,455	1,112,768	1235899.6	1546764.82	1701441.302	1871585.432
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	85,050	154,873	538,650	566,193	679,432	747,375	822,113
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	125,671	203,646	522,382	599,047	718,856	790,742	869,816
ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS					143,771	158,148	173,963

ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA					287,542	316,297	347,926
ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	154,789	187,809	590,386	636,853	827,909	910,700	1,001,770
ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA)	1,270	19,109	190,395	166,829	200,195	220,214	242,236
ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	1,270	19,109	190,395	166,829	200,195	220,214	242,236
POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS					5,164	5,551	5,741
ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIA Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS					5,164	5,551	5,741
ACCIONES COMUNES	125	300	5366	10821	11903	13093	14403
MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	109	276	539	562	618	680	748
DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	16	24	74	118	130	143	157
ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION			4,753	10,141	11,155	12,271	13,498

Tabla # 29

Producto/Actividad	PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción financiera (nuevos soles)						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	S/. 13,274,018	S/. 7,566,463	S/. 8,959,355	S/. 8,584,793	S/. 9,099,881	S/. 9,645,873	S/. 10,224,626
SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIA Y URGENCIA AL "106"	S/. 6,414,411	S/. 3,634,942	S/. 3,175,126	S/. 3,022,680	S/. 3,204,041	S/. 3,396,283	S/. 3,600,060
ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA	S/. 6,859,607	S/. 3,931,521	S/. 5,784,229	S/. 5,562,113	S/. 5,895,840	S/. 6,249,590	S/. 6,624,566
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	S/. 2,936,662	S/. 3,931,521	S/. 6,045,904	S/. 6,253,108	S/. 6,628,294	S/. 7,025,992	S/. 7,447,552
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	S/. 995,586	S/. 3,931,521	S/. 1,963,071	S/. 2,253,097			
COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	S/. 1,941,076	S/. 0	S/. 4,082,833	S/. 4,000,011	S/. 6,628,294	S/. 7,025,992	S/. 7,447,552
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	S/. 18,544,932	S/. 15,901,485	S/. 40,139,012	S/. 31,037,521	S/. 32,899,772	S/. 34,873,759	S/. 36,966,184
SERVICIO DE ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	S/. 18,544,932	S/. 15,901,485	S/. 40,139,012	S/. 31,037,521	S/. 27,964,806	S/. 29,642,695	S/. 31,421,256
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA					S/. 4,934,966	S/. 4,934,966	S/. 4,934,966
TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	S/. 9,965,054	S/. 11,797,857	S/. 37,507,542	S/. 56,560,311	S/. 59,953,930	S/. 63,551,165	S/. 67,364,235
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	S/. 9,354,682	S/. 11,797,857	S/. 35,420,551	S/. 53,471,036	S/. 56,679,298	S/. 60,080,056	S/. 63,684,859
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	S/. 610,372	S/. 0	S/. 2,086,991	S/. 3,089,275	S/. 3,274,632	S/. 3,471,109	S/. 3,679,376
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	S/. 58,551,600	S/. 70,682,129	S/. 103,933,916	S/. 155,398,539	S/. 164,722,451	S/. 174,605,798	S/. 185,082,146
ATENCION DE TRIAJE					S/. 4,803,480	S/. 5,091,689	S/. 5,397,190
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	S/. 12,749,221	S/. 15,825,153	S/. 21,137,169	S/. 30,210,567	S/. 32,023,201	S/. 33,944,593	S/. 35,981,269
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	S/. 38,247,662	S/. 47,475,460	S/. 63,411,507	S/. 90,631,702	S/. 28,820,881	S/. 30,550,134	S/. 32,383,142
ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS					S/. 33,624,361	S/. 35,641,823	S/. 37,780,332
ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA					S/. 28,820,881	S/. 30,550,134	S/. 32,383,142

Anexo N°2 - Programa Presupuestal 0104 –Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas

ATENCIÓN DE URGENCIAS [PRIORIDAD III Y IV] EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	S/. 7,554,717	S/. 7,381,516	S/. 19,385,240	S/. 34,556,270	S/. 36,629,646	S/. 38,827,425	S/. 41,157,070
ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	S/. 350,326	S/. 8,273,293	S/. 6,377,042	S/. 17,800,529	S/. 12,264,564	S/. 13,000,438	S/. 13,780,465
ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	S/. 350,326	S/. 8,273,293	S/. 6,377,042	S/. 17,800,529	S/. 12,264,564	S/. 13,000,438	S/. 13,780,465
POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS					S/. 6,603,996	S/. 7,000,236	S/. 7,420,250
ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIA Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS					S/. 6,603,996	S/. 7,000,236	S/. 7,420,250
ACCIONES COMUNES	S/. 4,772,254	S/. 17,148,103	S/. 15,604,818	S/. 15,774,874	S/. 16,721,366	S/. 17,724,648	S/. 18,788,127
MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	S/. 4,240,001	S/. 15,870,086	S/. 13,066,221	S/. 12,834,193	S/. 13,604,245	S/. 14,420,499	S/. 15,285,729
DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	S/. 311,645	S/. 836,732	S/. 1,812,089	S/. 734,943	S/. 779,040	S/. 825,782	S/. 875,329
ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	S/. 220,608	S/. 441,285	S/. 726,508	S/. 2,205,738	S/. 2,338,082	S/. 2,478,367	S/. 2,627,069
TOTAL	S/. 108,394,846	S/. 135,300,851	S/. 218,567,589	S/. 291,409,675	S/. 308,894,256	S/. 327,427,911	S/. 347,073,585

Tabla # 30: Estructura Funcional Programática del PP 104 - 2019

MEF/DGPP		PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO					MAR39C1								
23/04/2018 15:23:35		COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2019					PAGINA: 1								
PROGRAMA PRESUPUESTARIO		GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES													
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA							
0104	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000001	ACCIONES COMUNES	5002829	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	20	SALUD	043	SALUD COLECTIVA	0093	REGULACION Y CONTROL SANITARIO	0076149	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	080	NORMA
				5005138	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	20	SALUD	004	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136007	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	060	INFORME
				5005139	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	20	SALUD	004	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136008	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	086	PERSONA
		3000290	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	5002825	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076145	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	006	ATENCION
			006	ATENCION											
		3000684	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	5002792	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS *106*	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076112	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS *106*	006	ATENCION
			006	ATENCION											
				5002793	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076113	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	006	ATENCION
		3000685	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	5002794	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076114	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	006	ATENCION
			006	ATENCION											
				5005140	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0136009	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	006	ATENCION
		3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5002824	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076144	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	006	ATENCION
			006	ATENCION											
				5005901	ATENCION DE TRIAJE	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0098	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	0188297	ATENCION DE TRIAJE	006	ATENCION

MEF/DGPP		PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO						MAR39C1							
23/04/2018		COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2019						PAGINA: 2							
15:23:35		GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES													
CATEGORIA PRESUPUESTAL	PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA							
PROGRAMA PRESUPUESTARIO															
0104	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5005902	ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0188298	ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	006	ATENCION
		006	ATENCION												
				5005903	ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188299	ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	006	ATENCION
				5005904	ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188300	ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	006	ATENCION
				5005905	ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188301	ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	006	ATENCION
		3000799	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	5005896	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0188292	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	006	ATENCION
		006	ATENCION												
				5005897	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0188293	ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA	006	ATENCION
		3000800	POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	5005898	ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	20	SALUD	043	SALUD COLECTIVA	0095	CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0188294	ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	086	PERSONA
		086	PERSONA												
		3000801	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	5005899	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188295	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	006	ATENCION
		006	ATENCION												
				5005900	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0188296	SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	006	ATENCION

ANEXOS

Anexo N° 1.1: Presentación de Evidencias de causas

Titulo	Autor	Año	Región geográfica	Fuente de información	Relación causal abordada	Comentarios
Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators	<u>Newby LK</u> , <u>Rutsch WR</u> , <u>Califf RM</u> , <u>Simoons ML</u> , <u>Aylward PE</u> , <u>Armstrong PW</u> , et al.	1996	USA North Carolina	Primaria	Retraso en tiempo de acceso al diagnóstico en emergencia/urgencia incrementa la mortalidad	La mortalidad por emergencia en aquellos que accedieron al tratamiento antes de las 2 horas fue de 5.5%, en cambio en los que accedieron después de las 4 horas fue de 9.0% Evidencia: C1
Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the global use of strategies to open occluded arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-IIb).	<u>Berger PB</u> , <u>Ellis SG</u> , <u>Holmes DR Jr</u> , <u>Granger CB</u> , <u>Criger DA</u> , <u>Betriu A</u> , <u>Topol EJ</u> , <u>Califf RM</u> .	1999	USA	Primaria	Retraso en tiempo de acceso al diagnóstico en emergencia/urgencia incrementa la mortalidad	Después de la primera hora entre el inicio de la emergencia y el tratamiento, por cada 15 minutos adicionales de demora, el riesgo de morir se incrementa en 1.6 veces. Evidencia: B1
Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis	<u>Gonzalez R</u> , <u>Cummings G</u> , <u>Phelan H</u> , <u>Mulekar M</u> , <u>Rodning C</u> .	2009	USA	Primaria	Retraso en tiempo de acceso al diagnóstico en emergencia/urgencia en zona rural incrementa la mortalidad	El tiempo medio para que el servicio de emergencia llegue a escena en los accidentes vehiculares rurales con supervivientes fue de 14.81 minutos frente a 18.87 minutos con mortalidad (los pacientes que estaban muertos en la escena y los pacientes con extracción fueron excluidos) (p = 0,0014). Evidencia: A2

Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo - Junio 2017	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Se visualiza brechas de tiempo en el acceso a los EESS, dependiendo si la emergencia se da en zona urbana o rural Evidencia:C5
Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia	Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M.	2002	Irak, Camboia	Primaria	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	Se determinó una reducción de la mortalidad de 23.9% a 8.8% con la implementación del sistema prehospitalario Evidencia: C7
Low Cost Improvements in Prehospital Care in a Latin American City.	<u>Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero -Wheatly L, de la Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub E, Jurkovich GJ.</u>	2000	USA	Journal of Trauma	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	El porcentaje de pacientes que fallecieron durante el traslado (sistema prehospitalario) se redujo de 8.2% a 4.7% Evidencia: B1
Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis.	<u>Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C.</u>	2009	USA	The American Journal of Surgery	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	El tiempo prehospitalario general promedio en entornos rurales fue de 42.0 minutos y 24.8 minutos en entornos urbanos (P <.0001). Evidencia: C3
Encuesta Nacional de Programas Presupuestales	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Forma de traslado del paciente Evidencia: C5
Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – Junio 2017	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	A las personas de zona rural les toma casi el doble de tiempo llegar al EESS en comparación con las personas de zona urbana Evidencia: C5

Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services.	Mock CN et al.	2002	USA	Journal of Trauma	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	El riesgo relativo de morir fue de 1.36 al comparar la mortalidad en servicios de emergencia en sobre uso, respecto de aquellos servicios que operan en condiciones normales. Evidencia: C1
Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria.	Declaración de consenso de la American Heart Association Con el apoyo del American College of Emergency y Physicians	2014	USA	Primaria	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	La supervivencia del paciente está relacionada con la calidad de la reanimación cardiopulmonar (primeros respondedores capacitados) Evidencia: B3
Disease Control Priorities in Developing Countries. 2da ed. – Cap 68 Emergency Medical Service.	Kobusingy e O, Hyder A, Bishai D, Joshipura M, Romero E, Mock C.	2006	USA	World Bank Open Knowledge Repository	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	Los primeros en responder deben llegar a su comunidad local <10 minutos en el lugar o escena de una emergencia. Fuera de la propia comunidad deben llegar en 20-30 minutos. Evidencia: C2
Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Nivel de conocimiento de la central de emergencias en costa, sierra y selva Evidencia:C5
Delays in transfer of elderly less-injured trauma patients can have deadly consequences.	Fischer PE, Colavita PD, Fleming GP, Huynh TT	2014	USA	The American Surgeon	El inadecuado uso de los servicios de emergencia incrementa la mortalidad	La mortalidad fue significativamente menor en los pacientes que llegaron directamente en comparación con los pacientes transferidos (5,8% Pacientes transferidos vs 2,6% Pacientes que llegaron directamente, P = 0,035). Las demoras en la transferencia de

						pacientes con traumatismo de mayor edad y menos lesionados pueden dar como resultado resultados deficientes, incluido un aumento de la mortalidad. Evidencia: B3
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Principal problema al que se enfrentan en los EESS Evidencia: C5
The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review	Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al.	2011	Canadá	Academic Emergency Medicine	El triaje inadecuado es una de las principales causas de un inadecuado servicio en emergencia	Si se optimiza el triaje se puede obtener 75 horas de espacio en camilla por día Evidencia: A2
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	Atributo de la causa	La mayoría de pacientes de emergencia son mujeres. El tiempo de espera para ser atendidos en triaje varía dependiendo si la emergencia es en la costa. Sierra o selva. Evidencia: C5
Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes.	Andrade Marroquín JP.	2002	Perú	Post Grado Facultad de Medicina – UNMSM	La sobresaturación de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera	Un 63.89% de pacientes demandantes de atención en el servicio de emergencia, corresponden a situaciones de salud no urgentes respectivamente. Evidencia: C7
Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency	Guttmann A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T	2011	Canadá	BMJ	La sobresaturación de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de	El riesgo de muerte aumentó incrementalmente e con cada hora adicional de tiempo de espera promedio por turno: las OR

department: population based cohort study from Ontario, Canada					los tiempos de espera	ajustadas (intervalo de confianza del 95%) para muerte y admisión fueron 1.79 (1.24 a 2.59) y 1.95 (1.79 a 2.13) Evidencia: B3
Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit	Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A	2007	USA	Critical Care Medicine	La sobresaturación de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera	Pacientes con requerimientos de cuidado intensivo sometidos a demoras de más de 6 horas para ser transferidos a una UCI demostraron un aumento en la estadía hospitalaria (7 vs. 6 días) y tasas de mortalidad más altas (10.7% vs. 8.4%) en estos pacientes. Evidencia: A2
Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding.	Richardson DB.	2006	Australia	The Medical Journal of Australia	La sobresaturación de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera	La tasa de mortalidad era de un 2.5% en aquéllos que permanecían menos de 2 horas, y aumentaba a 4.5% en aquéllos que permanecían más de 12 horas en la unidad de urgencia. Evidencia: B3
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	El sobreuso del servicio de emergencia, conlleva a problemas de admisión en las emergencias	Un 9% de pacientes reportó que le negaron la atención de emergencia. Evidencia: C5
Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario.	Vásquez R, et al.	2016	Perú	Anales de la Facultad de Medicina	Atributo de la causa	El 57.5% de usuarios que acudieron a emergencia son mujeres y tienen en promedio 57 años Evidencia: B3

Does prehospital time affect survival of major trauma patients where there is no prehospital care?	<u>Dharap SB, Kamath S, Kumar V.</u>	2017	USA	Journal of Postgraduate Medicine	La desorganización de las referencias incrementa la mortalidad	Los pacientes en situación de emergencia que son transferidos, incrementan en casi 2 veces el riesgo de mortalidad, en comparación con los pacientes que son admitidos directamente. (OR = 1.869, CI = 1.233–2.561, P =0.005). Evidencia: C1
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	Atributo de la causa	Las ambulancias son uno de los principales problemas de los EESS y el 11% de los pacientes permanecen más de días Evidencia: C5

Anexo N° 1.1: Presentación de Evidencias de alternativas

Titulo	Autor	Año	Fuente de información	Relación abordada	Comentarios	Nivel de evidencia
First things first: effectiveness and scalability of a basic prehospital trauma care program for lay first-responders in Kampala, Uganda.	Jayaraman S, Mabweijano JR, Lipnick MS, Caldwell N, Miyamoto J, Wangoda R, et al	2009	Secundaria	El Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	Durante seis meses, seguimos prospectivamente a 307 aprendices (policías, taxistas y líderes comunitarios) que completaron un programa básico de cuidado de trauma prehospitalario de un día en el 2008. Se usaron encuestas transversales y pruebas de conocimiento para medir la frecuencia en el uso de sus habilidades, las razones por las cuales no proporcionarían ayuda, la utilidad percibida del curso y el kit, la confianza en el uso de sus habilidades y el conocimiento de primeros auxilios. Luego calculamos la relación costo-efectividad de ampliar el programa. A los seis meses, 188 (62%) de los participantes fueron seguidos. Su retención de conocimiento se mantuvo alta o aumentó. El puntaje correcto medio en un examen de fondo básico de conocimiento fue del 92%, en comparación con el 86% después del entrenamiento inicial (n = 146 pares, p = 0,0016). El 97% de los participantes había utilizado al menos una habilidad del curso: comúnmente control de hemorragia, posición de recuperación y levantamiento / movimiento y el 96% había utilizado al menos un elemento de primeros auxilios. La falta de conocimiento era una barrera menor y los aprendices tenían mucha más confianza en proporcionar primeros auxilios. Con base en las estimaciones de costos de la Organización Mundial de la Salud, los datos de lesiones locales y los modelos de estudios previos, el costo proyectado de la ampliación de este programa fue de \$ 0.12 per cápita o de \$ 25-75 por año de vida ahorrado. Las limitaciones	C2

					clave del estudio incluyen el pequeño tamaño de la muestra, el posible sesgo del informador, la validación local preliminar de los instrumentos del estudio y una estimación indirecta de la reducción de la mortalidad.	
Implementation of prehospital dispatch protocols that triage low-acuity patients to advice-line nurses. Prehospital Emergency Care.	Infinger A, Studnek JR, Hawkins E, Bagwell B, Swanson D.	2013	Secundaria	La Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia médica tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	<p>Aunque las agencias de Emergencias se han diseñado para proporcionar de manera eficiente asistencia médica a las personas, el uso excesivo de 911 como alternativa a la atención médica primaria ha dado lugar a la necesidad de nuevos métodos para responder a esta creciente demanda. Nuestro estudio analiza la eficacia de la clasificación de llamadas de baja agudeza específicas que pueden transferirse a un enfermero de línea de asesoramiento para recibir más instrucción médica. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar el impacto de la implementación de este protocolo y la respuesta del paciente resultante con respecto a la transferencia a una enfermera de línea de asesoramiento.</p> <p>Recolectamos datos para una revisión retrospectiva de abril de 2011 a abril de 2012 de una sola agencia municipal de EMS con un volumen de llamadas anuales promedio de aproximadamente 90,000. Los códigos de respuesta del Sistema de Despacho de Prioridad Médica fueron asignados a llamadas basadas en la agudeza del paciente. Los pacientes clasificados bajo códigos de respuesta Omega fueron evaluados para la elegibilidad de transferencia a líneas de asesoramiento de enfermería. Los criterios de exclusión incluyen lo siguiente: si la llamada fue realizada por un tercero que llama; si el paciente se negó a ser transferido a la enfermera de la línea de asesoramiento; si el paciente fue derivado de un centro de enfermería especializada, una escuela o una oficina de enfermería de la universidad o un consultorio médico. Se realizaron encuestas telefónicas a aquellos pacientes que hablaron con una enfermera de línea de asesoramiento y no recibieron una respuesta de ambulancia 24 horas después de llamar al 911 para obtener comentarios de los pacientes.</p> <p>La base de datos incluyó 1660 pacientes inicialmente clasificados como Omega y elegibles para transferencia a una enfermera de línea de asesoramiento. Después de aplicar los criterios de exclusión, 329 (19.8%) pacientes fueron finalmente transferidos a una enfermera de línea de asesoramiento y 204 (12.3%) no recibieron respuesta de ambulancia. De los pacientes que no fueron transportados en ambulancia 118 (57.8%), los pacientes completaron el seguimiento telefónico, 104 (88.1%) informaron que la opción de no transporte satisfacía sus necesidades de atención médica y 108 (91.5%) respondieron que aceptarían la transferencia de nuevo por una queja similar.</p> <p>Identificamos un promedio de dos pacientes por día como elegibles para la transferencia a la línea de asesoramiento de enfermería, con menos de un paciente completando con éxito el protocolo de Omega por día. Si bien el impacto fue limitado, hubo una</p>	B.3.

					disminución en la respuesta de la ambulancia.	
Key performance indicators' assessment to develop best practices in an Emergency Medical Communication Centre. European journal of emergency medicine.	Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, et al.	2017	Secundaria	La implementación de una plataforma de comunicación que permita un servicio más preciso en la coordinación de los despachos y las referencias en situaciones de urgencia o emergencia.	El Centro de Comunicación Médica de Emergencia CCME representa un eslabón fundamental en la cadena de supervivencia para aquellos que requieren una respuesta rápida para emergencias médicas fuera del hospital. Evaluar y calificar el desempeño de EMCC está garantizado ya que puede afectar la salud y la seguridad de la población atendida.	C.1
The demand for prehospital advanced life support and the appropriateness of dispatch in Taipei. Resuscitation	Lu TC, Chen YT, Ko PC, Lin CH, Shih FY, Yen ZS, et al.	2017	Secundaria	La implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH) tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	<p>La implementación de los servicios de soporte vital avanzado prehospitalario (SVA) requiere más recursos médicos y sociales en capacitación y equipamiento. La demanda real de servicios SVA en nuestras comunidades no estaba clara. Para garantizar el buen uso de los recursos costosos, es importante evaluar la demanda y la idoneidad de los servicios SVA antes de que se lleve a cabo la implementación a gran escala.</p> <p>Evaluar la tasa y las características de la demanda de SVA, y la conveniencia del envío de SVA del sistema de servicio médico de emergencia (SME) en la ciudad metropolitana de Taipei.</p> <p>Se realizó un análisis retrospectivo y transversal de los registros del SME del Departamento de Bomberos de la ciudad de Taipei desde abril de 1999 hasta diciembre de 2000. Se obtuvo un muestreo aleatorio estratificado de todos los registros de SME en la segunda semana de enero, abril, julio y octubre de 2000, junto con los registros de despacho de SVA correspondientes. Los criterios de demanda retrospectiva de SVA, que incluyen las quejas principales, los mecanismos de lesión / enfermedad, los signos vitales iniciales y los tipos de atención prestados, se desarrollaron para estimar la tasa de demanda de SVA. La demanda de SVA se expresa como el porcentaje de casos que cumplen los criterios de SVA sobre el número total de casos de SME. Los despachos de SVA apropiados fueron aquellos despachos de SVA que se determinaron cumpliendo con los criterios de demanda de SVA.</p> <p>Entre los 5433 casos de SME muestreados, 490 (9.02%) se determinaron como una demanda de atención SVA. Las demandas de SVA variaron de una región a otra, y fueron más altas durante los meses de invierno y las horas pico de la tarde. Hubo 175 despachos de SVA reales, que representan el 3,22% de los servicios de SVA muestreados. El rendimiento del triaje no fue óptimo: la adecuación del envío de SVA fue del 37,14%; la tasa de matrimonio fue del 72.86%.</p> <p>Alrededor del nueve por ciento de las llamadas SME exigen servicios de SVA. El rendimiento de triaje actual para un despacho de SVA correcto no era óptimo. Se debe establecer un protocolo de despacho de SVA</p>	C.7.

					correcto y más programas de capacitación de despachadores en las comunidades para garantizar el mejor uso de los valiosos recursos de SVA.	
Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack: do poorer patients have longer delays from 911 call to the emergency department?	Kleindorfer DO, Lindsell CJ, Broderick JP, Flaherty ML, Wood D, Ewing I, et al.	2006	Secundaria	La implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH) tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	<p>El acceso oportuno al tratamiento médico es crítico para los pacientes con accidente cerebrovascular agudo porque las terapias agudas se deben administrar muy rápidamente después del inicio de los síntomas. Examinamos el efecto del estado socioeconómico en las demoras prehospitalarias en pacientes con accidente cerebrovascular y ataque isquémico transitorio (AIT) dentro de una gran población birracial.</p> <p>Al examinar todos los códigos ICD-9 del hospital local 430 a 436, se identificaron todos los pacientes con accidente cerebrovascular y AIT durante el año calendario de 1999. Los casos deben haber usado servicios médicos de emergencia (SME), haber vivido en su hogar, haber tenido un accidente cerebrovascular en el hogar y tener tiempos documentados de la llamada al 911 y llegada al departamento de emergencia. El estado socioeconómico se estimó utilizando datos económicos sobre el tramo censal de la residencia de origen geocodificada.</p> <p>Solo el 38% de los pacientes con accidente cerebrovascular y AIT utilizaron SME. Hubo 978 casos de accidente cerebrovascular y AIT incluidos en este análisis. Los tiempos medios fueron: llamada a la llegada a la escena de 6,5 minutos, tiempo en el lugar de 14,1 minutos y tiempo de transporte de 13,1 minutos. El estado socioeconómico de la comunidad más baja se asoció con los 3 intervalos de tiempo SME; sin embargo, todas las diferencias de tiempo fueron pequeñas: la mayor diferencia fue de 5 minutos.</p> <p>Dentro de nuestra población, vivir en un área más pobre no parece retrasar el acceso a la atención aguda para el accidente cerebrovascular de una manera clínicamente significativa. Encontramos retrasos pequeños, estadísticamente significativos en los tiempos prehospitalarios que se asociaron con las comunidades más pobres, la raza negra y el aumento de la edad. Sin embargo, las demoras relacionadas con el reconocimiento público de los síntomas del accidente cerebrovascular y el uso limitado del 911 son probablemente mucho más importantes que estos pequeños retrasos que ocurren con los sistemas SME.</p>	C.7.
Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales.	Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al.	2009	Secundaria	La implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV) tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.	Se valoraron 749 pacientes que permanecieron en la unidad una media (desviación estándar) de 37 (16) h. La edad media fue de 86 (7) años, el 57% eran mujeres, la mitad presentaba deterioro físico y deterioro cognitivo moderado a grave. El 35% procedía de residencias de ancianos. El motivo de ingreso más frecuente fue enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada. Se detectaron múltiples síndromes geriátricos, los más frecuentes fueron inmovilidad, lesiones cutáneas por presión y trastornos conductuales asociados	C.2.

					<p>a demencia. Al 70% de los pacientes se les dio alta a domicilio habitual después de que se los estabilizó para su seguimiento en las consultas de geriatría y en el hospital de día (39%), en atención geriátrica domiciliaria (11%) o por su médico de atención primaria o de residencia (20%). En el mes posterior reingresó el 17% y falleció el 7,7%, sobre todo los pacientes que tenían mayor edad y deterioro funcional. Tras el inicio de la unidad se observó una disminución del porcentaje de ingresos en la unidad geriátrica de agudos del 18,2%.</p> <p>Conclusiones</p> <p>Las unidades de observación de urgencias para pacientes ancianos pueden ser adecuadas al nivel asistencial para valoración geriátrica y tratamiento de reagudizaciones de enfermedades crónicas, lo que puede contribuir al ahorro de estancias hospitalarias y a la optimización de la atención en otros niveles asistenciales geriátricos, ambulatorios y domiciliarios.</p>	
<p>Improvement in self-reported confidence in nurses' professional skills in the emergency department. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.</p>	<p>Rautava VP, Palomäki E, Innamaa T, Perttu M, Lehto P, Palomäki A.</p>	<p>2013</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue evaluar la confianza de las enfermeras en sus habilidades profesionales antes y después de una extensa reforma del Departamento de Emergencia (DE) en el Hospital Central de Kanta-Häme.</p> <p>Las enfermeras de urgencias participaron en la capacitación de transición que comenzó dos años antes del establecimiento de la nueva organización en 2007. La capacitación fue seguida por sesiones educativas semanales prácticas en el nuevo ED. Durante este proceso, las enfermeras mejoraron sus habilidades de transición, definieron las reglas de la casa para la nueva clínica y mejoraron su conocimiento de nuevas tecnologías e instrumentos. Los principales procesos que involucraban pacientes con ED gravemente enfermos se describieron y modelaron con un software de diagrama de flujo electrónico. Durante la capacitación de transición, las enfermeras compilaron listas de habilidades prácticas y medidas necesarias en el servicio de urgencias. Estos se actualizaron después de los comentarios de los médicos de atención primaria y secundaria y los médicos jefes del Hospital Central de Kanta-Häme. La lista final de 189 elementos comprendía 15 categorías diferentes, cada una con 4 a 35 elementos. Con base en el trabajo descrito anteriormente, se desarrolló un cuestionario para reflejar las habilidades de los enfermeros de urgencias en medidas clínicas, pero también para estimar la necesidad de educación profesional y capacitación práctica. Se solicitó a las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias que respondieran el cuestionario en enero de 2007 (tasa de respuesta del 97%) y en enero de 2011 (tasa de respuesta del 98%).</p> <p>La confianza de las enfermeras en sus habilidades profesionales mejoró significativamente en ocho clases de quince.</p>	<p>C.2.</p>

					<p>Estas clases fueron canulaciones, cateterismos urinarios, monitoreo de pacientes, pacientes cardíacos, equipos, triage y prácticas de enfermería, pacientes psiquiátricos, así como el riesgo de infección. Los mejores resultados se observaron en los cateterismos urinarios, el control del paciente y el riesgo de infección. Al estudiar el grupo de enfermeras que participaron en ambas encuestas en 2007 y 2011, se observaron mejoras en las quince categorías. Todos menos dos de estos cambios fueron significativos ($p < 0.05$).</p> <p>Durante una amplia reforma de los servicios de emergencia, notamos una mejora significativa en las habilidades profesionales de las enfermeras. Esta mejora fue especialmente consistente entre las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias durante todo el proceso de transición. El programa de educación y capacitación de enfermeras en el servicio de urgencias se puede poner en práctica con éxito cuando se basa en la cooperación entre las enfermeras y los médicos dedicados a los servicios de emergencia.</p>	
<p><i>Association of door-in to door-out time with reperfusion delays and outcomes among patients transferred for primary percutaneous coronary intervention</i></p>	<p>Wang TY, Nallamothu BK, Krumholz HM, Li S, Roe MT, Jollis JG, Jacobs AK, Holmes DR, Peterson ED, Ting HH.</p>	<p>2011</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>Los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento (ST) que requieren transferencia interhospitalaria para la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria a menudo tienen tiempos prolongados desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital. El tiempo puerta de entrada – puerta de salida (PEPS), definido como la duración del tiempo desde la llegada hasta el alta en el primer hospital de referencia ST, es una nueva medida de rendimiento clínico, y se recomienda un tiempo de PEPS de 30 minutos o menos para agilizar el cuidado de reperusión. Caracterizar el tiempo hasta la reperusión y los resultados del paciente asociados con un tiempo PEPS de 30 minutos o menos. Cohorte retrospectiva de 14,821 pacientes con ST transferidos a 298 centros de recepción de ST para ICP primaria en el Registro de ACCIÓN: Acceda a las Directrices entre enero de 2007 y marzo de 2010. Factores asociados con un tiempo PEPS superior a 30 minutos, tiempos totales contabilizados desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital y mortalidad hospitalaria ajustada al riesgo.</p> <p>El tiempo medio de PEPS fue de 68 minutos (rango intercuartílico, 43-120 minutos) y solo 1627 pacientes (11%) tuvieron tiempos de PEPS de 30 minutos o menos. Los factores significativos asociados con un tiempo PEPS superior a 30 minutos incluyeron la edad avanzada, el sexo femenino, la presentación fuera de horario y el transporte de servicios médicos que no son de emergencia al primer hospital. Los pacientes con un tiempo PEPS de 30 minutos o menos tuvieron significativamente más probabilidades de tener un tiempo total desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital de 90 minutos o menos en</p>	<p>B.3.</p>

					<p>comparación con los pacientes con PEPS superiores a 30 minutos (60% [intervalo de confianza del 95% {IC}, 57% - 62%] vs 13% [IC 95%, 12% -13%]; p <0,001). Entre los pacientes con tiempos de PEPS superiores a 30 minutos, solo el 0,6% (IC del 95%, 0,5% - 0,8%) tenían una contraindicación absoluta para la fibrinólisis. La mortalidad hospitalaria observada fue significativamente mayor entre los pacientes con tiempos PEPS superiores a 30 minutos frente a los pacientes con tiempos PEPS de 30 minutos o menos (5,9% [IC 95%, 5,5% -6,3%] frente a 2,7% [IC 95%, 1,9] % -3.5%]; P <.001; odds ratio ajustado para la mortalidad intrahospitalaria, 1.56 [IC 95%, 1.15-2.12]). Se observó un tiempo PEPS de 30 minutos o menos en solo una pequeña proporción de pacientes transferidos para ICP primaria, pero se asoció con retrasos de reperusión más cortos y una menor mortalidad hospitalaria.</p>	
<p>Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction. Circulation.</p>	<p>Miedema MD, Newell MC, Duval S, Garberich RF, Handran CB, Larson DM, Mulder S, Wang YL, Lips DL, Henry TD.</p>	<p>2011</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>Se están desarrollando sistemas regionales de infarto de miocardio con elevación del segmento ST para mejorar el acceso oportuno a la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria. Los retrasos en el sistema pueden disminuir el beneficio de mortalidad logrado con la ICP primaria en pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST, pero se desconocen las razones específicas y el impacto clínico de las demoras en los pacientes transferidos para ICP.</p> <p>Este fue un estudio observacional prospectivo de 2034 pacientes transferidos para ICP primaria en un solo centro como parte de un sistema regional de infarto de miocardio con elevación del segmento ST desde marzo de 2003 a diciembre de 2009. A pesar de las transferencias de larga distancia, el 30,4% de los pacientes (n = 613) se trataron en ≤ 90 minutos y el 65,7% (n = 1324) se trataron en ≤ 120 minutos. Los retrasos ocurrieron con mayor frecuencia en el hospital de referencia (64.0%, n = 1298), seguidos por el centro de ICP (15.7%, n = 317) y el transporte (12.6%, n = 255). Para el hospital de referencia, las razones más comunes para la demora estaban en espera del transporte (26.4%, n = 535) y las demoras en el departamento de emergencias (14.3%, n = 289). Los dilemas diagnósticos (mediana, 95.5 minutos, percentiles 25 y 75, 72-127 minutos) y los ECG iniciales no diagnósticos (81 minutos; 64-110.5 minutos) dieron lugar a retrasos de la mayor magnitud. Los retrasos causados por paro cardíaco y / o shock cardiogénico tuvieron la mayor mortalidad hospitalaria (30,6%), en contraste con los ECG iniciales no diagnósticos, que, a pesar de los retrasos prolongados del tratamiento, no afectaron la mortalidad (0%). También se produjeron variaciones significativas tanto en la magnitud como en el impacto clínico de los retrasos durante el transporte y los segmentos del centro ICP.</p> <p>Se producen retrasos en el tratamiento incluso en sistemas eficientes para la atención del infarto de miocardio con elevación del segmento ST. El impacto</p>	<p>B.3.</p>

					clínico de los retrasos específicos en la transferencia interhospitalaria para ICP varía según la causa de la demora.	
Clinical implementation of an emergency department coronary computed tomographic angiography protocol for triage of patients with suspected acute coronary syndrome	Ghoshhajra BB, Takx RAP, Staziaki PV, Vadvala H, Kim P, Neilan TG, et al.	2017	Secundaria	El fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.	<p>Evaluar la eficiencia y la seguridad de la angiografía por tomografía computarizada coronaria del departamento de emergencias (DE) durante una experiencia clínica de 3 años.</p> <p>Registro unicéntrico de tomografía computarizada coronaria en pacientes del DE con sospecha de síndrome coronario agudo. El resultado primario fue la eficiencia de la angiografía por tomografía computarizada coronaria definida como la duración de la hospitalización. Los puntos finales secundarios de seguridad se definieron como la tasa de pruebas descendentes, las tasas de normalidad de la angiografía coronaria invasiva, la ausencia de síndrome coronario agudo y los principales eventos adversos cardíacos durante el seguimiento y la exposición a la radiación.</p> <p>Se remitieron mil doscientos veintidós pacientes consecutivos para angiografía por tomografía computarizada coronaria con sospecha de síndrome coronario agudo. En general, el tiempo promedio para dar de alta a su hogar fue de 10.5 (5.7-24.1) horas. La disposición del paciente fue de 42.7% de alta directa del departamento de emergencias, 43.2% de alta de urgencias y 14.1% de ingresos hospitalarios. La tasa de síndrome coronario agudo durante la hospitalización fue del 9,1%. Ciento noventa y dos pacientes se sometieron a imágenes de diagnóstico adicionales y 77 se sometieron a angiografía coronaria invasiva. El valor predictivo positivo de la angiografía por tomografía computarizada coronaria en comparación con angiografía coronaria invasiva fue 78.9% (95% -IC 68.1-87.5%). La exposición media a la radiación de la angiografía por tomografía computarizada coronaria fue de 4.0 (2.5-5.8); los eventos adversos cardíacos después de una angiografía por tomografía computarizada coronaria negativa fue del 0,2%.</p> <p>La angiografía por tomografía computarizada coronaria en un entorno de atención terciaria con experiencia permite un manejo eficiente y seguro de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo.</p> <p>La angiografía por tomografía computarizada coronaria que usa sistemas avanzados se asocia con baja exposición a la radiación. • La angiografía por tomografía computarizada coronaria negativa se asocia con bajas tasas de eventos adversos cardíacos. • La angiografía por tomografía computarizada coronaria en pacientes del DE permite un corto tiempo promedio para el alta domiciliaria. • La estrategia de la angiografía por tomografía computarizada coronaria se caracteriza por pocas pruebas en sentido descendente, incluida angiografía coronaria invasiva innecesaria.</p>	B.3.

Anexo N° 2: Flujogramas de los productos

Anexo N° 3:

Los Kit de cada Producto se según Modulo de Gestión de producto.:
<https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/>