



PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO N° 2

Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Ministerio de Salud

Directiva N° 002-2016-EF/50.01

Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01

2021

Tabla de Contenido

1. Información General	5
1.1 Nombre del Programa Presupuestal	5
1.2 Tipo de Diseño Propuesto	5
1.3 Entidad Rectora del PP	5
1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal	5
1.5 Coordinador Territorial	5
1.6 Coordinador de Seguimiento y Evaluación	5
2. Diagnóstico	6
2.1 Identificación de problema específico	6
2.1.1 Enunciado del problema específico	23
2.1.2 Competencias de la entidad para abordar el problema	24
2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado	25
2.2 Identificación y cuantificación de la población	28
2.2.1 Población potencial	29
2.2.3 Criterios de focalización	32
2.2.4 Población objetivo	36
2.2.5 Atributos de la población objetivo	38
2.3 Causas del problema identificado	38
3. Diseño del Programa	92
3.1 Resultado específico	92
3.2 Análisis de los medios	92
3.3 Análisis de alternativas	98
3.3.1 Análisis de alternativas de intervención	103
3.4 Transición de las alternativas al producto	137
3.5 Actividades, tareas e insumos	185
3.6 Indicadores	292
3.6.1 Indicadores de Desempeño	292
3.6.2 Indicadores de producción física	293
3.7 Supuestos	367
3.8 Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de la política nacional	367
3.9 Matriz Lógica del Programa Presupuestal	370
3.10 Inclusión de Proyectos de Inversión Pública en el PP	372
4. Evaluación	379
5. Programación Física y Financiera	383
5.1 Definiciones	383
5.2 Cálculos previos	383
5.2.1 Cuantificación de los grupos poblacionales que reciben los productos	383

5.2.2 Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP	389
5.3 Programación del requerimiento de inversiones	393
5.3.1	393
5.3.2	393
5.4 Programación de Producción Anual	397
5.5 Programación Multianual	399
5.5.1 Concepto	
5.5.2 Proceso de programación multianual del PP	
5.5.3 Cálculo de metas de programación multianual de productos	
5.6 Estructura Programática Propuesta	403
Anexo	420

Listado de Tablas

Tabla 1. Competencia de la Entidad para abordar el problema	
Tabla 2. Tabla 2. Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado	24
Tabla 1. Cuantificación de la población potencial	25
Tabla 2. Atributos de la población objetivo	29
Tabla 2. Atributos de la población objetivo	38
Tabla 6. Causas del Problema Identificado	46
Tabla 7. Resultado Específico	92
Tabla 8.a. Análisis de alternativas	102
Tabla 8.a. Análisis de alternativas	102
Tabla 8.a. Análisis de alternativas	102
Tabla 8.b. Análisis de las alternativas de intervención	109
Tabla 8.b. Análisis de las alternativas de intervención	110
Tabla 8.b. Análisis de las alternativas de intervención	133
Tabla 8.c. Análisis de alternativas de Intervención	135
Tabla 8.c. Análisis de alternativas de Intervención	137
Tabla 9. Transición de las alternativas al producto	141
Tabla 10. Modelo Operacional del Producto	
Tabla 11. Actividades de los productos	
Tabla 12. Modelo Operacional de la Actividad	
Tabla 13. Indicadores de desempeño	
Tabla 14. Ficha técnica del indicador de desempeño	
Tabla 15. Ficha técnica del indicador de producción física	
Tabla 16. Supuestos	
Tabla 17. Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales	
Tabla 18. Matriz Lógica del Programa Presupuestal	
Tabla 19. Tipología de Proyectos	
Tabla 20. Evaluación del PP	
Tabla 21. Compromisos de mejora de desempeño del PP	
Tabla 22. Acciones para la generación de evidencias de productos	
Tabla 23. Cuantificación de la población priorizada	
Tabla 24. Seguimiento del desempeño	
Tabla 25. Clasificación de Proyectos	
Tabla 26. Requerimiento de Inversiones	
Tabla 27. Programación anual – meta física y financiera de productos	
Tabla 28. Programación Multianual de metas físicas de productos	
Tabla 29. Programación Multianual de metas físicas de productos	
Tabla 30. Estructura Programática	

Listado de Árboles

Árbol 1. Árbol de Problemas	41
Árbol 2. Árbol de Medios	98

Listado de Diagramas de Flujo

Diagrama de flujo 1. Proceso del Producto 1	420
---	-----

Diagrama de Gantt 1. Actividad 1

Diagrama de Gantt 1. Actividad 1	510
----------------------------------	-----

Anexos

Narrativo de Evidencias	364
Estructura de Costos	447

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. NOMBRE DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1.2. TIPO DE DISEÑO PROPUESTO.

Nueva Propuesta de PP	
Revisión del diseño 2019	
Mejora del diseño 2019	X
Rediseño del PP	

1.3. ENTIDAD RECTORA DEL PP.

Ministerio de Salud

1.4. RESPONSABLE TÉCNICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL.

Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

1.5. COORDINADOR TERRITORIAL

Oficina General de Gestion Descentralizada

1.6. COORDINADOR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

2. DIAGNÓSTICO

2.1. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMA ESPECÍFICO

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS, las Enfermedades No Transmisibles - ENT, son la causa de muerte más común para países en vías de desarrollo.

- En el Perú, las ENT representan el 58.5% de la carga de enfermedad generada cada año, colocándose así este grupo de enfermedades como el mayor causante de discapacidad y muerte prematura en el país, por encima de las enfermedades transmisibles y las lesiones. Este panorama coincide con lo reportado a nivel mundial para países de medianos ingresos.^{1,2}
- Así, además del sufrimiento a individuos y familias, las pérdidas económicas causadas por las ENT a la sociedad peruana son considerables. Como se puede visualizar en la Tabla 1, se estima que 6 tipos de ENT (Enfermedades neuropsiquiátricas, lesiones no intencionales, condiciones perinatales, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades osteoarticulares) pueden haber generado pérdidas económicas a la sociedad peruana entre 84 mil y 85 mil millones de Nuevos Soles durante el año 2012.
- Respecto a la Salud Ocular, la OMS estimó que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones presentan ceguera, esta cifra se incrementa en uno o dos millones cada año, siendo aproximadamente la mitad de ellos a consecuencia de ceguera por catarata y 246 millones presentan baja visión.³ En el Perú, un problema común del órgano ocular es la catarata, este problema causa pérdidas estimadas en más de 310 millones de Nuevos Soles anuales a la sociedad peruana por discapacidad o muerte prematura (Ver Tabla N°a1).
- La prevalencia de diabetes en el Perú se estima en 7% (un millón doscientos mil peruanos)⁴, sin embargo solo el 2,9% refiere conocer su condición con diagnóstico médico y está controlada⁵. Las personas que son diagnosticadas por primera vez con diabetes en los servicios, el 22% tiene alguna complicación⁶.
- La prevalencia de hipertensión para el 2017 fue de 18.6% (más de tres millones de peruanos). Las complicaciones por hipertensión y diabetes son las primeras causas de mortalidad en el país⁷. Para el 2012 más del 60% de los años de vida saludables perdidos en nuestra población fue a causas de enfermedades crónicas como problemas de salud mental, complicaciones de diabetes e hipertensión y cáncer.
- Las enfermedades bucodentales no son una cuestión estética, son un problema de salud pública, se encuentran entre las enfermedades más comunes, afectan hasta a un 50% de la población mundial y pueden tener graves consecuencias en la salud y económicas⁽⁸⁾. Sin embargo, estas enfermedades pueden prevenirse, tratarse y controlarse si se actúa oportuna y adecuadamente. Por tanto, es necesario fomentar la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades en sus fases iniciales, y definir el papel y las responsabilidades de los profesionales de la salud bucodental, particularmente odontólogos. Cabe señalar que en los últimos años se reconoce cada vez más el papel de la salud bucodental en la salud general, cuyo punto álgido fue la integración de las enfermedades bucodentales en la Declaración política emitida tras la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas⁽⁹⁾ (ONU) sobre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en 2011 y 2018. Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e

¹Enfermedades no transmisibles – OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.html>
Centro para el Control y Prevención de Enfermedades – Recursos en Salud Pública sobre Diabetes. <http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/investigacion.htm>

²La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Mortalidad, incidencias, prevalencias, duración de la enfermedad, discapacidad y años de vida saludables perdidos. MINSa. Primer edición, 2009. Lima. Pág.11

³OMS. Ceguera y discapacidad visual. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

⁴Seclén S, Rosas M, Arias A. PERUDIAB. Cohorte Peruana de Diabetes, Obesidad y Estilos de Vida en el Perú. 2011-2012.

⁵ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú 2015

⁶Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Diabetes. 2015.

⁷OEA/SIST / OGE / MINSa 2015.

⁸Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. Int J Health Sci 2017; 11: 72–80.

⁹http://www.worldoralthday.org/sites/default/files/assets/2018_WOHD-toolkit-advocacy-ES.pdf

impacto afectan al cuerpo de manera global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹⁰⁾ define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”. Esta definición ampliamente aceptada se complementa con el reconocimiento de que la salud bucodental es parte integral del derecho a la salud y por lo tanto se convierte en uno de los derechos básicos incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, adoptada por todas las naciones.

Los últimos estudios nacionales para la identificación de prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal revelan que aún persisten altos porcentajes de prevalencia de caries dental (85.6%) y enfermedad periodontal (52.5%) en escolares menores de 15 años, constituyendo un grave problema de salud pública en el país aún por atender con estrategias oportunas e integrales para la promoción y prevención de estas enfermedades.¹¹

- Nuestro país es rico en una diversidad de minerales, asimismo las actividades extractivas se constituyen en una de las principales fuentes de empleo e ingresos. Respecto a la exposición a metales pesados y otras sustancias químicas (Pb, Ar, Cd, Hg, Hidrocarburos, Plaguicidas) se constituye en un problema de salud pública debido al potencial tóxico de estas sustancias al contacto agudo o crónico en el ser humano, independientemente de ser contaminación natural o antropogénica (actividades productivas y extractivas, sean formales e informales). En ese contexto la ingestión de alimentos contaminados, exposición a suelos contaminados, inhalación de polvo y el agua contaminada; han sido identificadas como importantes factores de exposición a estos agentes tóxicos. Cabe señalar que la contaminación ambiental puede llevar a diversos problemas de salud, los grupos más vulnerables son los niños y gestantes.

¹⁰ http://origin.who.int/topics/oral_health/es/

¹¹ Perfil Epidemiológico de Salud Bucal en escolares de 3 a 15 años. Perú 2012 -2014. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC Perú. Ministerio de Salud.

**Pérdidas económicas debido a muerte temprana o discapacidad en el Perú.
Estimaciones para el 2012.**

	Ingreso nacional per cápita, GNI per cápita en USD (2012)	Años de vida perdidos ajustados a discapacidad, AVISA (2004)	En dólares americanos (USD)**	En Nuevo Soles al cambio (1 USD= 2.7 Nuevos Soles)
6 primeras causas de enfermedad (ENT)*	\$ 10,240.00	3061274	\$ 31,347,445,760.00	S/. 84,638,103,552.00
Neuropsiquiátricas	\$ 10,240.00	826253	\$ 8,460,830,720.00	S/. 22,844,242,944.00
Abuso/dependencia alcohol	\$ 10,240.00	231820	\$ 2,373,836,800.00	S/. 6,409,359,360.00
Adicción	\$ 10,240.00	45130	\$ 462,131,200.00	S/. 1,247,754,240.00
Depresión	\$ 10,240.00	193931	\$ 1,985,853,440.00	S/. 5,361,804,288.00
Cardiovasculares	\$ 10,240.00	390121	\$ 3,994,839,040.00	S/. 10,786,065,408.00
Diabetes	\$ 10,240.00	152589	\$ 1,562,511,360.00	S/. 4,218,780,672.00
Enfermedad CV Hipertensiva	\$ 10,240.00	105000	\$ 1,075,200,000.00	S/. 2,903,040,000.00
Enfermedades orales	\$ 10,240.00	84600	\$ 866,304,000.00	S/. 2,339,020,800.00
Enfermedades oculares (Cataratas)	\$ 10,240.00	11353	\$ 116,254,720.00	S/. 313,887,744.00

Tabla elaborada por Fabián Fiestas

* Enfermedades neuropsiquiátricas, lesiones no intencionales, condiciones perinatales, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades osteoarticulares

**Calculado tomando en cuenta que el ingreso bruto nacional per cápita (GNI per cápita) en el 2012 publicado por el Banco Mundial: 10,240.00 dólares americanos. Los años de vida perdidos ajustados a discapacidad (DALYs, disability adjusted life years) son los estimados para cada patología para el Perú por Velásquez (2009) (6)

▪ **Elevada Carga de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.**

Debido a su característica de ser no transmisibles, de naturaleza crónica y su alta prevalencia, el Ministerio de Salud ha priorizado las siguientes enfermedades o grupos de enfermedades como prioridad para ser afrontadas desde sus estrategias sanitarias incluidas en el presente programa presupuestal de ENT: sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, **enfermedades oftalmológicas**, enfermedades de la cavidad bucal, problemas y trastornos de salud mental, así como las enfermedades por contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas.

SALUD OCULAR

- **El Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú - ERCE**, evidenció que las principales causas de ceguera en personas de 50 a más años se deben a Catarata (58%), seguida de Glaucoma (14%), Errores Refractivos no corregidos (5%), Retinopatía Diabética, entre otros.¹²

Esto se relaciona con la actual situación de transición por la que atraviesa nuestro país, traducido en el incremento de la esperanza de vida al nacer y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, formando parte de estas, las Enfermedades Oculares; aunado al limitado acceso a los servicios de oftalmología por la población más necesitada y la baja tasa de cirugías oftalmológicas a nivel nacional.

- **Catarata**

La OMS considera a la Catarata como la principal causa de ceguera en América Latina y en el mundo. Y constituye un desafío para cualquier sistema de salud.

La catarata es una enfermedad crónica asociada al proceso de envejecimiento. El paulatino aumento de la esperanza de vida ha provocado un aumento sustancial de la prevalencia de cataratas que afecta a una proporción creciente de la población. Su definición clínica se refiere a cualquier opacidad congénita o adquirida en la cápsula o el contenido del cristalino, normalmente transparente. Esta enfermedad ocasiona la disminución de la agudeza visual lenta y progresivamente. Hasta ahora, el único tratamiento curativo, es el quirúrgico, el cual ha mostrado ser altamente costo-efectivo. Éste consiste en el reemplazo del cristalino opaco por una lente intraocular.

En el Perú, de acuerdo al Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera - RAAB Perú en población mayor de 50 años, la principal causa de ceguera en nuestro país es por Catarata (58.0%).

- **Errores Refractivos (ER)**

De 285 millones de personas con discapacidad visual según la OMS, 153 millones padecen de Errores Refractivos No Corregidos, constituyendo la primera causa de discapacidad visual y la segunda causa de ceguera después de la catarata. Afectando principalmente a la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropía o errores refractivos. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica.

Cabe mencionar que la detección temprana de ametropías, mediante la determinación de la agudeza visual, en el primer nivel de atención, no se realiza en forma rutinaria, como lo demuestran los estudios de la OPS en años recientes, que confirman que la prevalencia de ceguera e impedimento visual es más del doble en zonas rurales y poblaciones pobres, con una cobertura y calidad de atención muy baja, en comparación con los servicios de salud de las áreas urbanas.¹³

En la actualidad los errores refractivos constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, al comprobarse el alto porcentaje de niños(as) afectados por esta entidad y que varía según cada país (3% a 21%). Es preocupante la situación por la que atraviesa Latinoamérica, en donde los escolares afectados por algún grado de error refractivo bordean el 13%.¹⁴

¹² Estudio poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú – ERCE Perú (siglas en inglés RAAB), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA (ESNSOPC) – INO - ONG Divino Niño. Disponible en: http://www.paho.org/Journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=823&lang=en

¹³ Majeed M et al. Are there inequities in the utilization of childhood eye care services in relation to socioeconomic status. Evidence from the ALSPAC cohort Br.J. Ophthalmol. Published online 14 May 2008, doi: 10.1136/bjo. 2007. 134841

¹⁴ He M, Huang W, Zheng Y, Huang L, Ellwein LB. Refractive error and visual impairment in school children in rural southern china. Ophthalmology. 2007; 114:374-382

Se ha demostrado que la provisión de anteojos es una de las medidas más costo-efectivas para tratar los errores refractivos y la única forma de corregir la discapacidad visual y evitar la ceguera.

En nuestro país, en la Región La Libertad, el Instituto Regional de Oftalmología realizó una investigación en instituciones educativas públicas, evidenciando una prevalencia de errores refractivos de 7.2%; de los cuales 87.2% no estaban corregidos. La ambliopía tuvo una prevalencia de 2.4%.¹⁵

▪ **Glaucoma**

Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, solo superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el mundo. Asimismo la OMS proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan las $\frac{3}{4}$ partes del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.¹⁶

El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.¹⁷

En el Perú, Viaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopia directa.¹⁸

La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.

▪ **Retinopatía Diabética (RD)**

La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevivencia y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.¹⁹

La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.

En el Barbados Eye Study, el 18% de las personas entre 40 y 84 años tienen historia de diabetes, el 30% de las personas con diabetes sufren de retinopatía y el 1% de retinopatía proliferativa. Estudios clínicos muestran que el tratamiento apropiado reduce el riesgo en más de un 90%.²⁰

¹⁵ Joan McLeod Omawale, Rosa Adrianzén de Casusol, et al. ORBIS-IRO Alliance in the Efforts for Eradication of Refractive Errors in Schools Children of Northern Perú: Characteristics and Magnitude of the Problem. Instituto Regional de Oftalmología. 2012.

¹⁶ Visión 2020—IAPB. <http://vision2020la.wordpress.com/2013/03/26/1521/>

¹⁷ Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, et al. Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology* 2004; 111: 1439-1448.

¹⁸ Viaña-Pérez JM, Pongo-Águila L, Castro-Palomino H, Corbera-Gonzalo JC. Incidencia del glaucoma en la región Grau. *Rev. Peruana de Oftalmología* 1995; 19: 23-25.

¹⁹ Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO. Christian Blind Mission. CBM. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://www.paao.org/images/Downloads/spanish/pdf/GuiaPracticaRetinopatia2011.pdf>

²⁰ OMS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=1

En nuestro país, la diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes. Las complicaciones macrovasculares y microvasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. Para el año 2008 la diabetes mellitus constituyó la cuarta subcategoría con mayor carga de enfermedad representando el 3.4% del total de años de vida saludable perdidos en el país. Los principales estudios poblacionales realizados durante el período 2004-2006 principalmente por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Salud evidenciaron una prevalencia nacional de 2.8% y de 2.5% a 4.1% en ciudades de la sierra y costa del país. Asimismo, los estudios del Centro de Excelencia en enfermedades Crónicas de la Universidad Cayetano Heredia evidenciaron prevalencias de diabetes mellitus tipo 2 de 0.8%, 3% y 6% en poblaciones rural, migrante y urbana. De acuerdo a estimaciones del número de diabéticos, basadas en la prevalencia obtenida en estudios poblacionales como en el crecimiento poblacional, para el año 2012, existirían 1, 292,977 diabéticos en el país.²¹

Con el propósito de estimar la prevalencia de la retinopatía diabética y los factores clínicos asociados en los pacientes con diabetes tipo 2, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realizó un estudio prospectivo sobre la presencia de retinopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 2; se estudiaron 1,222 personas en las cuales se detectó 282 (23,1%) con RD, de los cuales 249 (20,4%) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) tenían RD proliferativa. La gran mayoría de estos casos (88.7%) presentó RD Bilateral. La prevalencia de la ceguera fue dos veces más frecuente en los pacientes con RD frente a aquellos que no presentaron RD (9,4% y 4,6%, respectivamente).²²

▪ Retinopatía de la Prematuridad

En los países industrializados, se han descrito dos epidemias de Retinopatía de la Prematuridad (ROP). La “primera epidemia” (de la ceguera) se produjo en los años 1940 y 1950 y los recién nacidos prematuros (RN prematuro) eran los principalmente afectados en los EE.UU. y, en menor medida, en Europa Occidental. En ese momento, el oxígeno suministrado sin control fue el factor de riesgo principal.²³

Una “segunda epidemia” (de ROP aguda) en los países industrializados se inició en la década de 1970, como consecuencia de las mayores tasas de supervivencia de los RN extremadamente prematuros, con pesos menores de 800g y una edad gestacional entre las 22 -32 semanas.²⁴

En la actualidad nos encontramos en la “tercera epidemia” de la ceguera por ROP, esta tiene varias explicaciones: a) En primer lugar, las tasas de nacimientos prematuros tienden a ser mayores en los países de ingreso mediano que en los países de altos ingresos, en particular en América Latina, donde los embarazos de adolescentes son comunes; b) En segundo lugar, en los países de ingresos medios, la proporción de mujeres que dieron a luz en centros de salud es alta y los RN prematuros son, por lo tanto, propensos a ser admitidos en cuidados intensivos neonatales; c) En tercer lugar, las tasas de retinopatía del prematuro grave es mayor en los RN prematuros en los países de bajos y medianos ingresos, incluso cuando se han utilizado criterios de selección más amplios, lo que sugiere que los bebés están expuestos a factores de riesgo que están ahora en gran parte controladas en los países industrializados.

El Perú cuenta a nivel nacional con unidades de cuidados intensivos neonatales de un nivel tecnológico variable, lo que ha permitido mayor supervivencia de los neonatos prematuros menores de 1500 gramos, aumentando por ende el riesgo a desarrollar ROP. En un estudio que se realizó entre 1998 y 2001 en el Instituto Nacional de Salud del Niño, se reportó que el 44.9% de casos de ceguera infantil se debió a enfermedades perinatales. En el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2003, la incidencia de ROP de cualquier grado en la población de sobrevivientes nacidos con un peso menor de 1500 g al nacer fue de 70.6%

²¹ Análisis de la Situación de las Enfermedades no Transmisibles realizado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud el año 2013.

²² Villena JE, Yoshiyama CA, Sánchez JE, Hilario NL, Merin LM. Prevalence of diabetic retinopathy in Peruvian patients with type 2 diabetes: results of a hospital-based retinal telescreening program. *Rev PanamSaludPublica*. 2011;30(5):408-14

²³ Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control Clare Gilbert

²⁴ Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control Clare Gilbert

(5.45 x 1000 nacidos vivos); alta en relación a otros países. En estudios más recientes, Chiang reportó una incidencia de ROP de 27.3% en neonatos menos de 1200 gramos.²⁵

▪ Enfermedades Externas del Ojo

Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes, la blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad. Se estima que el 3.32% de la población acude a consulta de acuerdo al análisis del HIS que realizó la ESN de Salud Ocular.

Primeras Causas de Enfermedades del ojo y sus anexos en la atención de Consulta Externa a Nivel Nacional – 2017

Nº	DIAGNÓSTICO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
1	H00 - ORZUELO Y CHALAZION	16,359	9,633	25,992	2.7%
2	H01 - OTRAS INFLAMACIONES DEL PARPADO	13,335	7,847	21,182	2.2%
3	H04 - TRASTORNOS DEL APARATO LAGRIMAL	18,595	8,736	27,331	2.8%
4	H10 - CONJUNTIVITIS	134,656	100,482	235,138	24.4%
5	H11 - OTROS TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA	44,824	20,728	65,552	6.8%
6	H25 - CATARATA SENIL	29,458	22,789	52,247	5.4%
7	H26 - OTRAS CATARATAS	12,687	9,493	22,180	2.3%
8	H40 - GLAUCOMA	21,692	13,826	35,518	3.7%
9	H52 - TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE	117,767	68,449	186,216	19.3%
10	H54 - DISCAPACIDAD VISUAL, INCLUSIVE	114,182	78,876	193,058	20.0%
	Las demás causas	56,947	43,481	100,428	10.4%
TOTAL		580,502	384,340	964,842	100%

Fuente: HIS- ESNSOPC 2018

▪ Tracoma

El Tracoma, es la principal enfermedad infecciosa causante de ceguera en el mundo, resulta de la infección por la Chlamydia Trachomatis. Se presenta en personas con limitado acceso a servicios básicos. Su forma temprana se presenta en los niños (Tracoma folicular-TF) y también una estimación de la prevalencia de la forma crónica que se presenta, generalmente, en los adultos (Triquiasis Tracomatosa-TT). Esta enfermedad produce ceguera en su forma crónica.

El año 2017, en nuestro país por 1ra vez se genera una línea de base de tracoma ocular, liderado desde el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera - ESNSOPC conjuntamente con la Dirección Regional de Salud Loreto y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud - OPS, desarrollando el "Estudio de la Prevalencia y Factores Asociados para el Tracoma Ocular en Comunidades Rurales del Departamento de Loreto, Perú, 2017"; como resultado del mismo, se encontró una prevalencia de 8.58% de inflamación por tracoma folicular en niños de 01 a 09 años de edad y una prevalencia de Triquiasis Tracomatosa (TT) de 0.13% en personas de 15 años a más en las provincias de Putumayo, Mariscal Ramón Castilla y Requena, determinándose

²⁵ Información del Hospital Nacional Dos de Mayo.

que la Región Loreto tiene una alta prevalencia de tracoma con riesgo de ceguera, por lo que es necesario implementar estrategias y acciones con la finalidad de contribuir a su eliminación.

▪ Baja Visión

La baja visión puede ser definida funcionalmente como una pérdida irreversible de la visión que impide (seriamente) la capacidad de un individuo para aprender o realizar alguna o todas las tareas habituales y adecuadas a su edad, aunque aún permite algún uso funcional de la visión para las actividades diarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) formuló una definición práctica de baja visión en 1992 para identificar a las personas que se beneficiarían de los servicios de baja visión: "Una persona con baja visión es una persona que, después de la intervención médica, quirúrgica y/u óptica, tiene una agudeza visual corregida en el mejor ojo de <6/18 hasta e incluyendo la percepción de luz o un campo visual central de <20 grados. pero que utiliza o tiene el potencial de usar la visión para la planificación y/o ejecución de algunas tareas.

De acuerdo con las estimaciones de la OMS (WHO, 2012), en 2010, 285 millones de personas del mundo se encuentran con discapacidad visual, 39 millones de ellas son ciegas, y 246 millones son personas con baja visión. La discapacidad visual es más frecuente en los grupos de mayor edad, el 82% de las personas ciegas y el 65% de las personas con baja visión eran mayores de 50 años.

Edad (años)	Población (millones)	Ciegos (millones)	Baja Visión (millones)	Discapacidad Visual (millones)
0-14	1.848,50	1,421	17,518	18,939
15-49	3.548,20	5,784	74,463	80,248
>= 50	1.340,80	32,16	154,043	186,203
Total	6.737,50	39,365 (0,58)	246,024 (3,65)	285,389 (4,24)

Fuente: Estimación global de número de personas con discapacidad visual por edad, 2010; para todas las edades el paréntesis corresponde a porcentaje (%)./ WHO, 2012.

Con los resultados estimados en 2010 por la OMS, se observa que la baja visión es el 86,31% del total de la discapacidad visual y que la ceguera es el 13,68%.

Según el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú – ERCE, realizado el año 2011 en personas de 50 años a más de edad, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3%, deficiencia visual moderada 10.2% y baja visión funcional 1.4%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera (11.5%). Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión.

Las enfermedades que generan Baja Visión son: Degeneración Macular Relacionado a la Edad – DMRE, Retinopatía Diabética e Hipertensiva, Glaucoma, Desprendimiento de Retina, Retinosis Pigmentaria, Miopía Maligna o Degenerativa y Retinopatía del Prematuro en niños – ROP.

En el primer informe mundial sobre la visión de la Organización Mundial de la Salud del 2019, se indica que al menos 2200 millones de personas tienen deficiencia visual o ceguera; de estos casos, más de 1000 millones podrían haberse evitado o aún no han sido tratados. Se indica además que todas las personas con ceguera o deficiencia visual grave que no pueden ser tratadas pueden llevar no obstante una vida independiente si tienen acceso a servicios de rehabilitación. Algunas de las opciones disponibles son las lupas ópticas, la lectura en

Braille, los buscadores de los teléfonos inteligentes y el entrenamiento de orientación y movilidad con bastones.

SALUD BUCAL

Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global. Son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. Sin embargo, existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales son evitables y pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos, en todas las etapas de la vida y tanto a nivel individual como poblacional. Se presenta a continuación las principales enfermedades bucodentales:

- **Caries dental** ^(26,27)

Es una disbiosis, que se manifiesta principalmente por el consumo alto de azúcares fermentables. La disbiosis es la alteración del equilibrio y de la proporción entre las diferentes especies de microorganismos de la flora oral. La caries dental es una disolución química localizada de la superficie dentaria que resulta de eventos metabólicos que se producen en la biopelícula (placa dental) que cubre el área afectada. Estos eventos metabólicos son conocidos como el proceso carioso. La interacción entre los depósitos microbianos y los tejidos duros del diente puede resultar en una lesión cariosa que es el signo o síntoma del proceso.

En el Perú, la caries dental es la enfermedad más prevalente entre la población infantil y a partir de los 5 años de edad, los problemas de la cavidad oral son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. La prevalencia y severidad de esta enfermedad aumenta dramáticamente con la edad durante los primeros 6 años de vida, [Villena-Sarmiento 2011²⁸] y pese al mayor número de Facultades de Odontología, de odontólogos y de odontopediatras, el estado de salud oral de la población infantil no ha cambiado mucho, según se evidencia al comparar los resultados de los dos estudios nacionales de salud bucal realizados por el MINSa [MINSa 2005, MINSa 2016].

Los resultados principales de los dos estudios nacionales se muestran en el siguiente cuadro:

²⁶ Fejerskov O. Pathology of dental caries. In: Dental Caries. The Disease and its Clinical Management 3rd edn. Fejerskov O, Nyvad B and Kidd EAM (eds). Oxford: Wiley/Blackwell, 2015: pp49-81

²⁷ Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños: Guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. Dirección de Salud Bucal – Lima: Ministerio de Salud; 2017

²⁸ Villena R, Pachas F. Prevalencia de caries de infancia temprana en niños menores de 6 años de edad, residentes en poblados urbano marginales de Lima Norte. Rev Estomatol Herediana. 2011;21(2):79-86.

Resultados de los dos Estudios Nacionales sobre Salud Bucal (Caries Dental)

Tipo de Dentiación	Estudio 2001-2002		Estudio 2012-2014	
	Prevalencia Global	I.C. 95%	Prevalencia Global	I.C. 95%
Dentiación Decidua	60.5 %	57.5%-63.5%	59.1%	58.3%-59.9%
Dentiación Mixta	90.4 %	87.6%-93.2%	85.6%	85.0%-86.2%
Dentiación Permanente	60.6 %	56.2%-65.1%	57.6%	56.8%-58.5%

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

- **Enfermedad Periodontal²⁹**

La enfermedad periodontal se ha definido como todo proceso morboso que afecta a los tejidos que rodean o sostienen el diente, o sea, las alteraciones que modifican al periodonto, y pueden categorizarse en gingivitis y periodontitis. La periodontitis es la inflamación gingival acompañada de la pérdida de tejido de soporte y hueso alveolar; también provoca la destrucción progresiva del ligamento periodontal y hueso alveolar acompañado de la pérdida de la inserción al cemento, lo que finalmente ocasiona la pérdida de la pieza dentaria. Así mismo la gingivitis inducida por placa es una respuesta inflamatoria de los tejidos gingivales que resultan de la acumulación de placa bacteriana en el margen gingival y por debajo de ella.

Prevalencia de Enfermedad Periodontal en Escolares de 3 a 15 años. Perú 2012-2014

Variables	Enfermedad periodontal					
	Gingivitis (3-9 años)			Periodontitis (10-15 años)		
	n=6697	%	(IC 95%)	n=7303	%	(IC 95%)
Sexo						
Masculino	3308	47.7	(46,9-48,6)	3705	53,6	(52,8-54,4)
Femenino	3389	45.1	(44,3-45,9)	3598	51,4	(50,6-52,2)
Tipo Institución Educativa (I.E)						
Pública	4239	50.3	(49,5-51,1)	4846	53,6	(52,8-54,5)
Privada	2458	33.3	(32,5-34,1)	2457	49,0	(48,2-49,8)
Área Geográfica						
Urbana	4656	45.9	(45,1-46,7)	5212	52,7	(51,8-53,5)
Rural	2041	49.2	(48,4-50,0)	2091	51,6	(50,7-52,4)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

- **Edentulismo^(30,31)**

²⁹ Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Gingivitis inducida por Placa Dental y Periodontitis". RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 324-2019/MINSA

³⁰ Vanessa Leila Gutiérrez-Vargas Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal Rev. Estomatol. Herediana vol.25 no.3 Lima jul. 2015.

³¹ Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del edentulismo total (R.M. N° 027-2015/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal -- Lima: Ministerio de Salud; 2016

El edentulismo se refiere a la pérdida de todos los dientes deciduos y permanentes. Esta condición puede afectar sustancialmente la salud oral y general, así como también la calidad de vida, incluyendo el gusto por las comidas y la adecuada nutrición. Algunas evidencias sugieren que el estado de salud oral, particularmente el edentulismo total, pueden afectar la ingesta alimentaria. La pérdida de todos los dientes, aún con prótesis total, reduce la efectividad de la masticación y afecta la percepción del sabor, las preferencias y los patrones de consumo de las comidas. Todo ello, afecta en gran medida en el estado anímico de las personas edéntulos, porque su calidad de vida no es la misma a diferencia de cuando tenían todas sus piezas dentarias presentes en boca. El edentulismo es un estado de la salud bucal que corresponde a la ausencia de piezas dentarias, se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Las causas que lo producen son diversas, siendo las principales la caries dental y la enfermedad periodontal.

La extensa o completa pérdida de dientes puede afectar negativamente la nutrición, la capacidad de comer y la calidad de vida. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas adultas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Frecuencia del edentulismo según edad y grado de instrucción en adultos de ámbito urbano marginal. Callao-Lima, 2014.

	Edentulismo	Dentado
	N (%)	N (%)
Edad		
18-31	42 (57,5)	31 (42,5)
32-40	43 (76,8)	13 (23,2)
41-64	36 (92,3)	3 (7,7)
Grado de Instrucción		
Primaria	44 (81,5)	10 (18,5)
Secundaria	54 (69,2)	24 (30,8)
Superior	23 (63,9)	13 (36,1)
Total	121 (72,0)	47 (28,0)

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

▪ **Cáncer Oral³².**

El cáncer oral es un término general que se refiere a neoplasias que se originan en los tejidos orales. El sitio principal donde se originan los cánceres orales son los tejidos submucosos, el epitelio y las glándulas salivales menores. Otros sitios comunes del carcinoma oral son alvéolos dentales, lengua, mucosa bucal y áreas del surco gingivobucal.⁷

El cáncer oral ocupa el décimo puesto de entre todos los cánceres, siendo incluso más prevalente en el Sudeste asiático en el que se espera un incremento debido al aumento de consumo de tabaco y alcohol. Más del 70% de los cánceres orales están precedidos de lesiones orales precancerosas tales como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. El cáncer puede pasar desapercibido durante sus estadios iniciales por lo que muchas veces se encuentra avanzado cuando el paciente requiere cuidados. Por ello la tasa de supervivencia a los 5 años es de tan solo el 50%.

³² Pérez Brito H J Herramientas invasivas y no invasivas para el diagnóstico de cáncer oral. Revisión de la literatura. Revista Asociación dental mexicana. Revista ADM217;74(6):308-314.pg 308-313

**Defunciones estimadas por cáncer según sexo luego de corrección de subregistro.
Perú 2011**

Grupo de neoplasias	Hombres	Mujeres	Total
Neoplasias Maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	217	165	382

Tasa de mortalidad ajustada por cánceres en hombres y mujeres luego de corrección de subregistro Perú 2011

Lista detallada 10/110 de Mortalidad-ASIS	Tasa ajustada Hombres	Tasa ajustada Mujeres	Tasa ajustada Total
Neoplasias Maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1.4	1.2	1.3

* Tasa por cien mil habitantes

Distribución de AVISA (Años de vida saludable) según categorías de enfermedades y sexo 2008

Categorías	Total			Hombre			Mujer		
	N° AVISA	Tasa*	%	N° AVISA	Tasa	%	N° AVISA	Tasa	%
Enfermedades orales	103750	3.7	2.0	52016	3.7	1.9	51734	3.7	2.1

* Tasa por mil habitantes

▪ **Maloclusiones.**

Son alteraciones dentofaciales se considera cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior.

**Prevalencia de maloclusiones molar canina en población escolar de 6 a15 años. Perú
2012 y 2014**

Variables	Prevalencia maloclusión molar (6-15 a)		Prevalencia maloclusión Canino (11-15a)		Prevalencia maloclusión Canino-Molar (11-15a)	
	%	(IC 95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Área geográfica						
Urbana	53,2	(52,4-54,0)	60,6	(60,4-61,4)	52,8	(51,9-53,6)
Rural	46,7	(45,9-47,5)	52,7	(52,5-53,5)	57,8	(56,9-58,6)
Tipo de Institución Educativa (I.E)						
Pública	52,2	(51,4-53,0)	58,8	(58,6-59,6)	54,3	(53,4-55,1)
Privada	51,9	(51,1-52,7)	61,3	(61,1-62,1)	51,3	(50,4-52,1)
Sexo						
Masculino	53,2	(52,4-54,0)	56,6	(55,7-57,4)	54,0	(53,2-54,8)
Femenino	51,2	(50,4-52,0)	62,5	(61,7-63,3)	53,0	(52,1-53,8)
Total	52,0	(51,3-53,0)	59,5	(58,6-60,3)	53,5	(52,6-54,3)

▪ **Disfunción.**

Mide las alteraciones en las funciones del sistema estomatognático a) Respiración b) Deglución y c) Masticación.

**Prevalencia de disfunción en población escolar de 3 a 15 años.
Perú 2012-2014**

Variables	Prevalencia de disfunción en escolares de 3 a 15 años	
	%	IC:95%
Área geográfica		
Urbano	28.1	(27,3-28,8)
Rural	28.6	(27,3-28,8)
Institución Educativa		
Pública	26.9	(26,2-27,7)
Privada	31.9	(31,2-32,7)
Género		
Masculino	29.1	(28,3-29,8)
Femenino	27.2	(26,4-27,9)
Grupo de edad (años)		
3 - 5	27.1	(26,3-27,8)
6 - 11	28.1	(27,3-28,8)
12	27.1	(26,4-27,9)
13-15	29.2	(28,4-29,9)

- **Malformaciones Congénitas y adquiridas de la cavidad oral³³.**

Las anomalías congénitas de cara y boca son frecuentes, representando el labio leporino/fisura palatina los dos tercios del total. Este proceso ocurre de manera aislada (70%) o formando parte de un síndrome, afectando a cerca de 12 de cada 10.000 nacidos en el mundo. Uno de cada 500 o 700 nacidos presenta labio leporino o fisura palatina.

- **Traumatismos orofaciales³⁴.**

Los traumatismos orales o faciales, asociados a un entorno inseguro, deporte o violencia, suponen una alta incidencia sobre todo en población infantil. La violencia y el abuso infantil son causas importantes de lesiones orales y tienen, consecuencias de por vida graves. Los profesionales de salud bucodental pueden ser el primer y único punto de referencia para las víctimas en un entorno médico. Por lo tanto, deben ser capaces de reconocer los signos de abuso, que comúnmente afectan a la cabeza, el cuello o la cara. La sensibilización y educación sobre estas cuestiones deben ser fortalecidas, y los profesionales de salud bucodental deben ser conscientes de su responsabilidad legal y ética, denunciando los casos de abuso.¹⁰

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

- **La Organización Mundial de la Salud – OMS, señala sobre la diabetes:**

- El número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 (1).
- La prevalencia mundial de la diabetes* en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 (1).
- La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.
- La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.
- Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012.
- Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.
- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición.
- Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones.
- Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.

³³ Vila Morales, Dadonim. Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. Revista Habanera de Ciencias Médicas [en línea] 2006, 5 (Julio-Septiembre) : [Fecha de consulta: 10 de marzo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180419825002>>

³⁴ Díaz Fernández, José Manuel, & Fernández Cardero, Anyi. (2014). Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman. MEDISAN, 18(12), 1652-1660. Recuperado en 10 de marzo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001200004&Ing=es&lng=en.

- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.
- **La Organización Mundial de la Salud – OMS, señala sobre la hipertensión que:**
 - La hipertensión (o tensión arterial alta) es un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades.
 - Se estima que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos.
 - En 2015, 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión.
 - Apenas 1 de cada 5 personas hipertensas tiene controlado el problema.
 - La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo.
 - Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010).
 - La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías.
 - La hipertensión no tratada produce daño a nivel de los que se denominan “órganos blanco de la hipertensión”: **cerebro, corazón, riñón y arterias.**
 - Cerebro: accidente cerebrovascular hemorrágico, comúnmente llamado “derrame cerebral”, por ruptura de un vaso sanguíneo; o accidente cerebrovascular isquémico, comúnmente llamado “infarto cerebral”, causado por trombosis cerebral asociado a enfermedad aterosclerótica de las arterias intracraneales. Pueden manifestarse como parálisis total o parcial de alguna parte del cuerpo, problemas en el habla, trastornos visuales.
 - Corazón: angina de pecho e infarto agudo de miocardio. La angina de pecho se produce por una obstrucción parcial de las arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco, lo cual produce dolor de pecho; mientras que el infarto se debe a una obstrucción total de una de esas arterias, generando un dolor de pecho más severo y prolongado, que se puede acompañar de otros síntomas como sudoración fría, náuseas, vómitos, falta de aire o pérdida del conocimiento.
 - Hipertrofia ventricular izquierda: es el aumento de espesor de las paredes del corazón debido a una sobrecarga crónica de presión por la hipertensión arterial. Su presencia favorece la aparición de otras complicaciones como arritmias e insuficiencia cardíaca.
 - Insuficiencia cardíaca: sobreviene cuando el corazón falla en contraerse y/o relajarse producto del agrandamiento de sus paredes o dilatación de sus cavidades consecuencia de la hipertensión crónica. Se manifiesta por falta de aire, cansancio y retención de líquido.
 - Riñón: la hipertensión es una de las causas más frecuentes, junto con la diabetes, de insuficiencia renal y de necesidad de diálisis. Los pacientes hipertensos tienen cinco veces más riesgo de desarrollarla que los normotensos.
 - Arterias: cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles. En estas arterias rígidas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo para producir enfermedad aterosclerótica.

Las formas más frecuentes de diabetes son: tipo 1 y tipo 2 y diabetes mellitus gestacional (DMG).

- **Diabetes tipo 1:** suele aparecer en la infancia y/o adolescencia, pero no es excepcional en otras edades. Existe una cierta predisposición genética a padecer la enfermedad, pero no se conoce la verdadera causa. Sus síntomas más frecuentes son una intensa sensación de sed,

el aumento del volumen de orina, cansancio y un acusado apetito, a pesar de lo cual el paciente pierde peso. El único tratamiento existente para los pacientes con diabetes tipo 1 es la insulina, que debe administrarse desde el principio.

- **Diabetes tipo 2:** es la forma más común de diabetes. Suele ocurrir en personas de edades más avanzadas, aunque cada vez hay más casos de niños y adolescentes con diabetes tipo 2. Sus síntomas son menos evidentes que la anterior y, a menudo, no producen ningún tipo de molestia, por lo que su diagnóstico podría darse años después del comienzo de la enfermedad, cuando se producen las complicaciones. La base del tratamiento de estos pacientes es la dieta y el ejercicio, que puede derivar en la administración de fármacos antidiabéticos orales y, en estadios avanzados, el tratamiento con insulina.
- **Diabetes mellitus gestacional (DMG):** es aquella diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo debido a que el organismo no puede producir ni utilizar la suficiente insulina necesaria para la gestación. Suele desaparecer después del parto.

Las complicaciones de la diabetes suelen dividirse en agudas y crónicas:

- Agudas: las complicaciones agudas más frecuentes son: hipoglucemia, hiperglucemia, cetoacidosis diabética y síndrome hiperosmolar.
- Crónicas: Macrovasculares o afectación de los grandes vasos sanguíneos que rodean el corazón y los que llevan la sangre al cerebro y extremidades. Eso puede producir enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica o enfermedad cerebro vascular.
- Microvasculares o afectación de vasos sanguíneos de pequeño calibre que pueden dañar el riñón (nefropatía), la vista (retinopatía) y el sistema nervioso periférico (neuropatía).

Principales causas de enfermedades no transmisibles, en la atención de consulta externa a nivel nacional, 2019

Grupo	Sub Categoría	Total	
		N°	%
TOTAL		100.0	100.0
(E10 - E14) DIABETES MELLITUS		99,024	3.9
E110	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Coma	4,498	4.5
E111	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Cetoacidosis	1,003	1.0
E112	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones Renales	3,460	3.5
E113	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones Oftálmicas	689	0.7
E114	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones Neurológicas	5,210	5.3
E115	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones Circulatorias	3,414	3.4
E116	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con otras Complicaciones Especificadas	1,818	1.8
E117	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones Múltiples	5,628	5.7
E118	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones no Especificadas	6,833	6.9
E119	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, sin Mención de Complicación	66,471	67.1
(E15 - E16) OTROS TRASTORNOS DE LA REGULACION DE LA GLUCOSA Y DE LA SECRECIÓN INTERNA DEL PANCREAS		578	0.0
E160	Hipoglucemia sin Coma, Inducida por Drogas	295	51.0
E162	Hipoglucemia, no Especificada	283	49.0
(E40 - E46) DESNUTRICIÓN		466,883	18.3
E43X	Desnutrición Proteico calórica Severa, no especificada	11,483	2.5

Grupo	Sub Categoría	Total	
		N°	%
E440	Desnutrición Proteico calórica Moderada	80,446	17.2
E45X	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica	374,954	80.3
(E65 - E68) OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION		1,431,510	56.2
E65X	Adiposidad Localizada	30,600	2.1
E660	Sobrepeso	847,894	59.2
E669	Obesidad	527,947	36.9
E6691	Obesidad Grado I	2,094	0.1
E6692	Obesidad Grado II	16,588	1.2
E6693	Obesidad Grado III	6,387	0.4
(E70 - E90) TRASTORNOS METABOLICOS		279,024	11.0
E782	Hiperlipidemia Mixta	88,455	31.7
E785	Hiperlipidemia no Especificada	190,569	68.3
(I10 - I15) ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS		186,733	7.3
I10X	Hipertensión Esencial (Primaria)	176,788	94.7
I110	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	2,190	1.2
I119	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	6,345	3.4
I120	Enfermedad Renal Hipertensiva con Insuficiencia Renal	732	0.4
I129	Enfermedad Renal Hipertensiva sin Insuficiencia Renal	222	0.1
I130	Enfermedad Cardiorrenal Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	176	0.1
I131	Enfermedad Cardiorrenal Hipertensiva con Insuficiencia Renal	75	0.0
I132	Enfermedad Cardiorrenal Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva) e Insuficiente	49	0.0
I139	Enfermedad Cardiorrenal Hipertensiva, no Especificada	156	0.1
(I20 - I25) ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON		5,087	0.2
I209	Angina de Pecho, no Especificada	5,087	100.0
(I30 - I52) OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON		10,374	0.4
I499	Arritmia Cardíaca, no Especificada	10,374	100.0
(I60 - I69) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		3,916	0.2
I64X	Accidente Vascular Encefálico Agudo, no Especificado como Hemorrágico o Isquémico	3,916	100.0
(R00 - R09) SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y RESPIRATORIO		29,831	1.2
R030	Lectura Elevada de la Presión Sanguínea, sin diagnóstico de Hipertensión	27,196	91.2
R031	Lectura de Presión Baja no Especifica	2,635	8.8
(R70 - R79) HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN DE SANGRE, SIN DIAGNOSTICO		34,061	1.3
R730	Anormalidades en la Prueba de Tolerancia a la Glucosa	4,846	14.2
R739	Hiperglicemia, no Especificada	29,215	85.8

Fuente: Registro diario de registro HIS - MINSA

METALES PESADOS

Existen Enfermedades y Daños que han aumentado de manera significativa en las últimas décadas en los países en vías de desarrollo, muchas de ellas estarían asociadas a contaminantes ambientales.

En los últimos 20 años en el Perú las actividades extractivas como la minería y de explotación de hidrocarburos han presentado un gran impulso, situación que estaría produciendo cambios sin precedentes en el medio ambiente, impactando de manera negativa en la salud por la exposición de la población a metales pesados en las comunidades que se encuentran en zonas aledañas a donde se transporta, se extrae o se almacenan los minerales e hidrocarburos.

El problema de la contaminación se ve recrudecida por la expansión de la minería informal o artesanal. Se ha estimado que aproximadamente 30 a 40 mil familias están implicadas en esta actividad de minería especialmente en Madre de Dios, Puno y en el llamado Sur Medio (Ica, Ayacucho, Arequipa)³⁵. Actualmente, la situación y complejidad del problema es a nivel nacional y de gran magnitud.

En el año 2015 mediante la Resolución Ministerial N° 006-2015/MINSA se aprobó la Norma Técnica N° 111-2014-MINSA/DGE-V0.1 “Norma Técnica de Salud que establece la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de Factores de Riesgo por Exposición e Intoxicación de Metales Pesados y Metaloides”, en su primer año de implementación (año 2016) se han obtenido los siguientes resultados:

Casos notificados por exposición a metales pesados y metaloides. Perú, 2016*

Exposición según tipo de metales pesados y metaloides	Tipo de diagnóstico				
	Sospechosos	Probables	Confirmado	Total	%
Plomo y sus compuestos	1236	0	-	1236	90.6
Mercurio y sus compuestos	171	0	-	171	12.5
Otros metales	92	0	-	92	6.7
Cadmio y sus compuestos	3	0	-	3	0.2
Arsénico y sus compuestos	4	0	-	4	0.3
Cromo y sus compuestos	1	0	-	1	0.1
Total	1507	-	-	1507	100,0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-CDC/MINSA
* SE: 52 (Hasta 31 diciembre de 2016)

Por otro lado, el 87% de los casos reportados por exposición a metales pesados y metaloides se registraron en los Departamentos de Pasco, Junín, Ucayali y Ayacucho.

³⁵ Grupo de trabajo Multisectorial Para elaborar propuestas a fin De mejorar el desarrollo de Las actividades de la minería Artesanal en el marco de la Legislación vigente.

Casos sospechosos notificados por exposición a metales pesados y metaloides por departamentos, Perú 2016*

Departamentos	Casos sospechosos	Porcentaje (%)	T.I.A x 100 000 Hab.
Pasco	781	51.8	492.97
Junín	422	28.0	332.61
Ucayali	116	7.7	213.07
Ayacucho	54	3.6	160.70
Lambayeque	48	3.2	4.13
Cajamarca	22	1.5	6.03
Piura	9	0.6	0.94
Callao	33	2.2	6.99
Madre de Dios	5	0.3	4.32
Apurímac	4	0.3	3.75
Lima	4	0.3	0.04
Huánuco	2	0.1	1.49
Loreto	3	0.2	0.36
Ica	2	0.1	1.46
La Libertad	2	0.1	1.88
Total	1507	100.0	10.60

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-CDC/MINSA

*SE.: 52 (hasta el 31 de diciembre de 2016)

Cabe precisar que las cifras obtenidas durante el año 2016, no refleja la realidad de los casos, en los siguientes años se estuvo implementando progresivamente a nivel nacional, el reporte y notificación de la vigilancia de metales pesados.

▪ Exposición por Plomo (Pb):

La absorción del plomo se da principalmente por vía respiratoria, en el tracto gastrointestinal es menor y adquiere más importancia en niños, (hasta un 40-50% de lo ingerido). Los compuestos orgánicos pueden atravesar la piel con mayor facilidad siendo aún poco significativa la exposición por esta vía. El plomo se distribuye en todo el organismo y se acumula en ciertos compartimientos del cuerpo. En la sangre se une a la hemoglobina del glóbulo rojo interfiriendo en la biosíntesis del grupo hemo en la utilización del hierro y en la síntesis de globina en los eritrocitos.

Las principales fuentes de exposición a plomo en el Perú se encuentran principalmente relacionadas a la actividad minera, así como a la metalúrgica, metalmecánica e industrial (Lima Norte, Callao, La Oroya, Cerro de Pasco, Cajamarca, Áncash)³⁶.

El principal peligro de la exposición al plomo evidenciado por estudios conocido es su efecto sobre el desarrollo intelectual de los niños ³⁷. Según el CDC de Atlanta, el nivel de plomo en la sangre de los niños no deben exceder los 10 ug/dL ³⁸. Entre los adultos expuestos a niveles altos, hay evidencia del daño renal³⁹, incremento de la presión arterial, y un aumento en el riesgo de cáncer pulmonar/estómago⁴⁰, aunque estos efectos no son considerados tan concluyentes como los efectos en niños.

³⁶Guía Técnica de Práctica Clínica para el manejo de Intoxicación de Pacientes con plomo, aprobado con Resolución Ministerial N° 511-2007/MINSA

³⁷ Vega-Dienstmaier JM, SalinasPiélago JE, Gutiérrez-Campos M del R, Mandamiento-Ayquipa RD, YaraHokama M del C, Ponce-Canchihuamán J, et al. Lead levels and cognitive abilities in Peruvian children. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Mar;28(1):33-9.

³⁸ Ramos W, Munive L, Alfaro M, Calderón M, Gonzáles I, Núñez Y. Intoxicación plúmbica crónica: una revisión de la problemática en el Perú. Rev Peru Epidemiol. 2009; agosto;13(2):1-8

³⁹ Ekong EB, Jaar BG, Weaver VM. Lead-related nephrotoxicity: a review of the epidemiologic evidence. Kidney Int. 2006 Dec;70(12):2074-84

⁴⁰ International Agency for Research on Cancer. Inorganic and organic lead compounds. (IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans). 2006;87:1-471

En exposiciones crónicas en todos los órganos se deposita cierta cantidad de plomo, pero cerca del 90% se encuentran en el esqueleto, el depósito se inicia desde la edad fetal, debido a que atraviesa la barrera placentaria, siendo la concentración del recién nacido, similar a la de la madre, la sangre contiene alrededor del 1%. La concentración de plomo en sangre está influida por el ingreso reciente (durante las primeras 24 horas) y por la liberación de plomo del sistema esquelético.

Otros estudios en diversas comunidades de la ciudad minera de Cerro de Pasco (Chaupimarca, Ayapoto y Paragsha) demostraron que el 53% de niños y aproximadamente el 9% de mujeres en edad fértil mostraban intoxicación por metales pesados con niveles de plomo en sangre por encima de 10 ug/dL⁴¹.

Los niveles de plomo en suelo que exceden 1200 mg/kg, un estándar de referencia para suelo de residencias, se encuentran presentes en 35 de 74 sitios en Cerro de Pasco comparados con 4 de 47 sitios evaluados alrededor de operaciones nuevas cerca de Huaral, en el norte de Lima⁴². En la ciudad de La Oroya, que desde el año 1922 la población se encuentra expuesta a las emisiones de la planta de fundición, se ha observado en las gestantes tasa altas de plomo (≥ 10 ug/dL) en el 71,4% en La Oroya Nueva, 100% en La Oroya Vieja y 82,5% en otras zonas. Igualmente, las tasas de plomo alto en el cordón umbilical oscilan entre 52,4 y 88,9%.

En comparación con el resto de Lima y el Callao, los niños que habitaban en la zona de Puerto Nuevo tenían casi 50 veces más riesgo de presentar niveles elevados de plomo en sangre. El promedio en esta zona fue de 31 ug/dl, lo que en comparación con el resto de los niños que participaron en el estudio implicó un exceso de más 20 ug/dl.

▪ **Exposición por Mercurio (Hg):**

El mercurio es un metal pesado de color blanco-plateado que se encuentra unido a diversos minerales en la corteza terrestre, principalmente bajo la forma de sulfuros de mercurio (cinabrio rojo), a temperatura ambiente se halla en estado líquido a pesar de ser muy denso y poco compresible, además posee gran capacidad de alearse con otros metales y formar amalgamas, no obstante no lo hace con el hierro. Su punto de fusión es -38.4°C y el punto de ebullición es 357°C .

Se estima que alrededor del 30% del mercurio es de origen natural o elemental. El 70% restante deriva de la actividad antropogénica, principalmente de la minería, la incineración de productos urbanos y médicos.

La toxicidad del mercurio se encuentra directamente relacionada a su unión covalente con los grupos sulfhidrilos (SH). El mercurio también tiene alta afinidad a los grupos carboxilos, amidas, aminas y fosforilos, lo que contribuye a su toxicidad.

Los compuestos orgánicos de mercurio son capaces de inhibir la síntesis de proteínas, esto se debe a alteraciones del ARN de transferencia, lo que podría explicar las aberraciones cromosómicas y anomalías congénitas observadas durante las intoxicaciones alimentarias con metilmercurio, asimismo afecta la homeostasis del ión calcio, incluso en exposiciones a corto plazo (menores a 24 horas) produciendo muerte neuronal.

En Minamata - Japón- se presentó la mayor epidemia de intoxicación ocasionada por metilmercurio y otros compuestos de mercurio que eran descargados a la Bahía de Minamata por la empresa petroquímica Chisso, la cual utilizaba mercurio metálico para obtener acetaldehído, un material para el cloruro de polivinilo (PVC), estos compuestos posteriormente se bioacumulaban en los peces y mariscos que consumía la población. A

⁴¹ Ramos W, Munive L, Alfaro M, Calderón M, Gonzáles I, Núñez Y. Intoxicación plúmbica crónica: una revisión de la problemática en el Perú. Rev Peru Epidemiol. 2009; agosto;13(2):1-8.

⁴² van Geen A, Bravo C, Gil V, Sherpa S, Jack D. Lead exposure from soil in Peruvian mining towns: a national assessment supported by two contrasting examples. Bull World Health Organ. 2012 Dec 1;90(12):878-86. doi: 10.2471/BLT.12.106419.

partir de 1953, los habitantes de las aldeas pesqueras desarrollaron un síndrome neurológico grave y permanente, notificando 111 casos hasta 1960.

▪ **Exposición por Arsénico (As):**

El Arsénico es un metaloide de olor alíaceo que se encuentra como elemento natural en la corteza terrestre, siendo la concentración promedio de 2 mg/Kg dependiendo de la estructura geológica del suelo. El Arsénico se absorbe por vía digestiva, respiratoria e incluso por la piel. En el organismo humano, los compuestos absorbidos circulan unidos a la hemoglobina y otras proteínas, distribuyéndose en 24 horas por todo el organismo, especialmente hígado, bazo, pulmones, intestino y piel. En esos órganos se fija a los grupos sulfhidrilo de las proteínas tisulares e inhibe diversos mecanismos enzimáticos, en particular la fosforilación oxidativa. Los compuestos arsenicales son muy tóxicos, particularmente en estado trivalente.

El grado de toxicidad varía según el derivado del arsénico. La arsina es el compuesto más tóxico, letal de forma instantánea a dosis de 250 ppm o a dosis de 50 ppm en 30 minutos. Le sigue el arsénico trivalente, cuya dosis letal es inferior a 5 mg/Kg. de peso corporal, en algunas ocasiones cantidades considerablemente mayores no han causado la muerte debido a su expulsión inmediata por medio de vómitos originados por la gran irritación gástrica. La toxicidad del arsenito es 10 veces superior a la del arseniato.

En en Argentina, Chile y México, se han reportado efectos graves sobre algunos órganos (cáncer de vejiga, de pulmón, de riñón, de hígado y de piel); igualmente, se han descrito lesiones en la piel, enfermedades cardiovasculares y respiratorias^{43 44}. La prevalencia de cada enfermedad es distinta en cada país.

En el Perú se han reportado niveles de arsénico en agua de consumo humano por encima del límite máximo permisible recomendado en el agua potable de 10 ug/L⁴⁵, que es igual al límite de OMS. En el año 2004, se publicó un estudio con 111 muestras de agua de consumo en Perú; en doce distritos, de los cuales 86% superaban 10 ug/L, y 56% superaban 50 ug/L. Se ha reportado la presencia de arsénico (180 ug/L) en pozos de Puno, de 200-400 ug/L en el río Locumba, y 25 ug/L en el agua de consumo en la provincia de Hyatara. Igualmente, se ha detectado arsénico en la cuenca del río Rímac, que lleva el agua a Lima, donde en 1994, el 85% de la muestras sobrepasaron los 50 ug/L.⁴⁶

Son pocos los estudios de seres humanos en cuanto al arsénico en Perú. Dos estudios de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en regiones mineras de Perú reportaron niveles bajos en la orina, con un promedio de 6 ug/L en Áncash en la sierra norte (38), y un promedio de 18 ug/L en la ciudad de Cerro de Pasco en la sierra central (39). El nivel recomendado en la orina es 50 ug/L (40). En cambio, se ha observado queratosis arsenical en 5,7% de habitantes de una población residente a los 3290 metros de altitud expuesta a relaves mineros con arsénico⁴⁷.

▪ **Exposición por Cadmio (Cd):**

El cadmio es un metal pesado, dúctil, resistente a la corrosión, de color blanco plateado que se encuentra en forma natural en la corteza terrestre y combinado con otros elementos como el oxígeno (óxido de cadmio), el cloro (cloruro de cadmio) o el sulfuro (sulfato o sulfuro de

⁴³ McClintock TR, Chen Y, Bundschuh J, Oliver JT, Navoni J, Olmos V, et al. Arsenic exposure in Latin America. Biomarkers, risk assessments and related health effects. *Sci Total Environ*. 2012 Jul 1;429:76-91. doi: 10.1016/j.scitotenv.2011.08.051.

⁴⁴ Castro de Esparza ML. Arsénico en el agua de bebida de América Latina y su efecto en la salud pública. Hojas de Divulgación Técnica. Hoja de divulgación técnica N°95. Lima: OPS; 2004.

⁴⁵ Ministerio de Ambiente. Estándares nacionales de calidad ambiental para agua. DS N°002-2008-MINAM, Perú. El Peruano, 2008:377222-377227.

⁴⁶ Castro de Esparza ML. Arsénico en el agua de bebida de América Latina y su efecto en la salud pública. Hojas de Divulgación Técnica. Hoja de divulgación técnica N°95. Lima: OPS; 2004.

⁴⁷ Ramos W, Galarza C, Ronceros G, de Amat F, Teran M, Pichardo L, et al. Noninfectious dermatological diseases associated with chronic exposure to mine tailings in a Peruvian district. *Br J Dermatol*. 2008 Jul;159(1):169-74. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08630.x.

cadmio). Estos compuestos se disuelven en el agua, siendo los cloruros y sulfatos las formas más solubles. Su punto de fusión 320.9 °C y punto de ebullición 765°C.

El cadmio es un xenobiótico, es decir, un metal tóxico y no esencial para el organismo, su toxicidad depende de la vía de ingreso, tipo, dosis y solubilidad de sus compuestos.

Por vía inhalatoria, las concentraciones ambientales en lugares de trabajo, superiores a los 200 µg/m³ inducen la "fiebre por humos metálicos", a partir de 500 µg/m³ aparece una neumonitis química y más allá de los 5.000 µg/m³ se considera que es mortal.

Por vía digestiva, el cadmio es considerado uno de los elementos más peligrosos para la alimentación humana, debido a su carácter acumulativo. Las cantidades de cadmio ingeridas diariamente con los alimentos en la mayoría de países se encuentran en el rango de 10 a 20 µg/día, asimismo la ingesta de hasta 100 µg va producir síntomas gastrointestinales, mientras que a partir de los 350 µg se considera potencialmente mortal.

El brote epidémico más serio ocurrió en el valle del río Jintsu – Japón, en el año 1955, debido a la ingesta de pescado y arroz, los que fueron regados con agua contaminada por cadmio proveniente de una mina de zinc y plomo. La enfermedad provocada se caracterizó por degeneración ósea asociada a daño renal que recibió el nombre de Enfermedad de Itai-Itai, afectando principalmente a mujeres post-menopáusicas, multíparas y en personas adultas mayores en general. Se presentaron 184 casos confirmados desde 1967.

2.1.1 Enunciado del problema específico

Elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles

SALUD OCULAR:

Problema Específico: Elevada morbilidad, discapacidad y ceguera por enfermedades oculares prevenibles.

- Cataratas: 1ra causa de ceguera evitable a nivel internacional y nacional. ^{48,49,50}
- Errores Refractivos: 1ra causa de discapacidad visual a nivel internacional. ⁵¹
- Retinopatía de la Prematuridad: 1ra causa de ceguera infantil a nivel internacional. ⁵²
- Retinopatía Diabética: el 23.1% de personas con DM2 puede presentar daño ocular. ^{53,54}
- Glaucoma: 2da causa de ceguera a nivel internacional. ⁵⁵
- Enfermedades Externas del Ojo: 1ra causa de morbilidad en consulta externa a nivel nacional.
- Baja Visión: 3% de la población mundial.

SALUD BUCAL:

Problema Específico: Elevada morbilidad y discapacidad por enfermedades del Sistema Estomatognático.

- Alta Prevalencia de Caries dental en todas las etapas de vida.
- Alta Prevalencia de Enfermedad Periodontal

⁴⁸ OMS. Ceguera y discapacidad visual. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

⁴⁹ Proyecto de "Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019, Salud Ocular Universal

⁵⁰ Estudio poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú – ERCE Perú (siglas en inglés RAAB), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA (ESNSOPC)-INO-ONG Divino Niño. Disponible en: http://www.paho.org/Journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=823&lang=en

⁵¹ Miopía, hipermetropía o astigmatismo.

⁵² Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control Clare Gilbert.

⁵³ Estudio Prospectivo del Hospital Cayetano Heredia 2007-2010.

⁵⁴ Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO. Christian Blind Mission. CBM. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://www.paao.org/images/Downloads/spanish/pdf/GuiaPracticaRetinopatia2011.pdf>

⁵⁵ Visión 2020—IAPB. <http://vision2020la.wordpress.com/2013/03/26/1521/>

- Alta Prevalencia de Enfermedades de la pulpa dental
- Alta Prevalencia de Maloclusiones
- Alta Incidencia de Edentulismo en Personas Adultos Mayores

DAÑOS NO TRANSMISIBLES:

Problema Específico: Elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad por hipertensión, diabetes, sobrepeso, obesidad y sus complicaciones, las cuales son prevenibles y controlables.

- Personas con Hipertensión, y sus complicaciones (enfermedad renal crónica, accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares, y demás enfermedades al aparato circulatorio.)
- Personas con Diabetes y sus complicaciones (enfermedad renal crónica, junto con la hipertensión arterial, causa de retinopatía, accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares, y otras enfermedades al aparato circulatorio. Es la primera causa de trastornos metabólicos
- Personas con Sobrepeso (Alimentación Inadecuada, consumo de alcohol y Habitos de fumar)
- Personas con obesidad (Falta de actividad física y alimentación inadecuada)

METALES PESADOS:

Problema Específico: Mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas expuestas a metales pesados y otras sustancias químicas.

- Personas expuestas a Plomo.
- Personas expuestas a Mercurio.
- Personas expuestas a Arsénico.
- Personas expuestas a Cadmio.

2.1.2 Competencias de la entidad para abordar el problema

Tabla N° 01

Competencia de la Entidad para abordar el problema

Competencias	Exclusivas / Compartidas	Si es compartida, indique si tiene la rectoría
<ul style="list-style-type: none"> Formulación de políticas nacionales 	Exclusiva	
<ul style="list-style-type: none"> Formulación, aprobación, ejecución, dirección, control y administración de las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales. 	Compartida	MINSA
<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo del cumplimiento de las políticas. Compartida MINSA 	Compartida	MINSA
<ul style="list-style-type: none"> Difundir, adecuar, cumplir y controlar la aplicación de normas nacionales de protección, recuperación y rehabilitación de la salud (producción y oferta; protocolos y/o guías de atención de la salud y de mejora continua de la calidad de la atención; categorización; habilitación y acreditación de los servicios de salud públicos y privados) 	Compartida	MINSA
<ul style="list-style-type: none"> Norma y evalúa el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la Salud en el Sector. 	Exclusiva	MINSA
<ul style="list-style-type: none"> El MINSA establece como una de sus funciones rectoras el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud 	Exclusiva	MINSA
<ul style="list-style-type: none"> Plan Nacional Concertado de salud en el que se establece los objetivos de sistema de salud, enmarcados en Aseguramiento Universal, Descentralización, Mejora de la oferta y Calidad de los Servicios, Rectoría, Financiamiento, Recursos Humanos, Medicamentos y Participación Ciudadana 	Exclusiva	MINSA

Fuente: Congreso de la República. Ley 27657: Ley del Ministerio de Salud. 2000.

Congreso de la República. Decreto Legislativo N° 1161: Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud. 2013.

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

2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

SALUD OCULAR

Tabla N° 02

Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado

Variable	2013	2014	2015	2016
Elevada morbilidad y discapacidad por enfermedades oculares	1,756,977	1,783,264	1,807,818	1,817,475
Desagregaciones pertinentes:				
Riesgo de ROP (0.34%)	1,989	1,977	1,966	1,955
Riesgo de Errores Refractivos (7.2%)	379,609	383,832	388,034	376,309
Ceguera bilateral (2.5%)	133,376	137,922	142,562	147,294
Ceguera debida a catarata (58%)	77,358	79,995	82,686	85,431
Ceguera debida a Glaucoma. (14%)	31,096	31,442	31,786	32,135
Retinopatía Diabética (23.1%)	121,774	124,166	126,549	128,929
Enfermedades Externas del Ojo (3.32%)	1,011,775	1,023,930	1,034,235	1,045,422
Baja Visión (11.5%)	613,530	620,355	627,149	634,017

Fuente: ESNSOPC – INEI 2017

SALUD BUCAL

Tabla N° 02

Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado

Variable	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de la población con problema de salud que no busca atención por limitaciones en el acceso (accesibilidad geográfica, accesibilidad financiera, calidad de servicio u otros factores) ^{1/}	31.2%	31.0%	28.5%	
Porcentaje de personas mayores de 60 y más años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos seis meses	18.9%	19%	23.2%	24.9%
Porcentaje de niñas y niños menores de 12 años de edad que han sido atendidos en un	27.6%	27.6%	30.1%	30.4%

Variable	2015	2016	2017	2018
servicio odontológico durante los últimos seis meses				
Porcentaje de cuidadores de las niñas y niños menores de 12 años de edad que recibieron información sobre salud bucal en los últimos 12 meses	61.7%	61.4%	60.5%	60.8%
Porcentaje de personas de 1 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de higiene bucal	24.8%	24.2%	26.2%	25.9%

Fuente: ^{1/} INEI – ENAHO, ^{2/} INEI – ENDES**DAÑOS NO TRANSMISIBLES****Tabla N° 02****Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado**

Variable	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad por hipertensión, diabetes, sobrepeso, obesidad y sus complicaciones, las cuales son prevenibles y controlables	1,641,179	1,855,721	2,110,905	2,583,838	2,752,695	2,403,115	2,839,493	2,548,479
Desagregaciones pertinentes:								
Total (E10 - E14) DIABETES MELLITUS	65,344	82,526	92,047	135,318	149,460	146,367	200,397	99,024
E110 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Coma	5,375	5,479	4,960	7,489	6,346	6,952	5,528	4,498
E111 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Cetoacidosis	599	577	554	627	795	1024	1288	1003
E112 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones	877	1,157	1,609	2,707	2,718	2,198	3,548	3,460
E113 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones	134	177	274	411	613	458	1033	689
E114 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones	670	975	1,340	2,368	3,288	3,069	3,475	5,210
E115 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones	933	996	1,130	1,782	1,811	2,000	2,508	3,414
E116 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con otras	594	1,152	1,623	2,808	2,601	1,648	2,055	1,818
E117 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones	498	2,661	2,241	2,535	2,869	2,356	4,434	5,628
E118 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, con Complicaciones no	1,654	2,283	3,562	5,426	4,831	3,374	6,123	6,833
E119 - Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, sin Mención de	54,010	67,069	74,754	109,165	123,588	123,288	170,405	66,471

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Variable	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total (E15 - E16) OTROS TRASTORNOS DE LA REGULACION DE LA GLUCOSA Y DE LA	918	1,090	1,087	1,293	1,449	1,870		2,001
E160 - Hipoglicemia sin Coma, Inducida por Drogas	95	126	183	220	283	283	320	295
E162 - Hipoglicemia, no Especificada	823	964	904	1,073	1,166	1,587	1,681	1,741
Total (E40 - E46) DESNUTRICION	790,751	750,635	824,085	827,702	743,603	505,952		530,945
E43X - Desnutricion Proteicocalorica Severa, no especificada	11,778	10,352	11,746	10,621	12,238	7,538	8,838	11,483
E440 - Desnutricion Proteicocalorica Moderada	99,307	93,446	92,317	93,487	88,076	69,462	72,869	80,446
E45X - Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica	679,666	646,837	720,022	723,594	643,289	428,952	449,238	374,954
Total (E65 - E68) OBESIDAD Y OTROS DE HIPERALIMENTACION	437,492	596,327	766,997	1,049,167	1,235,534	1,143,204		1,332,040
E65X - Adiposidad Localizada	11,981	40,710	64,427	89,639	74,197	47,880	33,088	30,600
E660 - Sobrepeso	263,864	333,928	419,752	565,626	701,315	674,049	778,719	847,894
E669 - Obesidad	161,076	221,341	282,393	389,632	452,900	408,610	497,372	527,947
E6691 - Obesidad Grado I	358	188	188	1,730	774	509	711	2094
E6692 - Obesidad Grado II	138	101	112	1,586	4,486	9,051	15,569	16,588
E6693 - Obesidad Grado III	75	59	125	954	1,862	3,105	6,581	6,387
Total (E70 - E90) TRASTORNOS METABOLICOS	53,012	77,135	89,084	144,940	180,661	175,411		250,186
E782 - Hiperlipidemia Mixta	18,450	26,506	29,245	46,836	65,069	71,377	86,850	88,455
E785 - Hiperlipidemia no Especificada	34,562	50,629	59,839	98,104	115,592	104,034	163,336	190,569
Total (I10 - I15) ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	264,060	306,720	297,232	363,616	372,060	357,563		442,046
I10X - Hipertension Esencial (Primaria)	257,038	297,635	289,556	353,998	362,417	346,841	427,187	176,788
I110 - Enfermedad Cardiaca Hipertensiva con Insuficiencia Cardiaca (Congestiva)	2,042	2,841	2,127	2,954	2,520	2,677	3,381	2,190
I119 - Enfermedad Cardiaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardiaca (Congestiva)	3,903	5,001	4,147	5,296	5,627	6,562	9,221	6,345
I120 - Enfermedad Renal Hipertensiva con Insuficiencia Renal	186	183	202	295	380	512	1280	732
I129 - Enfermedad Renal Hipertensiva sin Insuficiencia Renal	393	427	597	162	175	216	299	222

Variable	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I130 - Enfermedad Cardiorenal Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva)	256	421	440	613	607	517	350	176
I131 - Enfermedad Cardiorenal Hipertensiva con Insuficiencia Renal	49	37	37	31	42	61	71	75
I132 - Enfermedad Cardiorenal Hipertensiva con Insuficiencia Cardíaca (Congestiva) e	32	54	47	57	50	55	79	49
I139 - Enfermedad Cardiorenal Hipertensiva, no Especificada	161	121	79	210	242	122	178	156
Total (I20 - I25) ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	2,625	3,447	3,381	4,113	4,661		4,454	5,630
I209 - Angina de Pecho, no Especificada	2,625	3,447	3,381	4,113	4,661	4,454	5,630	5,087
Total (I30 - I52) OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	8,276	9,103	7,435	10,396	10,742		9,787	12,189
I499 - Arritmia Cardíaca, no Especificada	8,276	9,103	7,435	10,396	10,742	9,787	12,189	10,374
Total (I60 - I69) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	4,274	4,035	2,816	4,071	3,986		3,732	5,200
I64X - Accidente Vascular Encefálico Agudo, no Especificado como Hemorrágico o	4,274	4,035	2,816	4,071	3,986	3,732	5,200	3,916
Total (R00 - R09) SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LOS SISTEMAS CIRCULATORIO Y	10,924	17,662	17,421	26,212	29,687		32,572	28,251
R030 - Lectura Elevada de la Presión Sanguínea, sin diagnóstico de Hipertensión	7,799	15,714	15,711	22,311	26,835	29,340	25,669	27,196
R031 - Lectura de Presión Baja no Específica	3,125	1,948	1,710	3,901	2,852	3,232	2,582	2,635
Total (R70 - R79) HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN DE SANGRE, SIN DIAGNOSTICO	3,503	7,041	9,320	17,010	20,852		22,203	30,608
R730 - Anormalidades en la Prueba de Tolerancia a la Glucosa	778	1555	2151	3393	4,172	4,176	4,947	4,846
R739 - Hiperglicemia, no Especificada	2,725	5,486	7169	13617	16,680	18,027	25,661	29,215

Fuente: Registro HIS – MINSA

2.2 IDENTIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN

2.2.1 Población potencial

Cuantificación.- La cuantificación de personas potenciales de sufrir con cada uno de los problemas de salud establecidos en el presente programa presupuestal pueden ser calculados a partir de las prevalencias poblacionales, las cuales han sido establecidas previamente en este documento, y tomando en cuenta las cifras de la proyección poblacional al 2013 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. De hecho, esta cuantificación señala cuantas personas en la población se estima pueden enfermar o

están enfermas de estas patologías o eventos adversos de salud en el país, independientemente de variables que luego focalizan las poblaciones priorizadas.

SALUD OCULAR

Población Potencial que presenta problemas de discapacidad visual o ceguera:

- Recién nacidos prematuros con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP).
- Niños de 3 a 11 años con Errores Refractivos.
- Personas de 50 años a más con ceguera debida a Cataratas.
- Personas de 40 años a más con Glaucoma.
- Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus con Retinopatía Diabética.
- Personas con enfermedades externas del ojo.
- Personas con Baja Visión.

SALUD BUCAL

Población Potencial en riesgo de patologías del Sistema Estomatognático:

- Población nacional

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Población Potencial que presenta factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones:

- Personas mayores de 15 años con diabetes mellitus.
- Personas mayores de 15 años con hipertensión arterial

METALES PESADOS

Población Potencial en riesgo de patologías por exposición a metales pesados:

- Niños menores de 12 años expuestos a metales pesados.
- Gestantes expuestas a metales pesados.
- Adolescentes expuestos a metales pesados.
- Adultos expuestos a metales pesados.
- Adultos mayores expuestos a metales pesados.

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

SALUD OCULAR

Según el Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú - ERCE, se evidenció que las principales causas de ceguera en personas de 50 a más años se deben a Catarata (58%), seguida de Glaucoma (14%), Errores Refractivos no corregidos (5%), Retinopatía Diabética, entre otros.⁵⁶

⁵⁶ Estudio poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú – ERCE Perú (siglas en inglés RAAB), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSALUD (ESNSOPC)-INO-ONG Divino Niño. Disponible en: http://www.paho.org/Journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=823&lang=en

En nuestro país, en la Región La Libertad, el Instituto Regional de Oftalmología realizó una investigación en instituciones educativas públicas, evidenciando una prevalencia de errores refractivos de 7.2%; de los cuales 87.2% no estaban corregidos. La ambliopía tuvo una prevalencia de 2.4%.⁵⁷ Asimismo la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular identificó una prevalencia 6.4% en promedio estimado de las intervenciones realizadas a nivel nacional en niños (as) de 3 a 11 años en los años 2015 al 2018.

Asimismo, para estimar el número de niños en riesgo de ROP, por ser prematuros se toma una incidencia acumulada de 3.4 casos de recién nacidos prematuros por 1000 nacidos vivos, como ha sido reportado por el Ministerio de Salud para el año 2004.⁵⁸

Se estima que el 23.1% de personas con diabetes presentan complicación microvascular – retinopatía diabética en nuestro país, según los datos obtenidos de una investigación realizada por el Hospital Cayetano Heredia.

A nivel nacional, las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva, son la primera causa de consulta externa en los establecimientos de salud con respecto a patologías oculares, se estima que el 3.32% de la población acude a consulta de acuerdo al análisis del HIS que realizó la ESN de Salud Ocular.

Además, en el estudio ERCE Perú, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3% y deficiencia visual moderada 10.2%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera, haciendo una prevalencia de 11.5%. Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión.

Tabla N° 03
Cuantificación de la población potencial

Valor	Unidad de Medida
1,955	Número de recién nacidos prematuros en riesgo de ROP.
376,309	Niños de 3 a 11 años con Errores Refractivos.
147,294	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral
85,431	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral debidas a
20,621	Personas de 40 años a más con Glaucoma.
128,929	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus con Retinopatía
1,045,422	Personas con enfermedades externas del ojo.
634,017	Personas con Baja Visión

Fuente: ESNSOPC - Instituto Nacional de Estadística e Informática 2017

SALUD BUCAL

Tabla N° 3
Cuantificación de la población potencial

Valor	Unidad de Medida
31,237,385	Personas

Fuente: INEI

⁵⁷ Joan McLeod Omawale, Rosa Adrianzén de Casusol, et al. ORBIS-IRO Alliance in the Efforts for Eradication of Refractive Errors in Schools Children of Northern Perú: Characteristics and Magnitude of the Problem. Instituto Regional de Oftalmología. 2012.

⁵⁸ Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA.- se aprueba la Guía técnica "Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad".

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Según datos poblacionales de la ENDES 2019, en el Perú el 3.9% de la población mayor de 15 años ha sido diagnosticado en los últimos 12 meses de diabetes, un 19.7% ha sido diagnosticada de presión alta y recibe tratamiento y un 60% tiene exceso de peso productos de estilos de vida inadecuados.

Es la enfermedad más prevalente y prevenible afecta entre el 20 al 50% de las personas adultas en los países desarrollados es uno de los factores de riesgo más conocidos atribuidos al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y su prevalencia se incrementa con la edad representando un problema de salud pública. En el Perú, el porcentaje de personas mayores de 15 años con medición de la presión arterial mayor de 140/90 fue de 14,1 en el 2019 habiendo un descenso de 0.7 en relación al año 2017 de 14.8%, 13.6% en el 2015, 12.7 en el 2016 y 13.6% en el 2017. Observándose una diferencia de 1.3 puntos porcentuales con relación al 2015. Sin embargo, la población con diagnóstico de hipertensión arterial y reciben tratamiento en el 2017 fue de 18.6%.

En el Perú, conforme a la encuesta demográfica y de salud familiar el porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por profesional de salud para el 2019 fue de 10.2%, de estos el 68.2% recibió tratamiento en los últimos 12 meses. En el 2019 es de 19.7% en relación a los años 2015 y 2016, fue de 2.9% de diabetes.

La carga de enfermedad medida como los años de vida saludables que pierden las personas por presentar enfermedades cardiovasculares se ha incrementado en los últimos 12 años. En el año 2019, el incrementado fue más del doble con relación a 2004, es decir, en 8 años la población peruana ha dejado de vivir saludablemente 223 155 años por presentar al menos una enfermedad cardiovascular, lo cual, trae consecuencias los altos costes sociales, laborales y económicos a las familias peruanas. Esta pérdida de años saludables no solo se presenta en la población adulta mayor, sino también se puede observar en las etapas de vida de 15 a 44 años y 45 a 60 años principalmente en las mujeres, que se ha ido incrementado en los últimos 12 años.

Dentro de las causas específicas de mortalidad en el Perú en 2012, la insuficiencia renal constituyó una de las primeras causas de muerte representado el 3.3% de las defunciones a nivel nacional. La tendencia de la tasa ajustada de mortalidad a nivel nacional fue descendente pasando de 13.4 por cien mil habitantes el año 2000 a 11.5 por cien mil habitantes el año 2012. Según el estudio de carga de enfermedad del año 2012, se perdieron 5 800 949 años de vida saludables a nivel nacional con una tasa de 192.5 x 1000 hab. La ERC representó el 1.29% de los AVP y el 0.53% de los AVD del total reportado.

Tabla N° 03

Cuantificación de problemas de hipertensión, diabetes y factores de riesgo

Valor	Unidad de Medida
848,162	Personas mayores de 15 años con diabetes mellitus
4,735,572	Personas mayores de 15 años con hipertensión arterial
15,980,498	Personas de 15 años a más con sobrepeso y obesidad

Fuente: Proyecciones poblacionales- INEI - ENDES 2018

METALES PESADOS

Ya sea por actividad antropogénica o por contaminación natural se considera que gran población peruana está en riesgo de exposición por algún metal pesado. Es así que, producto de la vigilancia sanitaria ambiental se han identificado en las siguientes regiones zonas expuestas a metales pesados: Amazonas, Áncash, Ayacucho, Arequipa, Apurímac, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura; de estos se considera:

Tabla N°03

Cuantificación de la población potencial con riesgo de exposición a metales pesados

Valor	Unidad de Medida
6,946,280	Personas con riesgo de exposición a metales pesados.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- INEI, DIGESA.

2.2.3 Criterios de focalización**SALUD OCULAR**

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	Justificación
Recién Nacidos prematuros con riesgo de Retinopatía de la Prematuridad - ROP	Los recién nacidos prematuros (nacen antes de cumplir las 37 semanas de gestación), con bajo peso al nacer (menos de 2000 gramos) y que requieren suplemento de oxígeno pueden potencialmente desarrollar Retinopatía de la Prematuridad - ROP.

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	Justificación
Niños de 3 a 11 años con Errores Refractivos.	La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropía. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica. La provisión de lentes correctores es una de las medidas más costo - efectivas para tratar los Errores Refractivos (ER). Tan importante como la detección temprana de ER, es la adherencia al uso adecuado y permanente de los lentes por parte de los niños (as), como única forma de corregir su discapacidad visual y evitar la ceguera.
Personas de 50 años a más con ceguera debidas a cataratas	De acuerdo al Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera - RAAB Perú en población mayor de 50 años, la principal causa de ceguera en nuestro país es por Catarata (58.0%). En estudio realizado por ENDES durante los años 2013 y 2014 a personas de 50 años a más a nivel nacional, refirieron haber tenido el diagnóstico de cataratas por un médico en un 14,4% y un 13,2% respectivamente.
Personas de 40 años a más con Glaucoma	El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento. En el Perú, Viala-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopia directa.
Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus con Retinopatía Diabética.	La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevida y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible. ⁵⁹ La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.

⁵⁹ Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO. Christian Blind Mission. CBM. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para Latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://www.paao.org/images/Downloads/spanish/pdf/GuiaPracticaRetinopatia2011.pdf>

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	Justificación
Personas con enfermedades externas del ojo	<p>Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes, la blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad.</p>
Personas con Baja Visión	<p>Según el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú – ERCE, realizado el año 2011 en personas de 50 años a más de edad, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3% y deficiencia visual moderada 10.2%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera (11.5%). Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión.</p> <p>Las enfermedades que generan Baja Visión son: Degeneración Macular Relacionado a la Edad – DMRE, Retinopatía Diabética e Hipertensiva, Glaucoma, Desprendimiento de Retina, Retinosis Pigmentaria, Miopía Maligna o Degenerativa y Retinopatía del Prematuro en niños – ROP.</p> <p>En el primer informe mundial sobre la visión de la Organización Mundial de la Salud del 2019, se indica que al menos 2200 millones de personas tienen deficiencia visual o ceguera; de estos casos, más de 1000 millones podrían haberse evitado o aún no han sido tratados. Se indica además que todas las personas con ceguera o deficiencia visual grave que no pueden ser tratadas pueden llevar no obstante una vida independiente si tienen acceso a servicios de rehabilitación. Algunas de las opciones disponibles son las lupas ópticas, la lectura en Braille, los buscadores de los teléfonos inteligentes y el entrenamiento de orientación y movilidad con bastones.</p>

Fuente: ESNOPC 2020

SALUD BUCAL

Criterios de focalización	
Criterios de Focalización	Justificación
Población asegurada al Seguro Integral de Salud	Se focaliza en población asegurada del SIS. Se justifica en la universalidad de las intervenciones sanitarias en materia de prevención, control, recuperación y rehabilitación de la salud bucal y en el marco del aseguramiento universal de salud.

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	Justificación
Población pobre y no pobre asignada a los establecimientos de salud	Las personas pobres y no pobre con enfermedades metabólicas sin acceso a la identificación temprana de la enfermedad, tratamiento adecuado tiene mayor riesgo de complicaciones, menor esperanza de vida, mayor número de años perdidos saludables y lo coloca en mayor riesgo financiero (gasto de bolsillo) y ausentismo laboral, presentismo y jubilación anticipada decantando en una disminución del PBI.

Metales Pesados

Criterios de focalización	
Criterios de focalización	Justificación
Niños y Gestantes con riesgo de exposición a metales pesados	Según las políticas y acciones en salud hacia el bicentenario, se ha ratificado la prioridad nacional de niños y gestantes; teniendo en cuenta su vulnerabilidad por su etapa de vida y mayor riesgo de complicaciones, se establece que la población de niños y gestantes con riesgo de exposición a metales pesados será aquella que deberá recibir necesariamente la intervención pública.

2.2.4 Población objetivo**SALUD OCULAR**

La población objetivo está determinada según los factores de riesgo y mayor vulnerabilidad por cada patología oftalmológica de interés en salud pública: Recién nacidos con factores de riesgo para ROP (bajo peso al nacer, menor de 37 semanas, recibir oxígeno terapia), niños de 3 a 11 años con errores refractivos no corregidos, persona de 40 años a más con factores de riesgo para glaucoma, personas de 50 años a más con ceguera por catarata, persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus, población vulnerable para enfermedades externas del ojo y personas con baja visión.

Tabla N° 04
Población Objetivo

Valor	Unidad de Medida
1,359	Recién nacidos prematuros en riesgo de ROP.
261,535	Niños de 3 a 11 años con Errores Refractivos.
102,370	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral.
59,374	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral debidas a cataratas.
14,332	Personas de 40 años a más con Glaucoma.
89,606	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus con Retinopatía Diabética.
726,569	Personas con enfermedades externas del ojo.
440,642	Personas con Baja Visión

Fuente: ESNSOPC – INEI 2017

SALUD BUCAL

Tabla N° 4
Población objetivo

Valor	Unidad de Medida
17,375,345	Personas afiliada al SIS

Fuente: SIS – Setiembre 2018

Daños No Transmisibles: Aquellos en situación de pobreza y pobreza extrema.

Tabla N° 04
Población Objetivo

Valor	Unidad de Medida
848,162	Personas mayores de 15 años con diabetes mellitus
4,735,572	Personas mayores de 15 años con hipertensión arterial

Valor	Unidad de Medida
15,980,498	Personas de 5 años a más con sobrepeso y obesidad

Fuente: ENDES 2018

Metales Pesados: Niños y Gestantes con riesgo de exposición a metales pesados, en fuentes contaminantes.

Tabla N° 04

Población Objetivo

Valor	Unidad de Medida
2,347,297	Niños con riesgo de exposición a metales pesados, en fuentes contaminantes.
292,258	Gestantes con riesgo de exposición a metales pesados, en fuentes contaminantes.

Fuente: OGTI – 2018.

2.2.5 Atributos de la población objetivo

Tabla N° 05

Atributos de la población objetivo

Atributo Valor	Unidad de medida

No aplica la presente Tabla, teniendo en cuenta las características ya descritas para la población objetivo en la Tabla N° 4.

2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA IDENTIFICADO

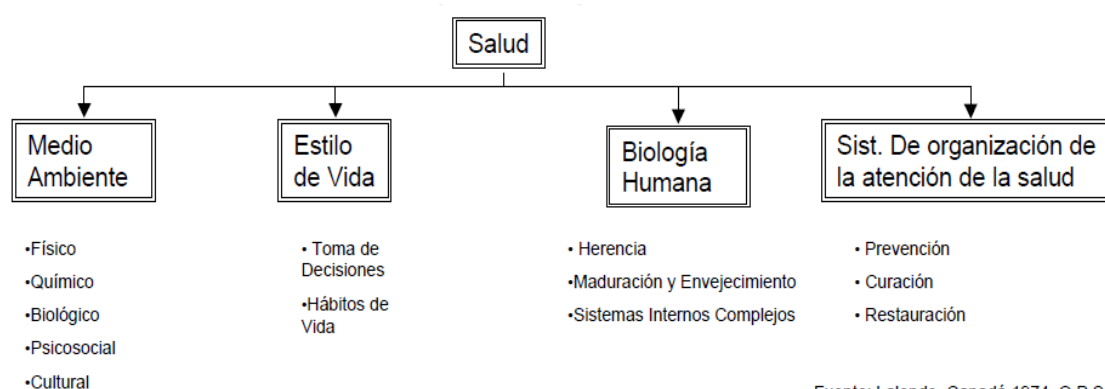
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (Salud Ocular, Salud Bucal, Daños No Transmisibles, Metales Pesados)

Desarrollo de un árbol de problemas

Desde 1970, se cuenta con el modelo explicativo del Dr. Marc Lalonde que considera los factores que determinan la salud, agrupados en cuatro categorías:

- **Determinantes biológicos**, son todos aquellos elementos, tanto físicos como mentales, que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la biología básica y de aspectos orgánicos del individuo.

- **Determinantes ambientales**, aspectos relacionados con el ambiente en general y con el hábitat humano en específico, que influyen o tienen impacto en la salud de las personas, entendiendo por hábitat humano el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia, incluyendo calidad del agua, el aire y el suelo, condiciones laborales, condiciones de la vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la urbanización, entre otros.
- **Determinantes socioeconómicos y culturales**: se refiere a las variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto sobre su salud o su enfermedad. (Estilo de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, tipos de familia, prácticas de la sexualidad, ingreso económico, nivel educativo, el empleo, nivel de satisfacción de necesidades básicas, el acceso a vivienda, entre otras).
- **Determinantes relacionados con servicios de salud**: se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos y organización de los servicios de salud de atención directa a las personas, conocidos también como servicios médicos.



Bajo estos conceptos, se desarrolla el modelo conceptual articulado del Presupuestal Estratégico 0018 – Enfermedades Crónicas No Transmisibles (sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades oftalmológicas, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedades por contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas, entre otras) teniendo en cuenta que:

Nuestro país bajo un contexto social pluricultural, con una geografía variada, actividades económicas basadas tradicionalmente en la explotación, procesamiento y exportación de recursos naturales, principalmente en el sector minero, agrícola y pesquero. El nivel de pobreza hacia el año 2010 fue 31.3% de la población, mientras que la pobreza extrema representó el 9.8% (el año 2001 era más del 50%). En educación la mayor parte de niños, niñas y jóvenes en edad de cursar la educación básica asistió al nivel educativo que les corresponde de acuerdo con su edad durante el 2008.⁶⁰

Asimismo, la transición demográfica que se caracteriza por mayores tasas de supervivencia de lactantes y niños e incremento de la edad promedio de la población (la esperanza de vida al nacer alcanzó los 72.1 años), en consecuencia, el envejecimiento de la población intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas, además de tener en cuenta los antecedentes familiares y sexo, constituyendo así condiciones biológicas.

⁶⁰informe de progreso educativo del Perú, 2010 - Un total de 65,9% de niños entre 3 y 5 años de edad asistió a la educación inicial; 95,4% de niños entre 6 y 11 estudiaron en instituciones educativas primarias; mientras que aproximadamente 75% de los jóvenes entre 12 y 16 años cursó el nivel secundario

Es así que las personas en situación de pobreza y pobreza extrema teniendo mayor probabilidad de vivir en condiciones poco favorables, como zonas alejadas con menor acceso a servicios de salud y profesionales de la salud de diferentes especialidades, con necesidades básicas insatisfechas, sin mayor protección de los riesgos ambientales, limitado conocimiento respecto a los factores de riesgo y medidas de prevención para las enfermedades crónicas no trasmisibles, se vuelven vulnerables a estas patologías.

Las personas adoptan estilos de vida inadecuados, entre ellos malos hábitos alimenticios al tener mayor acceso a alimentos con alto contenido de sal, grasas, azúcares refinados respecto a las frutas y verduras; al tener poco acceso a áreas verdes y espacios deportivos, no practican actividad física con regularidad, se vuelven sedentarios. Asimismo, la insuficiente restricción de las ventas de tabaco y alcohol significan grandes riesgos a la salud.

Aunado a ello, en los establecimientos de salud del sector no se cuenta con los profesionales de la salud suficientes para brindar una oferta de servicios en las diferentes especialidades además de la multifuncionalidad en el desempeño de las funciones que realiza, el equipamiento y abastecimiento de algunos materiales e insumos médicos resulta insuficiente; estas se constituyen en dificultades en el acceso a la atención integral. Cabe señalar que una mayor demanda de los servicios de salud, exigen mayor capacidad resolutive de los establecimientos teniendo en cuenta que este grupo de enfermedades constituyen la mayor carga de enfermedad. El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos pues las diferentes enfermedades requieren de un diagnóstico y manejo adecuados, y si estos no se dan de forma oportuna o con calidad, las secuelas de la enfermedad son mayores. Las consecuencias no fatales de estas enfermedades afectan directamente la productividad y generan mayor pobreza.

Por las razones antes mencionadas se generan problemas y trastornos cardiometabólicos, bucales, oculares y por sustancias tóxicas, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, caries, gingivitis, edentulismo, retinopatía de la prematuridad, errores refractivos, catarata, glaucoma, retinopatía diabética, intoxicación por metales pesados, entre otros). Estos problemas contribuyen en grande manera a la morbimortalidad y discapacidad en la población peruana.

Modelo Conceptual Articulado



ÁMBITO NACIONAL - SOCIEDAD
(persona-familia-clan-comunidad-región-nación)
RASGOS BIOLÓGICOS , ETNIAS, ECONOMÍA , POLÍTICA , CULTURA - COSTUMBRES , RELIGIÓN, EDUCACIÓN,

SALUD OCULAR

Modelo Conceptual

El modelo conceptual es un conjunto de conceptos y relaciones entre ellos, vinculados a una condición de interés (o problema identificado).

Un modelo conceptual es un esquema estructurado que representa un conjunto de relaciones entre conceptos. Dichos conceptos responden a una o más de las siguientes propiedades.

Modelo Conceptual General: El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre Discapacidad Visual y Ceguera que nos permita relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se debe de realizar una búsqueda en la literatura.

Problema

“Modelos conceptuales de Discapacidad Visual y Ceguera”

Metodología

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

- PubMed - NCBI	- BMJ Point-of-Care	- National Guideline Clearinghouse
- Trip Database	- Clinical Evidence	- Healthcare Research and Quality
- Medline	- Cochrane Database	- National Institute for Health and Clinical Excellence
- EMBASE	- Health Technology Assessment	
- Web of Science	- NHS Economic Evaluation	
- Scopus	- SciELO - Scientific electronic library online	
- Google académico		
- Google Scholar		

Estrategia de búsqueda

Se consideró la pirámide propuesta por Haynes et al para la búsqueda sistemática en Internet desde la perspectiva de Medicina Basada en evidencia. Partiendo de Sistemas, para luego evaluar Resúmenes, Sinopsis, Síntesis (Revisiones Sistemáticas) y Artículos Originales (investigaciones primarias).

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, teniendo de referencia los descriptores en ciencias de la salud, combinados de acuerdo a la base a utilizar:

1. “Modelo conceptual” : Conceptual Model
2. “Marco de referencia” : Framework
3. “Discapacidad Visual” : Visual disability
4. “Ceguera” : Blindness
5. “Patologías Oculares” : Ocular Pathology⁶¹
6. (Conceptual model o framework) & (Visual disability) & (Blindness) & (Ocular Pathology)

⁶¹ Incluye las principales Patologías oculares de interés en salud pública: Retinopathy of Prematurity, refractive errors, Cataract, Glaucoma, Diabetic Retinopathy, external eye diseases.

Los mismos términos de búsqueda se realizaron para el caso de buscadores en español (Scielo)

Para la condición de interés “Discapacidad Visual y Ceguera” se ha realizado una revisión de los modelos conceptuales, no obstante no se encontró uno, sin embargo se ha utilizado un Diagrama de Causalidad de Discapacidad Visual y Ceguera brindado por la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica del Instituto Nacional de Salud, se presenta en el Gráfico N° 1.

Marco conceptual de la Discapacidad Visual y Ceguera

Este marco conceptual sobre las causas de discapacidad visual y la ceguera pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden: factores protectores como diagnóstico oportuno y control de enfermedades sistémicas, alimentación saludable y evitar la exposición a radiación UV B; factores modificables (propios de la persona) como hiperglicemia, hipertensión, dislipidemia y exposición a humo de tabaco. Asimismo factores de riesgo no modificables como la edad, etnia, embarazo y tiempo de enfermedades crónicas.

La interrelación de los factores antes mencionados causan directamente la presencia de patologías oculares como catarata, glaucoma, degeneración macular relacionado a la edad, errores refractivos, retinopatía diabética, entre otros. Estas patologías generaran discapacidad visual y ceguera evitables.

Modelo conceptual adaptado

Al adaptarse el modelo conceptual seleccionado, mediante la inclusión de características particulares del país, región, o localidad; se genera lo que se conoce como modelo conceptual adaptado (ver Gráfico N° 2). Dicha adaptación se hace bajo los criterios de: condiciones geográficas, características culturales, población vulnerable (cantidad y heterogeneidad), prioridades en salud pública, entre otros. A continuación la narración del mismo:

Causa indirectas: Limitado conocimiento de factores de riesgo que puedan afectar nuestra visión, limitado conocimiento de medidas preventivas que van producir una disminución o pérdida de la agudeza visual. Accionar imprudente de los niños y adolescentes, y falta de seguridad ocupacional que conllevan a lesiones traumáticas, generando una disminución o pérdida de la agudeza visual (ceguera). Condicionantes biológicas como son los antecedentes familiares de enfermedades oculares (glaucoma, errores refractivos)

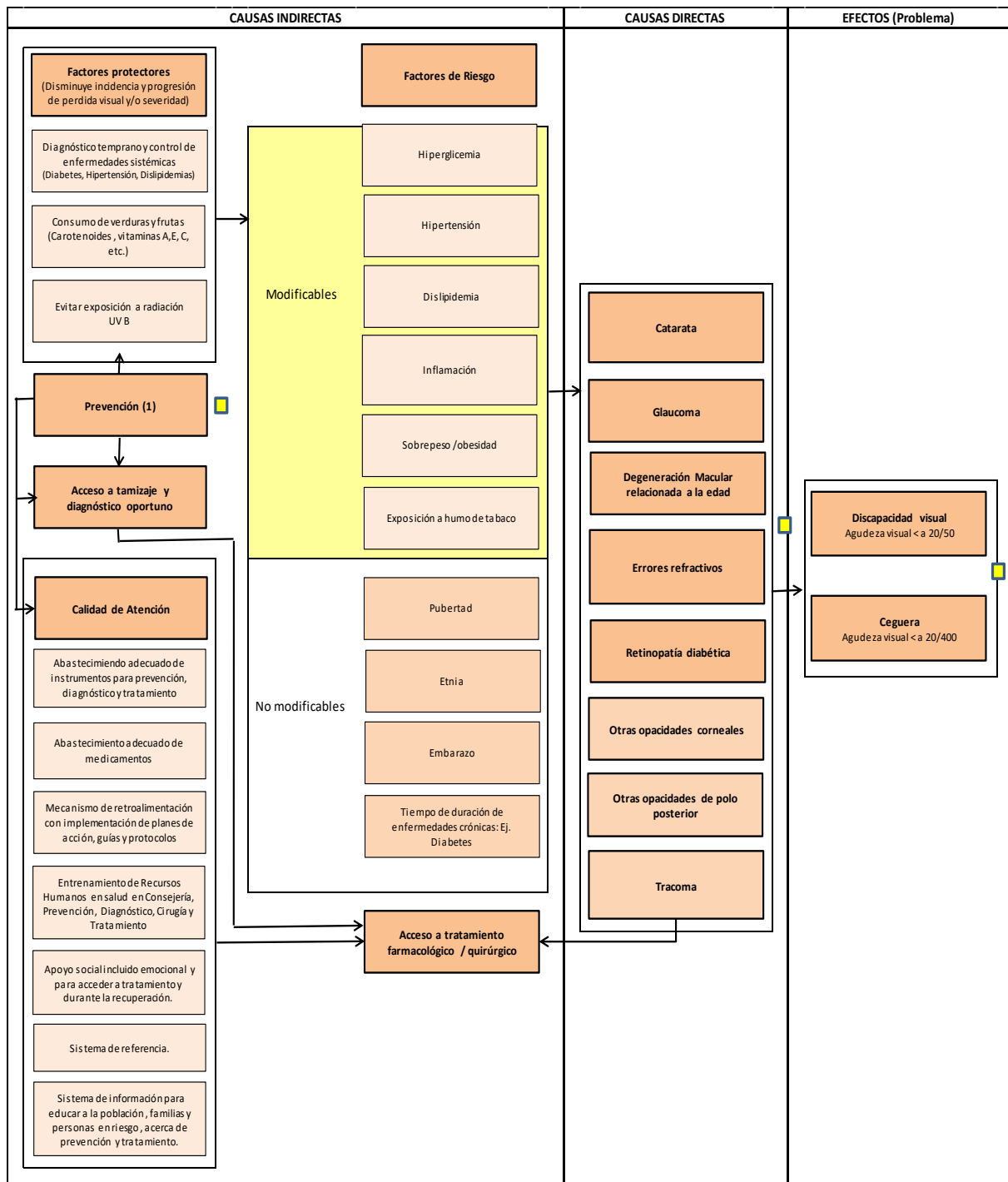
Los estilos de vida no saludables como aquellas conductas que predisponen tanto a generar problemas como las cataratas, exponerse a los rayos solares sin protección adecuada, o conductas que predisponen a no buscar ayuda oportuna o a no adherirse a los manejos de problemas de salud ocular, así como el consumo de una alimentación no saludable y el sedentarismo que son factores que contribuyen a la presentación de diabetes mellitus, hipertensión arterial.

El limitado recurso humano especialista a nivel nacional (oftalmología, tecnólogo médico en optometría, Lic. Enfermería oftálmica, asistentes o técnicos oftálmicos), generando limitado de acceso a los servicios oftalmológicos y a un tratamiento así como servicios de salud inadecuados, que no cuentan con equipamiento necesario para realizar una adecuada consulta de salud ocular, equipos para realizar tratamiento quirúrgico, insumos para las cirugías de catarata, entre otros.

Causas Directas: Las causas indirectas antes señaladas generan disminución o pérdida de la agudeza visual, la cual es manifestación de una patología ocular (retinopatía de la prematuridad, errores refractivos, enfermedades externas del ojo, catarata, glaucoma, retinopatía diabética).

El efecto o problema generado en la población es discapacidad visual y ceguera.

Gráfico N° 01: Marco Conceptual de la Discapacidad Visual y Ceguera

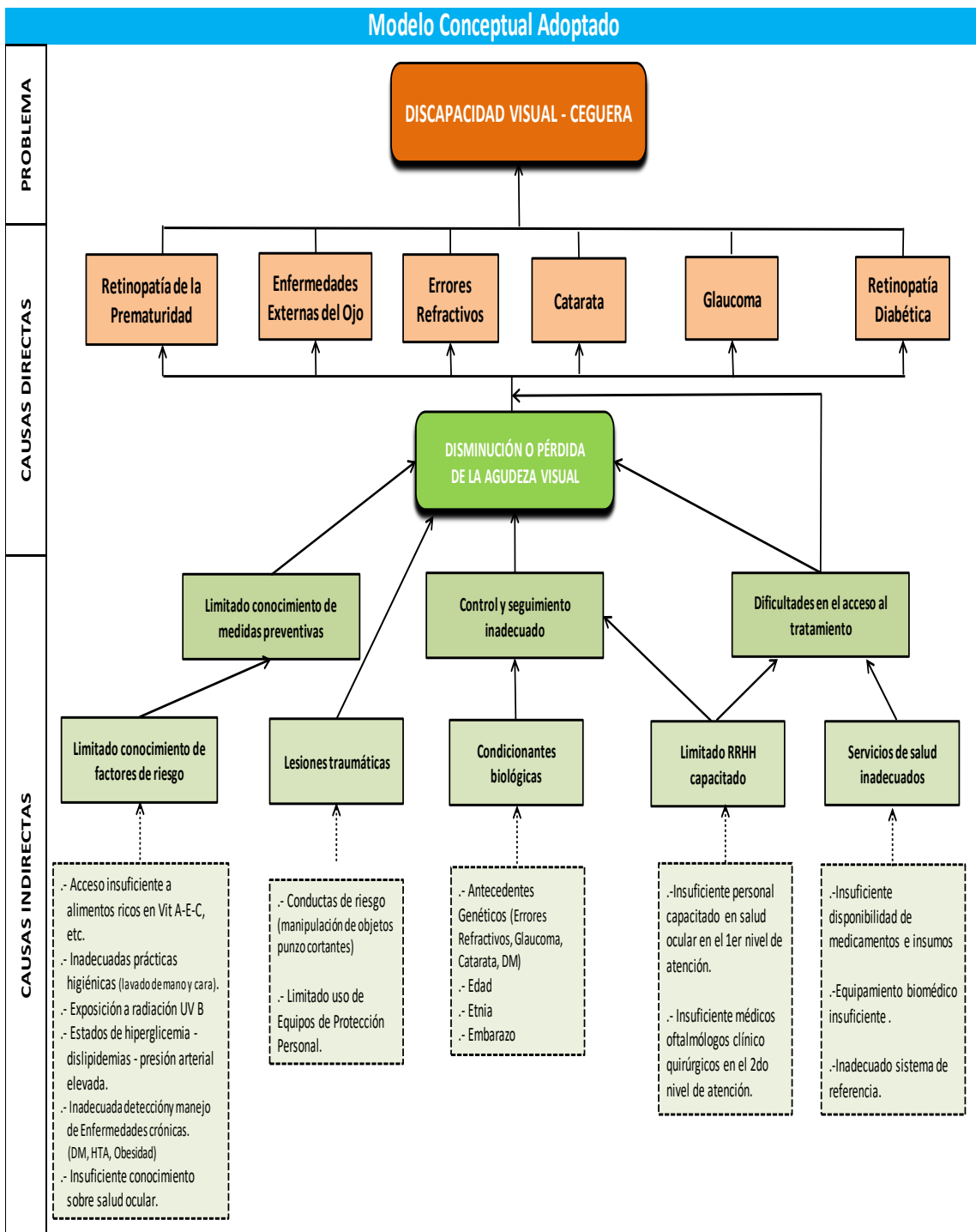


Fuente: INS - OGITT⁶²

Gráfico N° 02: Marco Conceptual de la Discapacidad Visual y Ceguera adaptado

⁶² Fuente Bibliográfica: (1) Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Gomero VD, Gonzales C, Tecse A, et al. National survey on the prevalence and causes of blindness in Peru. Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health. 2014; 36(5):283-9. (2) Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. British Journal of Ophthalmology. 2012; 96(5):614-8. (3) Ding J, Wong TY. Current Epidemiology of Diabetic Retinopathy and Diabetic Macular Edema. Current Diabetes Reports. 2012; 12(4):346-54. (4) Bourne RRA, Stevens GA, White RA, Smith JL, Flaxman SR, Price H, et al. Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. Lancet Global Health. 2013;1(6):E339-E49. (5) Rowe S, MacLean CH, Shekelle PG. Preventing visual loss from chronic eye disease in primary care - Scientific review. Jama-Journal of the American Medical Association. 2004;291(12):1487-96. (6) Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. European Journal of Nutrition. 2012;51(6):637-63.

Árbol 1. Árbol de Problemas



Fuente: CSOPC 2017

SALUD OCULAR

Causas Directas

Tabla 6. Causas del Problema Identificado

Descripción de la Causa	RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD - ROP
Describa la vinculación entre la causa y el problema	Los recién nacidos con factores de riesgo: prematuro (menor de 37 semanas de gestación), bajo peso al nacer (menor de 2 kg peso) y que requiere oxígeno terapia, tiene mayores probabilidades de desarrollar – ROP. La primera causa de ceguera infantil.
Magnitud de la causa	<p>La prematuridad es una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de los nacimientos prematuros la obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (<17 años y >40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiados seguidos, entre otros. Se considera Pre término al producto de la concepción nacido antes de las 37 semanas de gestación.⁶³</p> <p>Según datos del MINSA, durante el 2015, 9 de cada 10 mujeres concluyeron su embarazo con una edad gestacional de 37 semana a más, el 6% de los nacidos vivos lo hicieron entre las semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31.</p> <p>Asimismo, el 10 % de los nacimientos son prematuros, de estos se consideró una incidencia acumulada de 3.4 casos de recién nacidos prematuros por 1000 nacidos vivos con riesgo de ROP el 2016.</p>
Atributos de la causa	Recién Nacido Pre Terminado

⁶³ Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Ministerio de Salud. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletín_CNV_16.pdf

Descripción de la Causa	RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD - ROP																																																																																																																																																																																									
	<p style="text-align: center;">NACIDOS VIVOS POR EDAD GESTACIONAL, SEGÚN RESIDENCIA HABITAL DE LA MADRE PERÚ: 2015</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #800080; color: white;">RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE</th> <th colspan="5" style="background-color: #800080; color: white;">SEMANAS DE EMBARAZO</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #800080; color: white;">TOTAL</th> <th style="background-color: #800080; color: white;">≥ 27 Semanas</th> <th style="background-color: #800080; color: white;">De 27 a 31 Semanas</th> <th style="background-color: #800080; color: white;">De 32 a 36 Semanas</th> <th style="background-color: #800080; color: white;">> 37 Semanas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOTAL</td> <td>417413</td> <td>1158</td> <td>2430</td> <td>23434</td> <td>390391</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.0</td> <td>0.3</td> <td>0.6</td> <td>5.6</td> <td>93.5</td> </tr> <tr><td>Amazonas</td><td>4977</td><td>17</td><td>22</td><td>243</td><td>4695</td></tr> <tr><td>Ancash</td><td>13932</td><td>39</td><td>113</td><td>795</td><td>12985</td></tr> <tr><td>Apurimac</td><td>6726</td><td>17</td><td>38</td><td>402</td><td>6269</td></tr> <tr><td>Arequipa</td><td>21876</td><td>56</td><td>108</td><td>882</td><td>20830</td></tr> <tr><td>Ayacucho</td><td>11595</td><td>23</td><td>77</td><td>507</td><td>10988</td></tr> <tr><td>Cajamarca</td><td>16853</td><td>42</td><td>112</td><td>1063</td><td>15636</td></tr> <tr><td>Cusco</td><td>20711</td><td>50</td><td>82</td><td>1105</td><td>19474</td></tr> <tr><td>Huancavelica</td><td>7162</td><td>14</td><td>27</td><td>299</td><td>6822</td></tr> <tr><td>Huanuco</td><td>13830</td><td>19</td><td>64</td><td>581</td><td>13166</td></tr> <tr><td>Ica</td><td>14244</td><td>43</td><td>69</td><td>647</td><td>13485</td></tr> <tr><td>Junin</td><td>13721</td><td>32</td><td>101</td><td>692</td><td>12896</td></tr> <tr><td>La Libertad</td><td>22210</td><td>92</td><td>162</td><td>1506</td><td>20450</td></tr> <tr><td>Lambayeque</td><td>13867</td><td>48</td><td>103</td><td>891</td><td>12825</td></tr> <tr><td>Lima</td><td>133476</td><td>367</td><td>735</td><td>7555</td><td>124819</td></tr> <tr><td>Loreto</td><td>13836</td><td>32</td><td>94</td><td>994</td><td>12716</td></tr> <tr><td>Madre de Dios</td><td>2597</td><td>7</td><td>9</td><td>116</td><td>2465</td></tr> <tr><td>Moquegua</td><td>2837</td><td>3</td><td>7</td><td>120</td><td>2707</td></tr> <tr><td>Pasco</td><td>4832</td><td>7</td><td>19</td><td>287</td><td>4519</td></tr> <tr><td>Piura</td><td>20974</td><td>79</td><td>178</td><td>1429</td><td>19288</td></tr> <tr><td>Puno</td><td>13269</td><td>45</td><td>64</td><td>683</td><td>12477</td></tr> <tr><td>San Martín</td><td>11264</td><td>20</td><td>50</td><td>681</td><td>10513</td></tr> <tr><td>Tacna</td><td>4659</td><td>12</td><td>34</td><td>233</td><td>4380</td></tr> <tr><td>Tumbes</td><td>4002</td><td>15</td><td>29</td><td>269</td><td>3689</td></tr> <tr><td>Callao</td><td>14617</td><td>53</td><td>87</td><td>891</td><td>13586</td></tr> <tr><td>Ucayali</td><td>9292</td><td>23</td><td>43</td><td>561</td><td>8665</td></tr> <tr><td>Extranjero</td><td>29</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>23</td></tr> <tr><td>No determinado</td><td>25</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td><td>23</td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">FUENTE: SISTEMA DE REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LINEA MINSa. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN</p>	RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	SEMANAS DE EMBARAZO					TOTAL	≥ 27 Semanas	De 27 a 31 Semanas	De 32 a 36 Semanas	> 37 Semanas	TOTAL	417413	1158	2430	23434	390391		100.0	0.3	0.6	5.6	93.5	Amazonas	4977	17	22	243	4695	Ancash	13932	39	113	795	12985	Apurimac	6726	17	38	402	6269	Arequipa	21876	56	108	882	20830	Ayacucho	11595	23	77	507	10988	Cajamarca	16853	42	112	1063	15636	Cusco	20711	50	82	1105	19474	Huancavelica	7162	14	27	299	6822	Huanuco	13830	19	64	581	13166	Ica	14244	43	69	647	13485	Junin	13721	32	101	692	12896	La Libertad	22210	92	162	1506	20450	Lambayeque	13867	48	103	891	12825	Lima	133476	367	735	7555	124819	Loreto	13836	32	94	994	12716	Madre de Dios	2597	7	9	116	2465	Moquegua	2837	3	7	120	2707	Pasco	4832	7	19	287	4519	Piura	20974	79	178	1429	19288	Puno	13269	45	64	683	12477	San Martín	11264	20	50	681	10513	Tacna	4659	12	34	233	4380	Tumbes	4002	15	29	269	3689	Callao	14617	53	87	891	13586	Ucayali	9292	23	43	561	8665	Extranjero	29	3	2	1	23	No determinado	25	0	1	1	23
RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE	SEMANAS DE EMBARAZO																																																																																																																																																																																									
	TOTAL	≥ 27 Semanas	De 27 a 31 Semanas	De 32 a 36 Semanas	> 37 Semanas																																																																																																																																																																																					
TOTAL	417413	1158	2430	23434	390391																																																																																																																																																																																					
	100.0	0.3	0.6	5.6	93.5																																																																																																																																																																																					
Amazonas	4977	17	22	243	4695																																																																																																																																																																																					
Ancash	13932	39	113	795	12985																																																																																																																																																																																					
Apurimac	6726	17	38	402	6269																																																																																																																																																																																					
Arequipa	21876	56	108	882	20830																																																																																																																																																																																					
Ayacucho	11595	23	77	507	10988																																																																																																																																																																																					
Cajamarca	16853	42	112	1063	15636																																																																																																																																																																																					
Cusco	20711	50	82	1105	19474																																																																																																																																																																																					
Huancavelica	7162	14	27	299	6822																																																																																																																																																																																					
Huanuco	13830	19	64	581	13166																																																																																																																																																																																					
Ica	14244	43	69	647	13485																																																																																																																																																																																					
Junin	13721	32	101	692	12896																																																																																																																																																																																					
La Libertad	22210	92	162	1506	20450																																																																																																																																																																																					
Lambayeque	13867	48	103	891	12825																																																																																																																																																																																					
Lima	133476	367	735	7555	124819																																																																																																																																																																																					
Loreto	13836	32	94	994	12716																																																																																																																																																																																					
Madre de Dios	2597	7	9	116	2465																																																																																																																																																																																					
Moquegua	2837	3	7	120	2707																																																																																																																																																																																					
Pasco	4832	7	19	287	4519																																																																																																																																																																																					
Piura	20974	79	178	1429	19288																																																																																																																																																																																					
Puno	13269	45	64	683	12477																																																																																																																																																																																					
San Martín	11264	20	50	681	10513																																																																																																																																																																																					
Tacna	4659	12	34	233	4380																																																																																																																																																																																					
Tumbes	4002	15	29	269	3689																																																																																																																																																																																					
Callao	14617	53	87	891	13586																																																																																																																																																																																					
Ucayali	9292	23	43	561	8665																																																																																																																																																																																					
Extranjero	29	3	2	1	23																																																																																																																																																																																					
No determinado	25	0	1	1	23																																																																																																																																																																																					
Evidencia de la causa	1A																																																																																																																																																																																									

Descripción de la Causa	ERRORES REFRACTIVOS NO CORREGIDOS																																																																																			
<p>Describa la vinculación entre la causa y el problema</p>	<p>La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropía. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica. La provisión de lentes correctores es una de las medidas más costo - efectivas para tratar los Errores Refractivos (ER). Tan importante como la detección temprana de ER, es la adherencia al uso adecuado y permanente de los lentes por parte de los niños(as), como única forma de corregir su discapacidad visual y evitar la ceguera.</p>																																																																																			
<p>Magnitud de la causa</p>	<p>En nuestro país, en la Región La Libertad, el Instituto Regional de Oftalmología realizó una investigación en instituciones educativas públicas, evidenciando una prevalencia de errores refractivos de 7.2%; de los cuales 87.2% no estaban corregidos. La ambliopía tuvo una prevalencia de 2.4%. Asimismo, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular identificó una prevalencia 9% en promedio estimado de las intervenciones realizadas a nivel nacional en niños (as) de 3 a 11 años en los años 2012 al 2014.</p>																																																																																			
<p>Atributos de la causa</p>	<p>Niñas y niños de 3 a 11 años de edad con diagnóstico de errores refractivos en establecimiento de salud</p> <table border="1" data-bbox="579 1016 1347 2020"> <thead> <tr> <th data-bbox="579 1016 858 1122">Área de residencia / Región administrativa</th> <th data-bbox="863 1016 1023 1122">2014</th> <th data-bbox="1027 1016 1187 1122">2015</th> <th data-bbox="1192 1016 1347 1122">2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="579 1128 858 1182">Total</td> <td data-bbox="863 1128 1023 1182">6.3</td> <td data-bbox="1027 1128 1187 1182">5.3</td> <td data-bbox="1192 1128 1347 1182">5.5</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1189 1347 1243">Sexo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1249 858 1281">Hombre</td> <td data-bbox="863 1249 1023 1281">6.1</td> <td data-bbox="1027 1249 1187 1281">4.4</td> <td data-bbox="1192 1249 1347 1281">5.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1288 858 1319">Mujer</td> <td data-bbox="863 1288 1023 1319">6.5</td> <td data-bbox="1027 1288 1187 1319">6.2</td> <td data-bbox="1192 1288 1347 1319">6.0</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1326 1347 1379">Grupo de edad</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1386 858 1417">3 - 5</td> <td data-bbox="863 1386 1023 1417">(1,0)</td> <td data-bbox="1027 1386 1187 1417">1.2</td> <td data-bbox="1192 1386 1347 1417">1.0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1424 858 1456">6 - 11</td> <td data-bbox="863 1424 1023 1456">8.8</td> <td data-bbox="1027 1424 1187 1456">7.3</td> <td data-bbox="1192 1424 1347 1456">7.7</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1462 1347 1516">Área de residencia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1523 858 1554">Urbana</td> <td data-bbox="863 1523 1023 1554">8.6</td> <td data-bbox="1027 1523 1187 1554">8.1</td> <td data-bbox="1192 1523 1347 1554">8.7</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1561 858 1592">Rural</td> <td data-bbox="863 1561 1023 1592">1.3</td> <td data-bbox="1027 1561 1187 1592">1.9</td> <td data-bbox="1192 1561 1347 1592">1.7</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1599 1347 1653">Dominio de residencia</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1659 1347 1713">Costa</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1720 858 1751">Lima Metropolitana 1/</td> <td data-bbox="863 1720 1023 1751">11.7</td> <td data-bbox="1027 1720 1187 1751">12.5</td> <td data-bbox="1192 1720 1347 1751">13.5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1758 858 1789">Costa (sin LM)</td> <td data-bbox="863 1758 1023 1789">6.4</td> <td data-bbox="1027 1758 1187 1789">5.7</td> <td data-bbox="1192 1758 1347 1789">6.4</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1796 1347 1850">Sierra</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1856 858 1888">Sierra urbana</td> <td data-bbox="863 1856 1023 1888">7.5</td> <td data-bbox="1027 1856 1187 1888">7.5</td> <td data-bbox="1192 1856 1347 1888">8.1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1895 858 1926">Sierra rural</td> <td data-bbox="863 1895 1023 1926">1.3</td> <td data-bbox="1027 1895 1187 1926">2.0</td> <td data-bbox="1192 1895 1347 1926">2.4</td> </tr> <tr> <td colspan="4" data-bbox="579 1933 1347 1986">Selva</td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1993 858 2024">Selva urbana</td> <td data-bbox="863 1993 1023 2024">(3,3)</td> <td data-bbox="1027 1993 1187 2024">3.5</td> <td data-bbox="1192 1993 1347 2024">3.2</td> </tr> </tbody> </table>				Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016	Total	6.3	5.3	5.5	Sexo				Hombre	6.1	4.4	5.0	Mujer	6.5	6.2	6.0	Grupo de edad				3 - 5	(1,0)	1.2	1.0	6 - 11	8.8	7.3	7.7	Área de residencia				Urbana	8.6	8.1	8.7	Rural	1.3	1.9	1.7	Dominio de residencia				Costa				Lima Metropolitana 1/	11.7	12.5	13.5	Costa (sin LM)	6.4	5.7	6.4	Sierra				Sierra urbana	7.5	7.5	8.1	Sierra rural	1.3	2.0	2.4	Selva				Selva urbana	(3,3)	3.5	3.2
Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016																																																																																	
Total	6.3	5.3	5.5																																																																																	
Sexo																																																																																				
Hombre	6.1	4.4	5.0																																																																																	
Mujer	6.5	6.2	6.0																																																																																	
Grupo de edad																																																																																				
3 - 5	(1,0)	1.2	1.0																																																																																	
6 - 11	8.8	7.3	7.7																																																																																	
Área de residencia																																																																																				
Urbana	8.6	8.1	8.7																																																																																	
Rural	1.3	1.9	1.7																																																																																	
Dominio de residencia																																																																																				
Costa																																																																																				
Lima Metropolitana 1/	11.7	12.5	13.5																																																																																	
Costa (sin LM)	6.4	5.7	6.4																																																																																	
Sierra																																																																																				
Sierra urbana	7.5	7.5	8.1																																																																																	
Sierra rural	1.3	2.0	2.4																																																																																	
Selva																																																																																				
Selva urbana	(3,3)	3.5	3.2																																																																																	

Descripción de la Causa	ERRORES REFRACTIVOS NO CORREGIDOS			
	Selva rural	(0,8)	(1,4)	(0,9)
	Quintil de bienestar			
	Quintil inferior	(0,7)	1.5	1.4
	Segundo quintil	3.4	4.0	4.1
	Quintil intermedio	6.9	7.0	7.7
	Cuarto quintil	9.3	9.8	11.0
	Quintil superior	16.4	16.1	17.4
	Fuente: ENDES 2016			
Evidencia de la causa	1A			

Descripción de la Causa	CATARATA
Describe la vinculación entre la causa y el problema	El envejecimiento de la población ha provocado un aumento de la prevalencia de cataratas afectando a una amplia y creciente proporción de la población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que la catarata es la 2da causa de discapacidad visual en el mundo (33%) y la primera causa de ceguera evitable (51%).
Magnitud de la causa	<p>Según una revisión sistemática, la prevalencia de catarata (opacificación de cristalino) se describe en prevalencias entre el 15 y 30%. No obstante, la prevalencia aumenta con la edad, alcanzando entre un 40% y más del 60% de la población a partir de los 70/75 años. Las mujeres tienen una prevalencia mayor que los hombres, con un aumento más pronunciado en edades más avanzadas. Se considera la enfermedad como un proceso multifactorial en cuanto a su agente causal.</p> <p>Según el Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú - ERCE, se evidenció que las principales causas de ceguera en personas de 50 a más años se deben a Catarata (58%), seguida de Glaucoma (14%), Errores Refractivos no corregidos (5%), Retinopatía Diabética, entre otros.</p>

Descripcion de la Causa	CATARATA			
Atributos de la causa	Personas de 50 y más años de edad que recibieron el diagnóstico de cataratas			
	Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016
	Total	13.2	13.5	13.7
	Sexo			
	Hombre	12.4	12.3	12.7
	Mujer	13.9	14.7	14.6
	Grupo de edad			
	50 - 59	7.2	8.0	7.0
	60 - 69	11.8	11.6	12.0
	70 y más	24.6	24.7	26.8
	Área de residencia			
	Urbana	14.7	15.7	15.8
	Rural	9.4	9.7	10.3
	Dominio de residencia			
	Costa	14.3	15.8	16.1
	Lima Metropolitana 1/	15.0	16.5	16.9
	Costa (sin LM)	13.5	15.1	15.2
	Sierra	12.2	10.6	11.3
	Sierra urbana	16.0	15.4	15.5
	Sierra rural	9.7	8.4	9.3
	Selva	10.1	12.2	11.4
	Selva urbana	13.2	15.7	13.2
	Selva rural	(6,3)	(8,9)	9.8
	Nivel de educación			
	Hasta primaria	14.4	13.8	13.5
	Secundaria	11.6	13.3	13.0
	Superior	12.1	12.8	15.1
Quintil de bienestar				
Quintil inferior	8.1	8.7	8.8	
Segundo quintil	11.4	12.1	13.2	
Quintil intermedio	12.7	14.2	16.3	
Cuarto quintil	17.1	16.3	16.1	
Quintil superior	15.8	18.6	17.4	
	Fuente: ENDES 2016			
Evidencia de la causa	1C			

Descripcion de la Causa	CATARATA
Descripcion de la Causa	GLAUCOMA
Describe la vinculación entre la causa y el problema	El glaucoma es una patología ocular neurodegenerativa que se caracteriza por afectar, progresivamente, de manera estructural al nervio óptico y de manera funcional al campo visual. Afecta aproximadamente a un 2 a 4% de la población mayor de los 40 años en el mundo. Se considera la segunda causa más frecuente de ceguera en el mundo, después de la catarata, pero la primera que lo hace de manera irreversible. ⁶⁴
Magnitud de la causa	Según la OMS el 16% de la ceguera es causada por glaucoma, siendo la primera causa de ceguera no recuperable. En los países occidentales esta enfermedad crónica, progresiva y degenerativa se transforma en la primera causa de ceguera, afectando al 2% de la población general, al 3% de los mayores de 50 años y al 5% de los mayores de 70 años. Según el Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú - ERCE, se evidenció que el Glaucoma representa el 14% de las causas de ceguera en personas de 50 a más años. La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.
Atributos de la causa	Personas de 40 años a más con glaucoma puede generar ceguera si no es diagnosticado y tratado oportunamente.
Evidencia de la causa	1C

Descripcion de la Causa	RETINOPATÍA DIABÉTICA
Describe la vinculación entre la causa y el problema	La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.
Magnitud de la causa	Se estima que el 23.1% de personas con diabetes presentan complicación microvascular – retinopatía diabética en nuestro país, según los datos obtenidos de una investigación realizada por el Hospital Cayetano Heredia.
Atributos de la causa	Personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus pueden desarrollar una Retinopatía Diabética y ceguera sino reciben diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.
Evidencia de la causa	1C

⁶⁴ C. Romo Arpio, E. García Lunab, A. Sámano Guerrero. Artículo original. Rev Mex Oftalmol.2017;91:279-85 - DOI: 10.1016/j.mexoft.2016.08.003. disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321-articulo-prevalencia-glaucoma-primario-angulo-abierto-S0187451916300919#bib0095>

Descripción de la Causa	ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO
<p>Describa la vinculación entre la causa y el problema</p>	<p>Las enfermedades externas del Ojo (conjuntivitis, blefaritis, orzuelo, chalazión, tracoma) son la 1ra causa de consulta en los servicios de oftalmología a nivel internacional⁶⁵ y nacional según datos HIS del MINSA, de no ser tratadas oportunamente generan discapacidad visual y riesgo de ceguera.</p>
<p>Magnitud de la causa</p>	<p>La conjuntivitis es una enfermedad común del ojo. Representa el 3% de todas las consultas en el servicio de emergencia y es responsable del 30% de las consultas en oftalmología. Aproximadamente el 15% de la población puede tener un episodio de conjuntivitis alérgica en algún momento (según un estudio se identificó una prevalencia de 16,3% en niños entre 6 y 11 años en escuelas del cono sur de Lima).</p> <p>La conjuntivitis puede ser clasificado en infeccioso (Bacterial o viral) y no infeccioso (Alérgico y no alérgico). La prevalencia de cada tipo de conjuntivitis es diferente en la población pediátrica y adulta. La conjuntivitis bacteriana es más común en niños que en adultos.</p> <p>El tracoma ocular es la principal enfermedad infecciosa causante de ceguera en el mundo, su forma temprana se presenta en los niños y también una estimación de la prevalencia de la forma crónica que se presenta, generalmente, en los adultos. Esta enfermedad produce ceguera en su forma crónica. Se ha encontrado una prevalencia de 8.6% de tracoma folicular en niños de 1 a 9 años en comunidades rurales del Departamento de Loreto.</p>
<p>Atributos de la causa</p>	<p>Personas con enfermedades externas del ojo pueden desarrollar complicaciones oculares y ceguera.</p> <p>La prevalencia ajustada por la edad de tracoma folicular en menores de 1 a 9 años en el distrito evaluado "Putumayo, Ramon Castilla y Requena" fue 8,58% IC95% (5,63-12.87) y la prevalencia de triquiasis tracomatosa ajustada por edad y sexo en 15+ años fue 0,13% IC95% (00-0,31), se identificaron 6 casos de triquiasis tracomatosa.</p>
<p>Evidencia de la causa</p>	<p>1A</p>

⁶⁵ Fernández Pérez Sonia R, de Dios Lorente José Arturo, Peña Sisto Liliana, García Espinosa Sara M, León Leal Mario. Causas más frecuentes de consulta oftalmológica. MEDISAN [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Nov 09]; 13(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300010&lng=es.

Descripción de la Causa	BAJA VISIÓN
Describa la vinculación entre la causa y el problema	De acuerdo con las estimaciones de la OMS (WHO, 2012), en 2010, 285 millones de personas del mundo se encuentran con discapacidad visual, 39 millones de ellas son ciegas (0.58%) y 246 millones son personas con baja visión (3.65). La discapacidad visual es más frecuente en los grupos de mayor edad, el 82% de las personas ciegas y el 65% de las personas con baja visión eran mayores de 50 años.
Magnitud de la causa	Según el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú – ERCE, realizado el año 2011 en personas de 50 años a más de edad, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3%, deficiencia visual moderada 10.2% y baja visión funcional 1.4%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera (11.5%). Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión.
Atributos de la causa	Personas con deficiencia visual moderada y severa, constituyen el grupo de personas con Baja Visión, quienes de no tener acceso a un tratamiento llegar a ceguera.
Evidencia de la causa	1C

Causas Indirectas

Tabla 6. Causas del Problema Identificado

Descripción de la Causa	SERVICIOS DE SALUD INADECUADOS ⁶⁶
Describa la vinculación entre la causa y el problema	<p>En el año 2012, existieron a nivel nacional 3,4 establecimientos de salud por cada 10 mil habitantes, siendo los puestos de salud el tipo de establecimiento con mayor presencia.</p> <p>Los centros de salud del país se concentran principalmente en Lima, que representa el 24,8%. De todos los hospitales existentes en el país, Lima concentra el 35,2% de ellos.</p> <p>En el año 2017 se tiene más de 8000 establecimientos de salud a nivel nacional del Ministerio de Salud en sus diferentes categorías.</p>

⁶⁶ Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de situación de salud de Perú. Perú, 2013.

Descripcion de la Causa	SERVICIOS DE SALUD INADECUADOS ⁶⁶
Magnitud de la causa	<p>Según datos de la ESNSOPC 2016, se cuenta con 153 servicios de oftalmología en el Sector Público a nivel nacional, de los cuales 78 (51%) son del MINSA, los cuales presentan diferentes limitaciones en cuanto a personal insuficiente, déficit de equipamiento biomédico, limitada o nula disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y medicamentos.</p> <p>De igual forma los establecimientos de salud del 1er nivel de atención no cuenta con las dimensiones suficientes (6x2 mtrs) para realizar el examen de agudeza visual de manera óptima, del mismo modo existe limitación en la disponibilidad de materiales e insumos básicos para su desarrollo.</p> <p>La exclusión en salud, se da en medio de la interacción entre las necesidades de salud de la población y la capacidad de respuesta del Sistema de Salud frente a dichas necesidades.</p>
Atributos de la causa	Personas con patologías oculares no acceden a una atención oftalmológica.
Evidencia de la causa	1C

Descripcion de la Causa	LIMITADO RECURSO HUMANO CAPACITADO ⁶⁷
Describe la vinculación entre la causa y el problema	<p>La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran que el mínimo de médicos indispensable para garantizar una adecuada atención de salud a la población debe ser 10 por 10 mil habitantes. El Perú está por debajo de esa cifra como promedio nacional (9,4), siendo la brecha y las inequidades mucho mayor en la perspectiva que se tiene para los niveles regionales y subregionales.</p> <p>Por otra parte, las especialidades clínicas representan el 61,5%, las quirúrgicas el 33,2%, las de apoyo al diagnóstico y tratamiento el 4,9% y las especialidades consideradas para estudio de la salud pública el 0,4%. Cabe señalar que la mayoría de profesionales se encuentran concentrados en regiones de la Costa, sobre todo Lima (56%).</p>

⁶⁷ Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de Perú. Perú, 2013.

Descripcion de la Causa	LIMITADO RECURSO HUMANO CAPACITADO⁶⁷
Magnitud de la causa	<p>La especialidad de Oftalmología, es clínico quirúrgico, y tiene como particularidad que para poder ejercer plenamente sus actividades profesionales necesitan de equipos e instrumentos, por lo tanto, es necesario que estas condiciones laborales sean establecidas para poder hacer uso eficiente de este tipo de recursos humanos. De 1,101 Médicos Oftalmólogos el año 2016, 522 se encuentran laborando en el Sector Público, siendo 274 en EESS del MINSA (50%).</p> <p>A ello debemos de adicionar que la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular se implementa a nivel nacional en un 72% de Establecimientos de Salud (5,687) y cuenta con personal de salud capacitado en el 1er nivel de atención.</p>
Atributos de la causa	Personas con patologías oculares no acceden a una atención oftalmológica.
Evidencia de la causa	1C

Descripcion de la Causa	CONDICIONANTES BIOLÓGICAS⁶⁸
Describe la vinculación entre la causa y el problema	En el Perú la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 15 años en las últimas cuatro décadas y actualmente se vive, en promedio, 74.6 años, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Magnitud de la causa	<p>Los hombres vivirían en promedio 72 años, mientras que las mujeres lo harían 77.3 años. Datos ENDES 2015. Es decir, se evidencia una tendencia al envejecimiento relativo de la población, la cual se incrementa más rápidamente que el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades.</p> <p>Asimismo, según el estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, desde el 2012 se conoce que el 60.5 % de los Años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) se deben a las Enfermedades Crónicas Degenerativas, las que generan sobre un fuerte componente de discapacidad en las personas. Dentro de este grupo están las patologías oculares.</p> <p>Por tanto, al incrementarse la esperanza de vida al nacer, aumenta el riesgo de tener enfermedades crónicas degenerativas.</p>
Atributos de la causa	Personas de 50 y más años de edad con dificultad para ver de lejos

⁶⁸ Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Perú, 2012.

Descripción de la Causa	CONDICIONANTES BIOLÓGICAS ⁶⁸			
	Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016
Total		20.1	21.2	19.9
Sexo				
Hombre		16.5	17.7	16.9
Mujer		23.0	24.6	22.7
Grupos de edad				
50 - 59		14.8	14.8	12.6
60 - 69		17.8	18.7	18.7
70 y más		31.3	34.7	33.4
Área de residencia				
Urbana		19.2	20.1	18.4
Rural		22.4	23.2	22.4
Dominio de residencia				
Costa		17.4	19.6	16.9
Lima Metropolitana 1/		15.7	16.1	14.2
Costa (sin LM)		19.5	23.0	19.8
Sierra		23.3	22.3	23.3
Sierra urbana		23.3	22.0	21.3
Sierra rural		23.2	22.4	24.2
Selva		25.7	24.8	21.6
Selva urbana		25.5	24.5	21.5
Selva rural		25.9	25.0	21.8
Nivel de educación				
Hasta primaria		24.8	25.0	24.9
Secundaria		16.3	17.8	15.0
Superior		11.6	13.3	11.6
Quintil de bienestar				
Quintil inferior		24.5	24.7	24.4
Segundo quintil		22.2	20.8	21.1
Quintil intermedio		22.2	24.9	21.2
Cuarto quintil		22.0	19.4	18.3
Quintil superior		11.9	15.8	12.4
Departamento				
Amazonas		22.8	20.0	28.6
Áncash		19.7	(17,6)	24.3
Apurímac		18.6	15.0	17.5
Arequipa		19.3	28.5	20.1
Ayacucho		32.9	31.9	26.7
Cajamarca		20.7	16.1	17.6
Prov. Const. del Callao		17.1	19.5	(11,5)

Descripcion de la Causa	CONDICIONANTES BIOLÓGICAS ⁶⁸		
	Cusco	20.5	23.1 (19,6)
	Huancavelica	20.1	25.0 27.3
	Huánuco	22.8	18.2 15.8
	Ica	19.8	19.6 23.5
	Junín	27.9	25.7 21.6
	La Libertad	25.2	26.5 18.9
	Lambayeque	(15,9)	20.0 (12,9)
	Provincia de Lima 2/	15.5	15.7 14.5
	Región Lima 3/	21.1	25.4 21.3
	Loreto	26.0	31.4 19.7
	Madre de Dios	24.5	22.0 26.2
	Moquegua	24.9	18.4 (15,7)
	Pasco	23.9	(13,7) 23.9
	Piura	15.3	22.7 (21,4)
	Puno	28.1	22.4 30.3
	San Martín	29.9	34.8 24.9
	Tacna	26.2	30.2 21.3
	Tumbes	27.5	31.4 30.5
	Ucayali	21.8	21.7 (23,8)
	Lima 4/	16.1	17.0 15.4
Evidencia de la causa	1C		

Descripcion de la Causa	LESIONES TRAUMÁTICAS ⁶⁹
Describe la vinculación entre la causa y el problema	Los traumatismos oculares son la principal causa de ceguera monocular en niños, su incidencia se estima entre 29 a 35 %.
Magnitud de la causa	Según un estudio realizado en el servicio de oftalmología pediátrica del Instituto Nacional de Oftalmología en Perú, la edad promedio de los niños con trauma ocular a globo abierto fue 6,7 años, el sexo más afectado fue el masculino (68,2 %). Los objetos punzocortantes ocasionaron el 52,0 % de las injurias oculares. El 72,0 % presentó lesión del cristalino asociada. Según experiencia en Chile, el trauma ocular es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencia, representando el 3% del total de ellas en nuestro país, afecta con mayor frecuencia a personas en edad productiva con un promedio de 30,6 años, el sexo masculino representa el 87% del total de los casos. Es responsable de 1/3 de los casos de ceguera unilateral en la primera década de la vida.
Atributos de la causa	Lesiones traumáticas generan patologías oculares y ceguera.

⁶⁹ Rocío Sánchez C. Trauma ocular. Artículo de Actualización. Cuad. Cir. 2008; 22: 91-97. Disponible en <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art13.pdf>
 Flores-Boza Abel. Trauma ocular a globo abierto en niños: factores pronóstico. Acta méd. peruana [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Nov 06]; 30(1): 06-09. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100002&lng=es.

Descripción de la Causa	LESIONES TRAUMÁTICAS ⁶⁹
Evidencia de la causa	1C

Descripción de la Causa	LIMITADO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO – ESTILOS DE VIDA INADECUADOS																																
Describa la vinculación entre la causa y el problema	Existe relación directa entre la baja adherencia a patrones alimentarios saludables (rica en fibras, frutas, vegetales, granos enteros no refinados, productos lácteos bajos en grasa) y/o alta adherencia a patrones poco saludables (hipercalóricos, rico en azúcares, grasas, ac. grasos trans, carnes rojas y procesadas y productos finales de glucosilación avanzada), sedentarismo e inactividad física, excesivo o escaso tiempo de sueño, consumo de tabaco con el riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las enfermedades oculares.																																
Magnitud de la causa	<p>Para la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, y accidente cerebrovascular, hay evidencia convincente de que el aumento del consumo de verduras y frutas reduce el riesgo de enfermedad. Con ello disminución de complicaciones oculares.</p> <p>Además, el sobrepeso es el riesgo más importante para la diabetes mellitus tipo 2; es así que un aumento del consumo de hortalizas y frutas por lo tanto podría indirectamente reducir la incidencia de diabetes mellitus tipo 2.</p> <p>Hay pruebas en las que el aumento del consumo de verduras y frutas disminuye el riesgo de ciertas enfermedades de los ojos, la demencia y la osteoporosis. Para glaucoma y la retinopatía diabética, no hubo pruebas suficientes sobre una asociación con el consumo de verduras y frutas.</p> <p>No obstante, el fomento de hábitos saludables para el cuidado de los ojos es importante para disminuir la discapacidad visual y ceguera.</p>																																
Atributos de la causa	<p>niñas y niños de 3 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de salud ocular</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Área de residencia / Región administrativa</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>12.6</td> <td>9.5</td> <td>10.6</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sexo</td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>12.8</td> <td>10.4</td> <td>11.3</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>12.4</td> <td>8.6</td> <td>9.8</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Grupo de edad</td> </tr> <tr> <td>3 - 5</td> <td>18.8</td> <td>14.5</td> <td>15.6</td> </tr> <tr> <td>6 - 11</td> <td>9.7</td> <td>7.2</td> <td>8.1</td> </tr> </tbody> </table>	Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016	Total	12.6	9.5	10.6	Sexo				Hombre	12.8	10.4	11.3	Mujer	12.4	8.6	9.8	Grupo de edad				3 - 5	18.8	14.5	15.6	6 - 11	9.7	7.2	8.1
Área de residencia / Región administrativa	2014	2015	2016																														
Total	12.6	9.5	10.6																														
Sexo																																	
Hombre	12.8	10.4	11.3																														
Mujer	12.4	8.6	9.8																														
Grupo de edad																																	
3 - 5	18.8	14.5	15.6																														
6 - 11	9.7	7.2	8.1																														

Descripcion de la Causa	LIMITADO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO – ESTILOS DE VIDA INADECUADOS			
	Área de residencia			
	Urbana	11.0	8.5	8.9
	Rural	16.0	10.8	12.5
	Dominio de residencia			
	Costa	9.8	7.6	8.4
	Lima Metropolitana 1/	9.2	6.9	5.6
	Costa (sin LM)	10.4	8.1	10.3
	Sierra	19.9	16.7	19.6
	Sierra urbana	17.7	15.5	17.8
	Sierra rural	21.5	17.2	20.4
	Selva	6.9	4.4	4.4
	Selva urbana	8.2	5.7	5.5
	Selva rural	5.7	3.7	3.8
	Quintil de bienestar			
	Quintil inferior	15.4	10.1	11.2
	Segundo quintil	13.3	9.9	11.0
	Quintil intermedio	10.4	8.0	9.8
	Cuarto quintil	10.4	8.2	9.0
	Quintil superior	12.6	10.9	10.0
	Departamento			
	Amazonas	(5,5)	(4,4)	(5,8)
	Áncash	(9,1)	10.3	16.2
	Apurímac	30.6	22.9	31.6
	Arequipa	17.2	12.6	13.6
	Ayacucho	21.9	20.8	21.1
	Cajamarca	14.1	(7,4)	(11,2)
	Prov. Const. del Callao	(9,4)	8.7	7.6
	Cusco	15.4	(15,6)	22.7
	Huancavelica	(11,7)	(5,7)	(4,0)
	Huánuco	(13,8)	11.2	10.1
	Ica	(9,0)	(7,6)	10.1
	Junín	(14,5)	(5,0)	(10,5)
	La Libertad	(17,3)	12.1	14.1
	Lambayeque	7.7	7.4	(9,4)
	Provincia de Lima 2/	9.1	6.6	5.4
	Región Lima 3/	(10,0)	9.5	9.2
	Loreto	7.3	3.7	(2,7)
	Madre de Dios	10.9	9.1	7.1
	Moquegua	23.0	20.2	14.2
	Pasco	10.3	(7,4)	(2,9)
	Piura	14.9	(11,6)	13.7
Puno	29.8	34.5	39.1	
San Martín	(7,3)	7.4	6.7	

Descripcion de la Causa	LIMITADO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO – ESTILOS DE VIDA INADECUADOS			
	Tacna	18.2	18.9	11.4
	Tumbes	(12,8)	7.8	9.6
	Ucayali	(5,1)	(3,0)	(3,0)
	Lima 4/	9.2	7.1	5.9
Evidencia de la causa	1C			

Descripcion de la Causa	LIMITADO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO - PREMATUREZ
Describe la vinculación entre la causa y el problema	De los 27 mil 1 nacidos vivos durante el 2015, con una edad gestacional menor a las 37 semanas, el 4,2% nació inmaduro, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro (entre las 28 a 31 semanas de gestación).
Magnitud de la causa	El mayor porcentaje de recién nacidos pre término se encuentra dentro del grupo de los prematuros moderado a tardío (86,8%), es decir que nacieron entre las 32 a 36 semanas de gestación. Por otro lado, las regiones de Ayacucho (12,7%), Junín (12,2%), Tacna (12,2%), Ancash (11,9%), Piura (10,6%) y Arequipa (10,3%) presentan los más altos porcentajes de nacidos muy prematuros, mientras que Amazonas (6%) presenta el más alto porcentaje de nacimientos de prematuros extremos.

Descripcion de la Causa	LIMITADO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO - PREMATUREZ																																																																																																																																																										
Atributos de la causa	<p>Recién Nacido Pre Término</p> <p style="text-align: center;">NACIDOS VIVOS PRETERMINO POR CATEGORÍA SEGÚN REGIÓN PERÚ: 2015</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Residencia Habitual de la Madre</th> <th colspan="4">RN Pretérmino</th> </tr> <tr> <th>TOTAL</th> <th>Prematuro Extremo (22a a 27 sem)</th> <th>Muy Prematuro (28 a 31 sem)</th> <th>Prematuro Tardío (32 a 36 sem)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>417413</td> <td>1137</td> <td>2430</td> <td>23434</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100.0</td> <td>0.27</td> <td>0.58</td> <td>5.61</td> </tr> <tr><td>Amazonas</td><td>4977</td><td>17</td><td>22</td><td>243</td></tr> <tr><td>Ancash</td><td>13932</td><td>39</td><td>113</td><td>795</td></tr> <tr><td>Apurímac</td><td>6726</td><td>17</td><td>38</td><td>402</td></tr> <tr><td>Arequipa</td><td>21876</td><td>54</td><td>108</td><td>882</td></tr> <tr><td>Ayacucho</td><td>11595</td><td>22</td><td>77</td><td>507</td></tr> <tr><td>Cajamarca</td><td>16853</td><td>39</td><td>112</td><td>1063</td></tr> <tr><td>Cusco</td><td>20711</td><td>48</td><td>82</td><td>1105</td></tr> <tr><td>Huancavelica</td><td>7162</td><td>13</td><td>27</td><td>299</td></tr> <tr><td>Huanuco</td><td>13830</td><td>19</td><td>64</td><td>581</td></tr> <tr><td>Ica</td><td>14244</td><td>43</td><td>69</td><td>647</td></tr> <tr><td>Junín</td><td>13721</td><td>32</td><td>101</td><td>692</td></tr> <tr><td>La Libertad</td><td>22210</td><td>91</td><td>162</td><td>1506</td></tr> <tr><td>Lambayeque</td><td>13867</td><td>47</td><td>103</td><td>891</td></tr> <tr><td>Lima</td><td>133476</td><td>357</td><td>735</td><td>7555</td></tr> <tr><td>Loreto</td><td>13836</td><td>32</td><td>94</td><td>994</td></tr> <tr><td>Madre de Dios</td><td>2597</td><td>7</td><td>9</td><td>116</td></tr> <tr><td>Moquegua</td><td>2837</td><td>3</td><td>7</td><td>120</td></tr> <tr><td>Pasco</td><td>4832</td><td>7</td><td>19</td><td>287</td></tr> <tr><td>Piura</td><td>20974</td><td>79</td><td>178</td><td>1429</td></tr> <tr><td>Puno</td><td>13269</td><td>45</td><td>64</td><td>683</td></tr> <tr><td>San Martín</td><td>11264</td><td>20</td><td>50</td><td>681</td></tr> <tr><td>Tacna</td><td>4659</td><td>12</td><td>34</td><td>233</td></tr> <tr><td>Tumbes</td><td>4002</td><td>15</td><td>29</td><td>269</td></tr> <tr><td>Callao</td><td>14617</td><td>53</td><td>87</td><td>891</td></tr> <tr><td>Ucayali</td><td>9292</td><td>23</td><td>43</td><td>561</td></tr> <tr><td>Extranjero</td><td>29</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>No Determinado</td><td>25</td><td>0</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">FUENTE: SISTEMA DE REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO EN LINEA MINSa. OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN</p>	Residencia Habitual de la Madre	RN Pretérmino				TOTAL	Prematuro Extremo (22a a 27 sem)	Muy Prematuro (28 a 31 sem)	Prematuro Tardío (32 a 36 sem)	Total	417413	1137	2430	23434		100.0	0.27	0.58	5.61	Amazonas	4977	17	22	243	Ancash	13932	39	113	795	Apurímac	6726	17	38	402	Arequipa	21876	54	108	882	Ayacucho	11595	22	77	507	Cajamarca	16853	39	112	1063	Cusco	20711	48	82	1105	Huancavelica	7162	13	27	299	Huanuco	13830	19	64	581	Ica	14244	43	69	647	Junín	13721	32	101	692	La Libertad	22210	91	162	1506	Lambayeque	13867	47	103	891	Lima	133476	357	735	7555	Loreto	13836	32	94	994	Madre de Dios	2597	7	9	116	Moquegua	2837	3	7	120	Pasco	4832	7	19	287	Piura	20974	79	178	1429	Puno	13269	45	64	683	San Martín	11264	20	50	681	Tacna	4659	12	34	233	Tumbes	4002	15	29	269	Callao	14617	53	87	891	Ucayali	9292	23	43	561	Extranjero	29	3	2	1	No Determinado	25	0	1	1
	Residencia Habitual de la Madre		RN Pretérmino																																																																																																																																																								
TOTAL		Prematuro Extremo (22a a 27 sem)	Muy Prematuro (28 a 31 sem)	Prematuro Tardío (32 a 36 sem)																																																																																																																																																							
Total	417413	1137	2430	23434																																																																																																																																																							
	100.0	0.27	0.58	5.61																																																																																																																																																							
Amazonas	4977	17	22	243																																																																																																																																																							
Ancash	13932	39	113	795																																																																																																																																																							
Apurímac	6726	17	38	402																																																																																																																																																							
Arequipa	21876	54	108	882																																																																																																																																																							
Ayacucho	11595	22	77	507																																																																																																																																																							
Cajamarca	16853	39	112	1063																																																																																																																																																							
Cusco	20711	48	82	1105																																																																																																																																																							
Huancavelica	7162	13	27	299																																																																																																																																																							
Huanuco	13830	19	64	581																																																																																																																																																							
Ica	14244	43	69	647																																																																																																																																																							
Junín	13721	32	101	692																																																																																																																																																							
La Libertad	22210	91	162	1506																																																																																																																																																							
Lambayeque	13867	47	103	891																																																																																																																																																							
Lima	133476	357	735	7555																																																																																																																																																							
Loreto	13836	32	94	994																																																																																																																																																							
Madre de Dios	2597	7	9	116																																																																																																																																																							
Moquegua	2837	3	7	120																																																																																																																																																							
Pasco	4832	7	19	287																																																																																																																																																							
Piura	20974	79	178	1429																																																																																																																																																							
Puno	13269	45	64	683																																																																																																																																																							
San Martín	11264	20	50	681																																																																																																																																																							
Tacna	4659	12	34	233																																																																																																																																																							
Tumbes	4002	15	29	269																																																																																																																																																							
Callao	14617	53	87	891																																																																																																																																																							
Ucayali	9292	23	43	561																																																																																																																																																							
Extranjero	29	3	2	1																																																																																																																																																							
No Determinado	25	0	1	1																																																																																																																																																							
Evidencia de la causa	1C																																																																																																																																																										

SALUD BUCAL

Los sistemas de salud, son la respuesta organizada del estado, el sector salud es el espacio social de confluencia de personas organizaciones y entidades que realizan actividades relacionadas directamente con la salud individual o colectiva en el país.⁷⁰

Se adopta un modelo conceptual existente previa revisión de evidencias para lo cual se adjunta las siguientes definiciones previas.

Con base a esta información se realiza la búsqueda de evidencias según el esquema que a continuación se presenta:

Modelo conceptual

Modelo Conceptual General: El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud que nos permita relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se realizó una búsqueda en la literatura.

Problema

“Modelos conceptuales de limitado acceso a servicios de salud bucal de la población”

Metodología

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

- Medline
- EMBASE
- Web of Science
- Scopus
- Google Scholar
- BMJ Point-of-Care
- Clinical Evidence
- National Institute for Health and Clinical Excellence
- TRI Database
- Cochrane Database
- Health Technology Assessment
- NHS Economic Evaluation Database
- National Guideline Clearinghouse
- Healthcare Research and Quality

Estrategia de búsqueda

Se consideró la pirámide propuesta por Haynes et al⁷¹ para la búsqueda sistemática en Internet desde la perspectiva de Medicina Basada en evidencia, partiendo de Sistemas, para luego evaluar Resúmenes, Sinopsis, Síntesis (Revisiones Sistemáticas) y Artículos Originales (investigaciones primarias).

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, combinados de acuerdo a la base a utilizar:

“Modelo conceptual”

1. conceptual model
2. framework

“Población”

3. Population

⁷⁰ R.M. 526-2011/MINSA.

⁷¹ DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. ACP Journal Club. Editorial: Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Ann Intern Med. 2009; 151(6):JC3-2, JC3-3.

“Servicio de salud”

4. Oral Health Services Accessibility

“Estándares de calidad”

5. Health Care Quality, Access, and Evaluation

6. Quality Assurance, Health Care

7. (conceptual model o framework) & (population) & (Oral Health Services Accessibility) & (Health Care Quality)

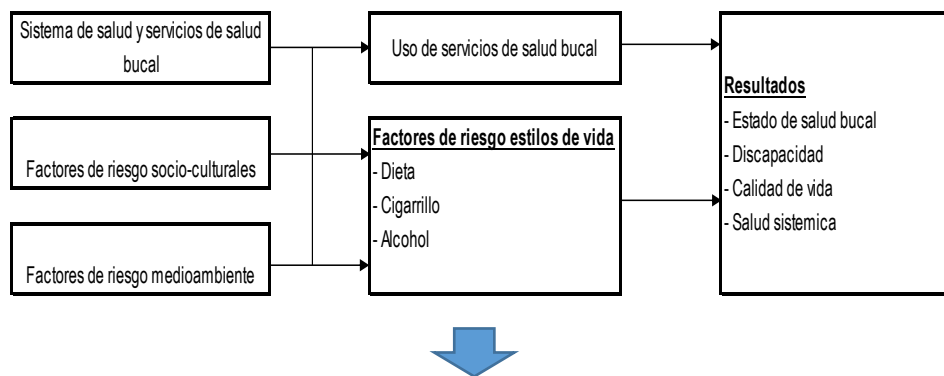
Los mismos términos de búsqueda se realizaron para el caso de buscadores en español (Scielo)

Para la condición de interés “La población peruana tiene elevada morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral en la población MINSA” se ha seleccionado el siguiente modelo conceptual:

Marco conceptual limitado morbilidad y discapacidad de salud bucal⁷²

El modelo conceptual describe tres dimensiones, cada una de las cuales incorpora diversos elementos:

- Accesibilidad servicios de salud bucal: distancia física o tiempo de desplazamiento hasta el establecimiento de salud, Disponibilidad: referido a los recursos y materiales para la atención y que satisfagan las demandas, así como tener el tipo apropiado de proveedores de servicios y materiales, Accesibilidad financiera: relación entre el precio de servicios (en parte afectada por los costos) y disponibilidad de los usuarios para pagar por los servicios y Aceptabilidad: relación entre la provisión de los servicios de salud y las expectativas sociales y culturales de los usuarios y comunidad



⁷² Petersen, P. E. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2005. 33(4), 274–279.

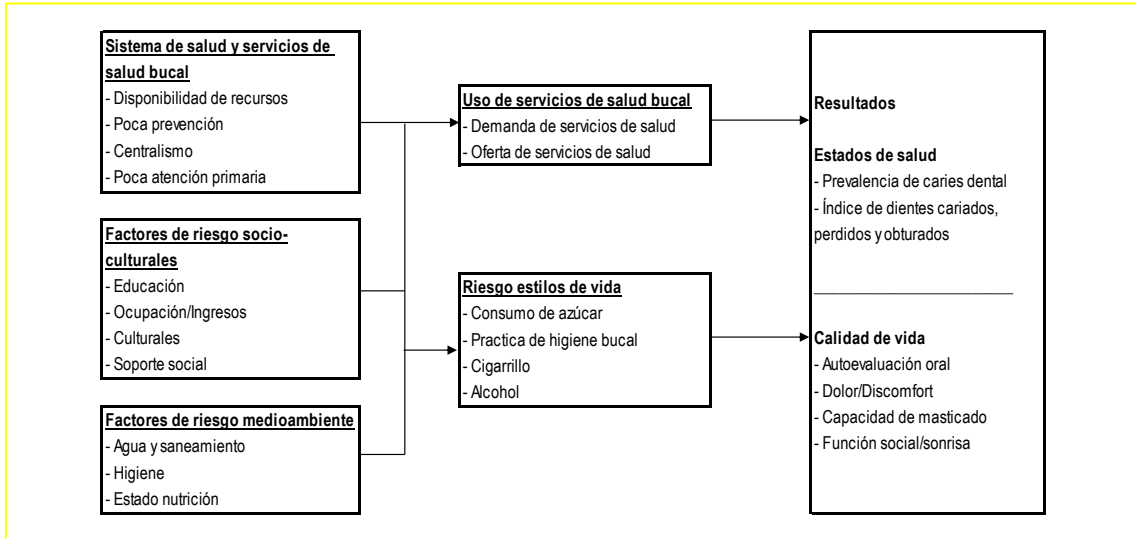
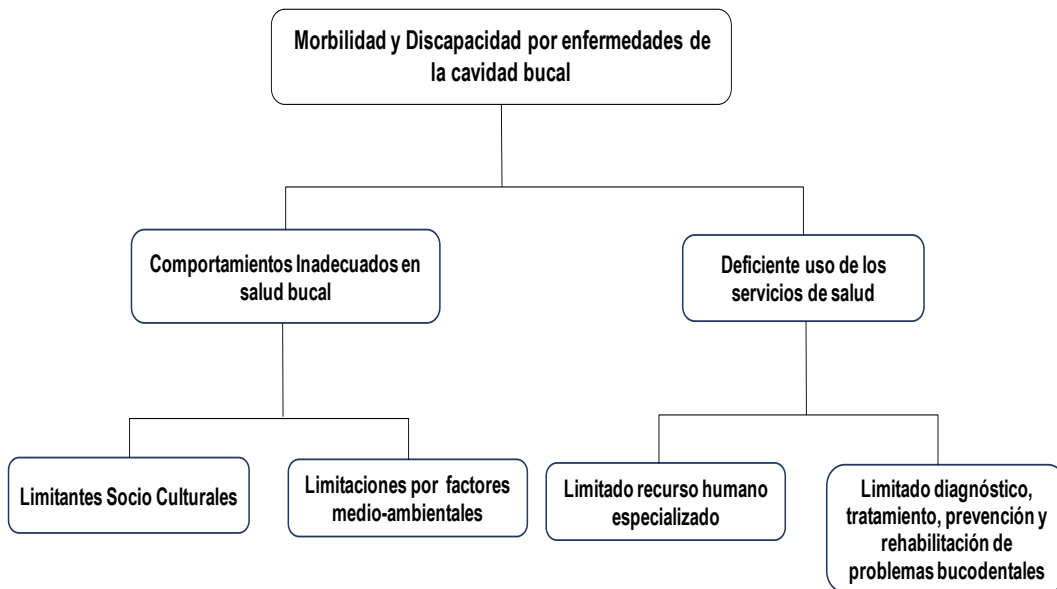


Gráfico N° 1 Causas del problema identificado



Búsqueda sistemática de información**Tabla N° 6 Causas del problema identificado*****Inadecuados comportamientos en salud bucal***

Descripción de la causa	COMPORTAMIENTOS INADECUADOS EN SALUD BUCAL La falta de cuidado dental (cepillado dental, visita al dentista, ingesta de azúcares y consumo de sal fluorada) es un factor predisponente para desarrollar problemas de la cavidad oral.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	El cepillado dental infrecuente, no control odontológico, la ingesta inadecuada de azúcares y no consumir sal fluorada favorecen la aparición de placa bacteriana y con ello el desarrollo de caries y enfermedades periodontales.
Magnitud de la causa	A nivel nacional el 90% de la población tiene caries y el promedio de índice de dientes cariados, perdidos y obturados es 6.
Atributos de la causa	Las enfermedades bucodentales no diferencian entre sexo y edad, puede afectar a todos sin distinción en cualquier etapa de la vida, aunque hay factores que los favorecen.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Ministerio de Salud del Perú. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6, 8, 10 y 12 y 15 años. MINSA, Dirección de salud de las personas. Lima, 2005. Disponible: en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf . Guido JA, Martínez EA, Soto A, Eggertsson H, Sanders BJ, Jones JE y col. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. Int J Paediatr Dent. 2011; 21(6): 432-40.

Descripción de la causa	LIMITACIONES POR FACTORES MEDIOAMBIENTALES (Riesgos individuales incrementados en nutrición) Existen factores individuales como las enfermedades crónicas subyacentes y el estado nutricional que facilitan el desarrollo de enfermedades periodontales, caries y fluorosis.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	La desnutrición crónica favorece la aparición de caries, fluorosis dental, hipocalcificación dental e hipoplasia del esmalte dental. Las enfermedades crónicas no controladas, entre ellas la obesidad y diabetes, incrementan el riesgo de enfermedades periodontales.
Magnitud de la causa	En el Perú la prevalencia general de fluorosis es 10,1%, lo que varía de acuerdo a cada región. Las enfermedades periodontales es de 85% y eso se suma a la prevalencia de diabetes y obesidad, 12,7%, 8,6% y 17,8%, respectivamente.
Atributos de la causa	Las enfermedades periodontales y fluorosis, ligadas a enfermedades subyacentes se acompañan en su mayoría de un componente metabólico, el cual crea las condiciones para favorecerlas.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Ramos-Martínez K, Gonzáles-Martínez F, Luna-Ricardo L. Estado de salud oral y nutricional en niños de una institución educativa de Cartagena, 2009. Chaffee BW, Weston SJ.

	Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. J Periodontol, 2010; 81(12):1708-24. Sanz-Sánchez I, Bascones A. Diabetes mellitus: su implicación en la patología oral y periodontal. Av. Odontoestomatol. 2009; 25(5): 249-263.
--	---

Descripción de la causa	LIMITANTES SOCIO-CULTURALES El nivel social y cultural repercute en el grado de reconocimiento y búsqueda de atención de problemas de salud bucal.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	El bajo nivel educativo vinculado a bajo a pobreza se asocia a prácticas inadecuadas de higiene oral y menor acceso a los servicios odontológicos. Así también el limitado servicio de agua se asocia a una menor higiene oral.
Magnitud de la causa	A nivel nacional tenemos al 21,8% de la población con pobreza monetaria, lo que limita en su mayoría priorizar gastos en salud. En cuanto a educación la población que tiene sólo primaria tiene mayor riesgo con respecto a los otros grados.
Atributos de la causa	Las inadecuadas oportunidades de acceso a educación y trabajo conllevan a un bajo nivel educativo y pobreza.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Cardoso N. Factores asociados à prevalencia de edentulismo em pacientes com doença renal crónica em hemodiálise: um estudo transversal em Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015; 66 p. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Encuesta Nacional Demográfica en Salud (ENDES). INEI. 2015.

Descripción de la causa	DEFICIENTE USO DE SERVICIOS DE SALUD Los servicios de salud odontológicos inadecuados se caracterizan por una infraestructura y ambiente inadecuado, y falta de equipamiento a todos nivel de atención.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	El no contar con equipos y materiales para la atención dental se asocia con limitado manejo de los problemas bucodentales y por ende eleva la morbilidad de las enfermedades de la cavidad oral.
Magnitud de la causa	El Perú cuenta con pocos centros odontológicos los cuales no llegan a cubrir a los más de 30 millones de peruanos. A ello se suma la falta de equipos y ambientes adecuados.
Atributos de la causa	La inadecuada distribución de recursos financieros del sector salud contribuye a tener servicios odontológicos inadecuados.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. <i>Rev. Gerenc. Polít. Salud.</i> 2014; 13(27): 181-199.

Descripción de la causa	LIMITADO RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO La limitada cantidad de cirujanos dentistas en el país y la falta de personal de salud entrenado en identificar problemas de salud oral, favorecen el agravamiento de las enfermedades de la cavidad oral.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	La falta de especialistas impide el acceso a la atención de forma oportuna por problemas en la cavidad oral.
Magnitud de la causa	Para el 2017, sólo teníamos 4261 cirujanos dentistas del Ministerio de Salud.
Atributos de la causa	Es necesario tener personal especializado para la atención de problemas odontológicos.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Posada-López y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. <i>Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.</i> Observatorio de Recursos Humanos, 2017

Descripción de la causa	LIMITADO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE PROBLEMAS BUCODENTALES El limitado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación, se constituye como falla del sistema de salud, una inadecuada distribución de los recursos humanos y financieros.
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	La falta de un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, acciones de prevención específicas y rehabilitación, contribuye al agravamiento de las enfermedades bucodentales y como consecuencia una mala absorción de nutrientes.
Magnitud de la causa	El acceso a los servicios de salud dental es bajo, sólo el 26,7% de la población accede a los servicios de salud odontológicos, con mayor porcentaje en la región andina y menor en la selva. Existe necesidad de tratamiento, siendo la más frecuente la de mayor urgencia con un 34,4%.
Atributos de la causa	La oportunidad en el servicio y la calidad de la atención son factores importantes para garantizar una adecuada adherencia de los pacientes.
Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. <i>Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.</i>

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

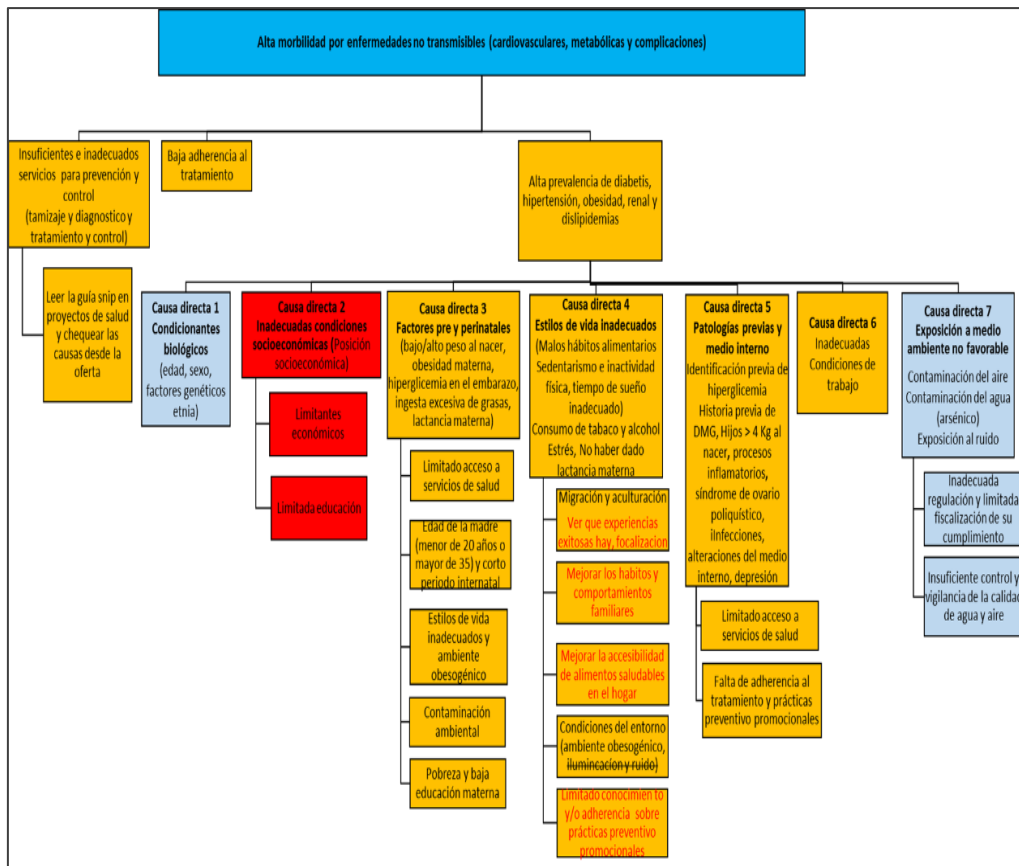
DESARROLLO DEL ÁRBOL DE PROBLEMAS

Para la elaboración del árbol de problemas de Daños no Transmisibles se conformó un equipo de trabajo integrado por UNAGESP del INS, representantes de la Dirección General de Promoción de la Salud, Oficina General de Comunicaciones y especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública y un profesional Economista con experiencia en gestión pública del equipo técnico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles.

El proceso de elaboración se realizó siguiendo la metodología de “Programas presupuestales Diseño, Revisión y Articulación Territorial 2017”, primero identificando el problema y posteriormente identificando causas directas e indirectas según el diseño de estudios identificados y magnitud de las medidas de asociación.

El problema identificado fue la alta morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y sus complicaciones. El problema principal identificado se compone de tres problemas específicos que determinan las enfermedades no transmisibles con mayor carga de enfermedad, Problema específico 1: Insuficiente e inadecuados servicios para la prevención y control, Problema específico 2: Baja adherencia al tratamiento y problema específico 3: Alta prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, complicaciones renales y dislipidemia. Para el diseño de los productos del programa se abordará el problema específico 3, e identificando las causas directas e indirectas, dejando pendiente los dos primeros problemas específicos identificados.

Posteriormente se identificaron siete causas directas: Condiciones biológicas, Inadecuadas condiciones socioeconómicas, factores pre y perinatales, Estilos de vida inadecuados, patologías previas y medio interno, inadecuadas condiciones de trabajo y exposición a medio no favorables.



Fuente: Elaboración propia- ESNPCDNT

Problema específico 3: Alta prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, complicaciones renales y dislipidemia.

Descripción de la causa	CONDICIONANTES BIOLÓGICOS																																																																																																																																																																																																																																															
<p>Vinculación entre la causa directa y el problema específico.</p>	<p>Diversos estudios y revisiones sistemáticas dan cuenta de diferencias en la prevalencia de diabetes mellitus (DM) relacionadas con el género; sin embargo, el mayor o menor riesgo de las mujeres respecto a hombres, varía según la región. En la gran mayoría de regiones el riesgo de DM en mujeres es similar o menor que en hombres; en el Caribe y en Sudáfrica, es mayor en mujeres. En África oriental, central y del sur, la alteración de la glicemia en ayunas es mayor en hombres y la intolerancia a la glucosa es mayor en mujeres. En mujeres, existen evidencias de que el riesgo es mayor cuando la edad de la menarquia es menor.</p> <p>Las enfermedades cardiovasculares (ECV), se presentan ≈10 años más tarde en mujeres que en hombres, sin embargo su identificación es más difícil debido a su presentación compleja (síntomas atípicos) que da lugar a retrasos y/o errores en el diagnóstico. Mujeres jóvenes y de mediana edad tienen menos riesgo de ECV; pero en presencia de DM el riesgo se iguala.</p> <p>Además, en los últimos 10 años, se han identificado más de 60 regiones genéticas asociadas a DM2 que, no obstante, sólo representan 10-15% de la base genética, la mayor parte de la cual permanece desconocida y su fuerza de asociación varía según la etnia.</p>																																																																																																																																																																																																																																															
<p>Magnitud de la causa</p>	<p>La Presión arterial alta, en personas mayores de 15 años, tiene mayor prevalencia en hombres , en mayores de 60 años y en etnia afroperuana:</p> <p style="text-align: center;">(Porcentaje)</p> <table border="1" data-bbox="587 1285 1355 1552"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Característica seleccionada</th> <th colspan="2">2014</th> <th colspan="2">2015</th> <th colspan="2">2016</th> <th colspan="2">2017</th> <th colspan="2">2018</th> <th colspan="3">2019</th> <th colspan="2">Diferencias</th> <th colspan="2">Test de diferencias de medias</th> </tr> <tr> <th>Valor estimado</th> <th>Valor estimado</th> <th>Valor estimado</th> <th>Valor estimado</th> <th>Valor estimado</th> <th>Valor estimado</th> <th>Intervalo de confianza al 95%</th> <th>Coefficiente de variación</th> <th>Total de casos sin ponderar</th> <th>2019/2014</th> <th>2019/2018</th> <th>2019/2014</th> <th>2019/2018</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th>Inferior</th> <th>Superior</th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Total</td> <td>20,7</td> <td>17,8</td> <td>17,6</td> <td>18,6</td> <td>20,1</td> <td>19,7</td> <td>18,9</td> <td>20,5</td> <td>2,0</td> <td>32 906</td> <td>-1,0</td> <td>-0,4</td> <td>*</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombre</td> <td>22,7</td> <td>18,0</td> <td>19,0</td> <td>20,0</td> <td>22,1</td> <td>21,7</td> <td>20,5</td> <td>22,9</td> <td>2,8</td> <td>14 199</td> <td>-1,0</td> <td>-0,4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>18,9</td> <td>17,6</td> <td>16,3</td> <td>17,3</td> <td>18,1</td> <td>17,8</td> <td>16,8</td> <td>18,7</td> <td>2,7</td> <td>18 707</td> <td>-1,1</td> <td>-0,3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grupo de edad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 - 19</td> <td>3,5</td> <td>3,8</td> <td>3,9</td> <td>(3,9)</td> <td>(3,1)</td> <td>(3,7)</td> <td>2,6</td> <td>4,7</td> <td>14,6</td> <td>2 897</td> <td>0,2</td> <td>0,6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 - 29</td> <td>7,0</td> <td>5,2</td> <td>5,3</td> <td>6,0</td> <td>7,0</td> <td>6,0</td> <td>5,1</td> <td>7,0</td> <td>8,0</td> <td>7 522</td> <td>-1,0</td> <td>-1,0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30 - 39</td> <td>11,6</td> <td>8,5</td> <td>7,8</td> <td>8,5</td> <td>10,1</td> <td>8,7</td> <td>7,7</td> <td>9,6</td> <td>5,8</td> <td>8 545</td> <td>-2,9</td> <td>-1,4</td> <td>***</td> <td>**</td> <td></td> </tr> <tr> <td>40 - 49</td> <td>19,3</td> <td>16,7</td> <td>16,1</td> <td>16,9</td> <td>19,2</td> <td>19,5</td> <td>17,8</td> <td>21,3</td> <td>4,6</td> <td>5 167</td> <td>0,2</td> <td>0,3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50 - 59</td> <td>31,8</td> <td>28,3</td> <td>28,4</td> <td>29,4</td> <td>29,8</td> <td>28,0</td> <td>25,6</td> <td>30,3</td> <td>4,3</td> <td>3 593</td> <td>-3,8</td> <td>-1,8</td> <td>**</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60 y más</td> <td>52,2</td> <td>50,2</td> <td>48,6</td> <td>50,7</td> <td>51,7</td> <td>52,5</td> <td>50,3</td> <td>54,8</td> <td>2,2</td> <td>5 182</td> <td>0,4</td> <td>0,8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 y más</td> <td>23,2</td> <td>19,8</td> <td>19,5</td> <td>20,5</td> <td>22,1</td> <td>21,6</td> <td>20,8</td> <td>22,5</td> <td>1,9</td> <td>30 009</td> <td>-1,6</td> <td>-0,5</td> <td>***</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: ENDES, 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> Etnia afroperuana: 25.3% muestra hipertensión arterial, 6.0% problemas cardiacos y 14.8% problemas de colesterol, las tres condiciones sobre el promedio nacional. 	Característica seleccionada	2014		2015		2016		2017		2018		2019			Diferencias		Test de diferencias de medias		Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%	Coefficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2019/2014	2019/2018	2019/2014	2019/2018			Inferior	Superior													Total	20,7	17,8	17,6	18,6	20,1	19,7	18,9	20,5	2,0	32 906	-1,0	-0,4	*			Sexo																Hombre	22,7	18,0	19,0	20,0	22,1	21,7	20,5	22,9	2,8	14 199	-1,0	-0,4				Mujer	18,9	17,6	16,3	17,3	18,1	17,8	16,8	18,7	2,7	18 707	-1,1	-0,3				Grupo de edad																15 - 19	3,5	3,8	3,9	(3,9)	(3,1)	(3,7)	2,6	4,7	14,6	2 897	0,2	0,6				20 - 29	7,0	5,2	5,3	6,0	7,0	6,0	5,1	7,0	8,0	7 522	-1,0	-1,0				30 - 39	11,6	8,5	7,8	8,5	10,1	8,7	7,7	9,6	5,8	8 545	-2,9	-1,4	***	**		40 - 49	19,3	16,7	16,1	16,9	19,2	19,5	17,8	21,3	4,6	5 167	0,2	0,3				50 - 59	31,8	28,3	28,4	29,4	29,8	28,0	25,6	30,3	4,3	3 593	-3,8	-1,8	**			60 y más	52,2	50,2	48,6	50,7	51,7	52,5	50,3	54,8	2,2	5 182	0,4	0,8				20 y más	23,2	19,8	19,5	20,5	22,1	21,6	20,8	22,5	1,9	30 009	-1,6	-0,5	***		
Característica seleccionada	2014		2015		2016		2017		2018		2019			Diferencias		Test de diferencias de medias																																																																																																																																																																																																																																
	Valor estimado		Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%	Coefficiente de variación	Total de casos sin ponderar	2019/2014	2019/2018	2019/2014	2019/2018																																																																																																																																																																																																																																		
	Inferior	Superior																																																																																																																																																																																																																																														
Total	20,7	17,8	17,6	18,6	20,1	19,7	18,9	20,5	2,0	32 906	-1,0	-0,4	*																																																																																																																																																																																																																																			
Sexo																																																																																																																																																																																																																																																
Hombre	22,7	18,0	19,0	20,0	22,1	21,7	20,5	22,9	2,8	14 199	-1,0	-0,4																																																																																																																																																																																																																																				
Mujer	18,9	17,6	16,3	17,3	18,1	17,8	16,8	18,7	2,7	18 707	-1,1	-0,3																																																																																																																																																																																																																																				
Grupo de edad																																																																																																																																																																																																																																																
15 - 19	3,5	3,8	3,9	(3,9)	(3,1)	(3,7)	2,6	4,7	14,6	2 897	0,2	0,6																																																																																																																																																																																																																																				
20 - 29	7,0	5,2	5,3	6,0	7,0	6,0	5,1	7,0	8,0	7 522	-1,0	-1,0																																																																																																																																																																																																																																				
30 - 39	11,6	8,5	7,8	8,5	10,1	8,7	7,7	9,6	5,8	8 545	-2,9	-1,4	***	**																																																																																																																																																																																																																																		
40 - 49	19,3	16,7	16,1	16,9	19,2	19,5	17,8	21,3	4,6	5 167	0,2	0,3																																																																																																																																																																																																																																				
50 - 59	31,8	28,3	28,4	29,4	29,8	28,0	25,6	30,3	4,3	3 593	-3,8	-1,8	**																																																																																																																																																																																																																																			
60 y más	52,2	50,2	48,6	50,7	51,7	52,5	50,3	54,8	2,2	5 182	0,4	0,8																																																																																																																																																																																																																																				
20 y más	23,2	19,8	19,5	20,5	22,1	21,6	20,8	22,5	1,9	30 009	-1,6	-0,5	***																																																																																																																																																																																																																																			

		Total
Hipertensión arterial	N	790
	(%)	(25.48)
	(%) ₂	(25.32)
Problemas de colesterol	N	453
	(%)	(14.61)
	(%) ₂	(14.08)
Diabetes	N	208
	(%)	(6.71)
	(%) ₂	(6.31)
Problemas cardíacos	N	196
	(%)	(6.32)
	(%) ₂	(6.02)

Fuente: EEPA 2014

La Diabetes Mellitus, en personas mayores de 25 años, tiene prevalencias similares en hombres y mujeres, mayor en los rangos entre 55-64 años:

(porcentajes)

Característica seleccionada	2014		2015		2016		2017		2018		2019		Intervalo de confianza al 95%	Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	Diferencias		Test de diferencia de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2019/2014	2019/2018				2019/2014	2019/2018		
Total	3,2	2,9	2,9	3,3	3,6	3,9	3,5	4,2	5,0	32 906	0,6	0,3	***						
Sexo																			
Hombre	2,9	2,3	2,7	3,0	3,3	3,4	2,8	3,9	8,0	14 199	0,5	0,0							
Mujer	3,6	3,4	3,2	3,6	3,9	4,3	3,8	4,9	6,2	18 707	0,8	0,5	**						
Grupo de edad																			
15 - 19	(0,4)	(0,2)	(0,2)	(0,2)	(0,5)	(0,5)	0,0	0,9	47,5	2 897	0,1	0,0							
20 - 29	(0,3)	(0,4)	(0,3)	(0,3)	(0,7)	(0,4)	0,3	0,6	21,8	7 522	0,1	-0,2							
30 - 39	(1,2)	0,9	1,0	(0,8)	1,5	1,1	0,8	1,4	14,3	8 545	-0,1	-0,4							
40 - 49	3,2	2,1	2,5	3,2	3,0	3,7	2,8	4,7	12,5	5 167	0,5	0,8							
50 - 59	6,8	6,6	5,7	6,5	7,3	6,6	5,3	7,8	10,0	3 593	-0,2	-0,7							
60 y más	8,2	8,5	9,0	9,9	9,5	11,3	9,7	12,9	7,1	5 182	3,1	1,9	***						
20 y más	3,6	3,2	3,3	3,7	4,0	4,3	3,9	4,7	4,9	30 009	0,6	0,3	**						

Fuente: ENDES 2019

- Etnia afroperuana: 6.3% presenta diabetes mellitus.

		Total
Diabetes	N	208
	(%)	(6.71)
	(%) ₂	(6.31)

Fuente: EEPA 2014

La Presión arterial alta, en personas mayores de 15 años según departamento muestra que la prevalencia es mayor en Según departamento, los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con prevalencia de hipertensión arterial, se ubicaron en la Provincia Constitucional del Callao (24,4%), provincia de Lima (22,3%), Loreto y Tumbes (cada uno con 22,0%).

Atributos de la causa

Característica seleccionada	2014		2015		2016		2017		2018		2019		Intervalo de confianza al 95%	Coeficiente de variación	Total de casos sin ponderar	Diferencias		Test de diferencia de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2019/2014	2019/2018				2019/2014	2019/2018		
Departamento																			
Amazonas	20,4	18,1	16,3	18,6	20,7	19,3	16,7	21,9	6,9	1 326	-1,1	-1,4							
Ancash	17,7	16,0	17,6	17,6	19,3	16,8	14,3	19,4	7,8	1 194	-0,9	-2,5							
Apurímac	19,5	16,9	18,2	15,6	16,1	15,9	13,4	18,5	8,2	1 220	-3,6	-0,2							
Arequipa	20,3	16,8	17,5	16,0	19,4	21,2	18,7	23,6	6,0	1 131	0,9	1,8							
Ayacucho	15,2	15,4	15,9	15,9	15,5	17,6	15,4	19,7	6,2	1 419	2,4	2,1							
Cajamarca	16,6	17,8	17,6	19,3	18,1	15,3	13,0	17,6	7,6	1 263	-1,2	-2,8							
Prov. Const. del Callao	24,1	21,8	20,6	20,6	23,1	24,4	21,5	27,2	6,0	1 065	0,3	1,2							
Cusco	17,1	15,5	14,6	12,9	19,4	18,5	15,8	21,2	7,5	1 138	1,4	-1,0							
Huancavelica	22,9	16,7	16,4	14,2	16,8	14,3	12,4	16,3	6,9	1 282	-6,3	-2,5	***						
Huancayo	14,5	14,2	13,8	12,0	14,8	16,6	13,9	19,3	8,4	1 367	2,1	1,8							
Ica	20,9	20,9	19,4	19,9	23,3	20,4	17,9	22,9	6,3	1 224	-0,5	-2,9							
Junín	18,1	15,3	14,1	13,0	15,3	13,7	11,1	16,3	9,6	1 175	-4,4	-1,6	**						
La Libertad	16,3	16,3	16,3	15,7	17,9	16,7	14,0	19,4	8,4	1 128	-1,6	-1,2							
Lambayeque	21,8	14,0	16,9	15,2	17,5	16,0	13,5	18,6	8,1	1 183	-5,8	-1,5	***						
Lima	23,0	20,2	20,2	22,1	21,7	22,1	20,4	23,8	3,9	3 864	-0,9	0,5							
Provincia de Lima S/	23,1	20,3	20,4	22,4	21,4	22,3	20,4	24,1	4,2	2 679	-0,8	0,8							
Región Lima E/	22,3	19,3	18,5	18,6	24,0	20,6	17,9	23,3	6,7	1 165	-1,7	-3,4							
Loreto	24,4	18,6	19,4	18,0	22,9	22,0	18,6	24,4	5,6	1 207	-2,4	-0,9							
Madre de Dios	16,7	14,8	13,7	15,5	18,7	19,8	17,4	22,3	6,4	1 118	3,2	1,1							
Moquegua	22,8	18,8	18,1	18,9	18,6	17,5	14,7	20,4	8,2	1 141	-5,3	-1,1	***						
Passo	16,6	13,8	19,2	15,8	18,0	14,1	11,9	16,3	7,9	1 175	-4,4	-3,9	**						
Piura	24,7	22,5	19,6	19,3	22,0	21,4	18,4	24,4	7,1	1 218	-3,2	-0,6							
Puno	19,6	12,8	14,2	17,2	19,1	16,2	13,5	18,9	8,5	1 223	-3,4	-2,9	*						
San Martín	15,6	18,1	15,8	17,5	18,0	20,2	17,3	23,0	7,2	1 228	4,6	2,1	**						
Tacna	23,5	20,4	18,7	20,3	19,3	21,0	18,0	24,0	7,2	1 181	-2,5	1,7							
Tumbes	22,1	18,3	19,5	19,3	23,8	22,0	19,3	24,7	6,2	1 204	-0,1	-1,9							
Ucayali	14,4	11,6	11,0	11,7	14,5	10,9	8,7	13,0	10,0	1 202	-3,6	-3,7	**	**					

Fuente: ENDES 2019

En población afroperuana la presión arterial, los problemas cardíacos y los problemas de colesterol son mayores en la región de Lima, en zona urbana y en las mujeres.

		Región			Zona		Sexo	Hombres
		Lima	Costa Norte	Costa Sur	Urbano	Rural	Mujeres	
Hipertensión arterial	N	334	178	278	717	73	506	256
	(%)	(29.38)	(19.04)	(27.02)	(25.89)	(21.99)	(30.43)	(11.30)
Problemas de colesterol	N	182	108	163	418.00	35.00	306	156
	(%)	(16.01)	(11.55)	(15.84)	(15.10)	(10.54)	(18.40)	(11.30)
Diabetes	N	86	41	81	196	12	117	57
	(%)	(7.56)	(4.39)	(7.87)	(7.08)	(3.61)	(7.04)	(6.67)
Problemas cardíacos	N	105	25	66	189	7	125	64
	(%)	(9.23)	(2.67)	(6.41)	(6.83)	(2.11)	(7.52)	(6.67)

Fuente: EEPA 2014

La Diabetes Mellitus en personas mayores de 15 años según Dominio de residencia muestra que la prevalencia es mayor en la Costa (4.7%) principalmente en Lima Metropolitana (5.1%).

Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Dominio de residencia							
Costa	4,0	4,0	3,9	4,0	4,3	4,1	5,3
Lima Metropolitana 1/	4,5	4,5	4,6	4,1	4,4	5,1	5,9
Resto Costa	3,4	3,5	3,1	4,0	4,0	4,1	4,7
Sierra	2,0	1,6	1,8	1,8	2,1	1,9	2,3
Sierra urbana	2,8	2,5	(2,9)	2,7	2,9	2,3	2,8
Sierra rural	(1,2)	(1,0)	(1,1)	0,9	1,2	1,5	1,8
Selva	2,5	1,9	2,5	2,7	3,3	3,4	4,1
Selva urbana	3,4	2,7	3,7	3,0	4,3	4,3	5,3
Selva rural	(1,4)	(1,1)	(1,4)	(2,4)	(1,8)	(2,1)	2,8

Fuente: ENDES 2019

En población afroperuana la diabetes mellitus son mayores en la región de Lima (9.2%), en zona urbana (7.2%) y en los mujeres (6.7%)

		Región			Zona		Sexo
		Lima	Costa Norte	Costa Sur	Urbano	Rural	Mujeres
Diabetes	N	86	41	81	196	12	117
	(%)	(7.56)	(4.39)	(7.87)	(7.08)	(3.61)	(7.04)
	(%)	(9.23)	(5.19)	(8.55)	(7.23)	(3.61)	(6.67)

Fuente: EEPA 2014

Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva

Ver anexo de narrativo de evidencias

❖ *Causa Directa 2: Inadecuadas condiciones Socio-económicas*

Descripción de la causa	INADECUADAS CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS
<p>Vinculación entre la causa directa y el problema específico.</p>	<p>Los estudios muestran que la relación entre la posición socioeconómica y/o el nivel educativo con el riesgo de ENT varía según el país o la región geográfica. En varios de ellos, las asociaciones con ENT se presentan en sentido inverso, en otros se presentan en sentido directo; a veces, la asociación es inversa o directa para el conjunto de ENT, otras es inversa para unas y directa para otras. En ocasiones, la asociación se muestra intermitente. Las asociaciones con el lugar de residencia (rural/urbano) también varían según los países y muestran cambios en el tiempo.</p> <p>Por su parte, la obesidad, en países de altos ingresos, está inversamente asociada con la posición SE y nivel educativo, tanto en adultos como en niños; mientras que en países de ingresos bajos y medios, la asociación es directa (los más pudientes y/o aquellos con mayor nivel educativo son más propensos a serlo). Sin embargo, hay también particularidades; en los hombres chinos aumenta en grupos de alto nivel de educación y de ingresos altos, sin embargo, entre las mujeres chinas es menor en las más educadas. En México, el riesgo de obesidad se asoció inversamente con el nivel educativo en zonas urbanas, mientras que en las rurales, no se encontró relación con el nivel de educación.</p> <p>En cuanto a factores de riesgo, los estudios muestran que los individuos con estatus SE más altos tienden a tener menores niveles de estrés, patrones alimenticios más sanos y menor peso corporal. La tensión alta se asocia con hábitos alimenticios menos saludables y con mayor peso. Los estudios también demuestran que trabajar largas horas y trabajar por turnos aumenta el riesgo de ENT. El estrés laboral es también otro factor de riesgo en hombres y mujeres independientemente a su estilo de vida. Además, los trabajadores sedentarios –como comerciantes, trabajadores bancarios, funcionarios públicos y jefes– presentan alto riesgo.</p>
	<p><u>Presión arterial alta por nivel educativo y quintiles de bienestar > 15 años</u></p> <p>Se observa la gradiente social producto de la posición socioeconómica en la población con presión arterial alta, los quintiles cuartos y quintil superior tienen mayores prevalencias de presión arterial alta. Lo mismo se observa según nivel educativo la población con educación primaria tiene un 22,6% de prevalencia de presión arterial alta.</p>

Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017	2018	2019			Diferencias 2019/2014	Diferencias 2019/2018	Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación			Total de casos sin ponderar	2019/2014	2019/2018
						Inferior	Superior					2014	2018
Nivel de educación													
Hasta primaria	21,6	18,8	18,6	21,1	22,6	21,0	19,6	22,3	3,3	9 678	-0,6	-1,6	*
Secundaria	12,3	9,1	10,1	11,1	13,0	11,6	10,7	12,6	4,3	13 955	-0,7	-1,4	**
Superior	11,5	9,6	10,2	11,4	11,7	12,6	11,4	13,8	4,8	9 273	1,1	0,9	
Quintil de bienestar													
Quintil inferior	13,4	11,2	12,0	12,7	12,3	11,9	11,0	12,7	3,7	10 633	-1,5	-0,4	**
Segundo quintil	12,5	10,8	10,5	11,0	13,6	12,6	11,4	13,8	4,8	8 386	0,2	-1,0	
Quintil intermedio	14,0	11,5	12,0	11,7	14,2	13,6	12,2	15,1	5,4	5 945	-0,3	-0,6	
Cuarto quintil	16,3	14,2	14,3	15,3	16,7	15,6	13,7	17,4	6,0	4 506	-0,7	-1,1	
Quintil superior	17,5	14,7	16,1	17,6	17,3	16,9	15,1	18,8	5,5	3 456	-0,6	-0,3	

Fuente: ENDES 2019

Diabetes mellitus quintiles de bienestar > 15 años

Se observa la gradiente social producto de la posición socioeconómica en la población con diabetes, los quintiles cuartos y quintil superior tienen mayores prevalencias de diabetes. Lo mismo se observa según nivel educativo la población con educación primaria tiene un 5.0% de prevalencia de diabetes.

Característica seleccionada	2014	2015	2016	2017	2018	2019			Diferencias 2019/2014	Diferencias 2019/2018	Test de diferencia de medias		
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación			Total de casos sin ponderar	2019/2014	2019/2018
						Inferior	Superior					2014	2018
Nivel de educación													
Hasta primaria	4,4	4,0	3,4	4,8	4,8	5,0	4,3	5,8	7,4	9 678	0,6	0,2	
Secundaria	2,4	2,2	2,5	2,8	2,9	3,5	2,9	4,1	8,7	13 955	1,1	0,6	***
Superior	3,2	2,8	3,1	2,9	3,7	3,5	2,9	4,1	9,3	9 273	0,3	-0,2	
Quintil de bienestar													
Quintil inferior	0,8	0,9	1,0	1,3	1,3	1,7	1,3	2,1	11,6	10 633	0,8	0,4	***
Segundo quintil	2,4	2,1	2,3	2,4	2,6	3,2	2,5	4,0	11,6	8 386	0,8	0,6	*
Quintil intermedio	3,2	3,5	3,0	3,4	3,2	3,6	2,9	4,3	10,4	5 945	0,4	0,4	
Cuarto quintil	4,2	4,4	4,6	4,5	4,6	5,1	4,2	6,1	9,8	4 506	1,0	0,5	
Quintil superior	5,1	4,5	5,2	4,7	6,2	5,5	4,3	6,7	10,8	3 456	0,4	-0,7	

Fuente: ENDES 2019

- ❖ Causa Directa 3: Factores pre y perinatales (bajo/alto peso al nacer, obesidad materna, hiperglicemia en el embarazo, ingesta excesiva de grasas, lactancia materna)

Descripción de la causa	FACTORES PRE Y PERINATALES
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	<p>Diversos estudios han dirigido su atención a las experiencias tempranas, que puedan condicionar cambios permanentes, o improntas que tuvieran efecto en la vida adulta. Existen evidencias sobre la relación entre el bajo peso al nacer y/o parto pre término con el riesgo de DM en la infancia y en la adultez, así como entre alto peso al nacer y gran aumento de peso temprano con DM. Asimismo, el bajo peso al nacer es un factor de riesgo de ECV (HTA, accidente cerebrovascular y enfermedad coronaria), pues causa cambios vasculares estructurales y funcionales. No hay evidencia consistente de la relación entre DMG, obesidad materna o pre-eclampsia y ENT.</p> <p>También existen evidencias que demuestran que la corta duración y/o la ausencia de lactancia materna, así como la inclusión temprana de leche de vaca, son un factor de riesgo para el desarrollo de DM en la vida.</p> <p>Existe evidencia de asociación entre el riesgo de sobrepeso/obesidad y tener padres obesos, haber tenido un estatus socioeconómico bajo en la vida temprana y haber tenido alto peso al nacer. También se encontró relación entre el alto consumo de energía y proteína, en particular láctea, en</p>

	<p>la infancia y el riesgo de sobrepeso y aumento de la grasa corporal en la niñez.</p> <p>En cambio, no se encontró clara relación entre estatus socioeconómico en la vida temprana o entre DM gestacional materna y sobrepeso infantil. Tampoco se encontró una clara asociación entre el sobrepeso/obesidad en la niñez y el momento de introducción de alimentos complementarios, aunque algunas evidencias sugieren que la introducción muy temprano puede aumentar el riesgo. Casi no existe evidencia de una asociación de la alimentación y la actividad en la niñez con el sobrepeso/obesidad en la adultez.</p>
Magnitud de la causa	<p>Relación peso al nacer y Diabetes</p> <p>Se encontró bajo peso al nacer (2,500 g) para ser seguido por una disminución del riesgo de sobrepeso (odds ratio (OR) = 0,67; 95% intervalo de confianza (IC) 0,59-0,76).</p> <p>Alto peso al nacer (4,000 g) se asoció con un mayor riesgo de sobrepeso (OR = 1,66; IC del 95%: 1,55 a 1,77).</p> <p>Los resultados no cambiaron significativamente mediante el uso de peso normal al nacer (2,500-4,000 g) como categoría de referencia (OR = 0,73, IC 95% 0,63-0,84, y OR = 1,60, IC del 95%: 1,45 a 1,77, respectivamente). Niños/niñas con bajo peso al nacer: 6.0%.</p> <p>Bajo peso al nacer (<2.500 g), en comparación con un peso al nacer de > / = 2.500 g, se asoció con un mayor riesgo de diabetes tipo 2 (odds ratio (OR) = intervalo de confianza <u>1,32</u>, 95% (IC): 1,06; 1,64).</p> <p>Alto peso al nacer (> 4000 g), en comparación con un peso al nacer de </ = 4000 g, se asoció con un mayor riesgo en la misma medida (OR = <u>1,27</u> IC, 95%: 1,01, 1,59). Las estimaciones agrupadas aumentaron aún más cuando se utilizó peso normal al nacer (2,500-4,000 g) como categoría de referencia (bajo peso al nacer: OR = 1,47, IC del 95%: 1,26, 1,72; alto peso al nacer: OR = 1,36 IC del 95%: 1,07 , 1.73).</p> <p>Relación peso al nacer y presión arterial</p> <p>Bajo peso al nacer (<2.500 g) en comparación con el peso al nacer > 2.500 g, se asoció con un mayor riesgo de HTA (OR = 1.21; 1.13 a 1.30); Alto peso al nacer (> 4.000 g) en comparación con el peso al nacer <4.000 g se asoció con un menor riesgo de HTA (0,78; 0,71 a 0,86). Cuando se comparó con bajo peso al nacer peso al nacer > 2.500 g, con una media de presión arterial sistólica (PAS) se incrementó en 2,28 mmHg (1.24-3.33); Alto peso al nacer, cuando se comparó con el peso al nacer <4000 g, PAS media se redujo en 2,08 mmHg (2.98-1.17). Estos resultados indican que existe una asociación lineal inversa entre el peso al nacer y el riesgo posterior de la presión alta, y que esta asociación existe principalmente entre el peso al nacer y la PAS.</p> <p>Lactancia , HTA y diabetes mellitus</p> <p>La presión arterial sistólica (n = 43) fue menor en los sujetos alimentados con leche materna [diferencia de medias: (IC del</p>

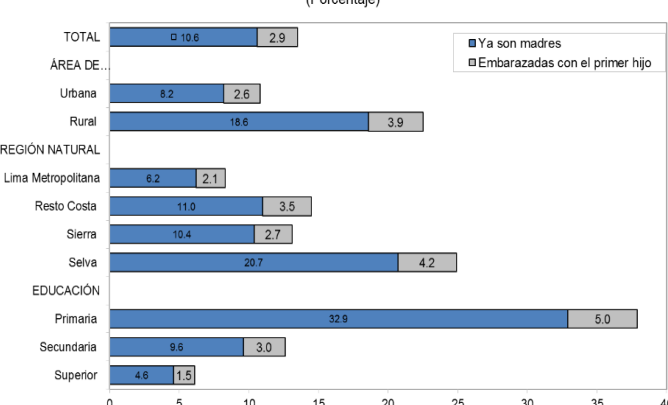
	<p>95%: -1,17; -0,43) -0,80], pero no se observó ninguna asociación entre los estudios más grandes, y para la presión arterial diastólica (n = 38) [diferencia de medias: -0,24 IC (95%: -0,50; 0,02)]. Para la diabetes tipo 2 (n = 11), el odds ratio fue menor entre aquellos sujetos que habían sido alimentados con leche materna [odds-ratio: 0,65 (IC del 95%: 0,49; 0,86)].</p>																											
<p>Atributos de la causa</p>	<p>Lactancia materna:</p> <p>En el año 2018, el 66,4% de niñas y niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna; alcanzó los mayores porcentajes en el área rural, en la región Sierra (79,6% y 77,0%, respectivamente) y en aquellas/os cuyas madres tenían un nivel educativo de primaria o menos (80,5%).</p> <p style="text-align: center;">GRÁFICO N° 10.3 PERÚ: NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD CON LACTANCIA MATERNA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2018 (Porcentaje)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Subcategoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Área de residencia</td> <td>Total</td> <td>66,4</td> </tr> <tr> <td>Urbana</td> <td>61,2</td> </tr> <tr> <td>Rural</td> <td>79,6</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Región Natural</td> <td>Lima Metropolitana I/</td> <td>60,4</td> </tr> <tr> <td>Resto Costa</td> <td>55,7</td> </tr> <tr> <td>Sierra</td> <td>77,0</td> </tr> <tr> <td>Selva</td> <td>76,2</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Nivel de educación</td> <td>Sin nivel/Primaria</td> <td>80,5</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>69,3</td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td>54,8</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.</p>	Categoría	Subcategoría	Porcentaje	Área de residencia	Total	66,4	Urbana	61,2	Rural	79,6	Región Natural	Lima Metropolitana I/	60,4	Resto Costa	55,7	Sierra	77,0	Selva	76,2	Nivel de educación	Sin nivel/Primaria	80,5	Secundaria	69,3	Superior	54,8	
Categoría	Subcategoría	Porcentaje																										
Área de residencia	Total	66,4																										
	Urbana	61,2																										
	Rural	79,6																										
Región Natural	Lima Metropolitana I/	60,4																										
	Resto Costa	55,7																										
	Sierra	77,0																										
	Selva	76,2																										
Nivel de educación	Sin nivel/Primaria	80,5																										
	Secundaria	69,3																										
	Superior	54,8																										
<p>Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva</p>	<p>Según características de la madre, el bajo peso al nacer fue más frecuente en las hijas e hijos de madres entre 35 y 49 años de edad al nacimiento de la hija o hijo (8,6%) y en aquellas sin nivel de educación (14,0%).</p> <p style="text-align: center;">GRÁFICO N° 9.2 PERÚ: PESO AL NACER DE NACIDAS Y NACIDOS VIVOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, SEGÚN EDAD DE LA MADRE AL NACIMIENTO Y NIVEL DE EDUCACIÓN, 2018 (Porcentaje)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Subcategoría</th> <th>2,5 kg. o más</th> <th>Menos de 2,5 kg.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Edad de la madre al nacimiento</td> <td>Menos de 20 años</td> <td>92,3</td> <td>7,7</td> </tr> <tr> <td>20-34</td> <td>93,1</td> <td>6,9</td> </tr> <tr> <td>35-49</td> <td>91,4</td> <td>8,6</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Nivel de educación</td> <td>Sin educación</td> <td>86,0</td> <td>14,0</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>90,9</td> <td>9,1</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>93,0</td> <td>7,0</td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td>93,3</td> <td>6,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.</p>	Categoría	Subcategoría	2,5 kg. o más	Menos de 2,5 kg.	Edad de la madre al nacimiento	Menos de 20 años	92,3	7,7	20-34	93,1	6,9	35-49	91,4	8,6	Nivel de educación	Sin educación	86,0	14,0	Primaria	90,9	9,1	Secundaria	93,0	7,0	Superior	93,3	6,7
Categoría	Subcategoría	2,5 kg. o más	Menos de 2,5 kg.																									
Edad de la madre al nacimiento	Menos de 20 años	92,3	7,7																									
	20-34	93,1	6,9																									
	35-49	91,4	8,6																									
Nivel de educación	Sin educación	86,0	14,0																									
	Primaria	90,9	9,1																									
	Secundaria	93,0	7,0																									
	Superior	93,3	6,7																									

Descripción de la causa	LIMITADO ACCESO A SERVICIOS DE SALUD (CPN)
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	Diversas alteraciones anatómicas y funcionales, además de patologías, tanto sistémicas como del embarazo – muchas de las cuales podrían ser detectadas y atendidas en los servicios de atención primaria de salud y, en particular, el control prenatal–, son causas de bajo peso al nacer y de nacimiento pre-término.
Magnitud de la causa	<p>En los últimos cinco años, se incrementó el control prenatal por personal de salud calificado de 95,9% en el año 2013 a 98,1% en el 2018. Desagregando este indicador, se observan variaciones, bajó ligeramente la atención prenatal por parte de obstetra, de 80,4% a 79,9%; en tanto que, aumentó la atención por médico de 32,3% a 38,3%, asimismo disminuyó la atención brindada por enfermera (de 11,8% a 9,0%), entre 2013 y 2018</p> <p>La Asociación entre los problemas de salud que se identifican con un adecuado acceso a los servicios de salud.</p> <p>Utilidad del tamizaje</p> <p>La toma del examen de orina durante la atención prenatal permite descartar alguna infección o enfermedad diabética o hipertensiva durante el embarazo. De otro lado, un examen de sangre ayuda a evaluar si la embarazada presenta anemia, lo que puede ser riesgoso para el parto o postparto. Según resultados de la ENDES 2018, estos dos análisis se realizaron al 96,3% (orina) y 97,0% (sangre) de mujeres, porcentajes que son más altos respecto al año 2013 (92,5% y 93,6%, respectivamente)</p> <p>Periodontitis y bajo peso al nacer</p> <p>El odds ratio global de dar a luz a un niño prematuro con bajo peso para las madres con periodontitis en el modelo de efectos aleatorios fue de 2,35 (1,88 a 2,93, $p < 0,0001$). Por el bajo peso al nacer, el OR general fue de 1,5 (IC del 95%: 1,26 a 1,79; $p = 0,001$) para los nacimientos prematuros - 2,73 (IC del 95%: 2.06-3.6, $p < 0,0001$). Se observó una heterogeneidad significativa de los estudios incluidos en el meta-análisis, y un sesgo de publicación significativo También se demostró.</p>
Atributos de la causa	<p>Control prenatal</p> <p>Un indicador sintético de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones es la Tasa Global de Fecundidad (TGF) que combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad, durante un período de tiempo determinado y es definida como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, la Tasa de Fecundidad General (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años y la Tasa</p>

	<p>Bruta de Natalidad (TBN), que indica el número de nacimientos que ocurren anualmente, en promedio, por cada mil personas</p> <p>En los últimos cinco años, la fecundidad descendió 8,3%. Por grupos de edad los descensos más importantes han tenido lugar entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (18,5%) y 25 a 29 años (11,3%).</p> <div data-bbox="638 481 1244 873"> <p>GRÁFICO N° 8.1 PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL POR UN PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO (MÉDICO, OBSTETRA Y ENFERMERA), 1986, 1991-1992, 1996, 2000, 2004-2006, 2007-2008, 2009-2018 (Porcentaje)</p> <table border="1"> <caption>Data for Gráfico N° 8.1: Evolución de la Atención Prenatal</caption> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Total (%)</th> <th>Área de residencia Urbana (%)</th> <th>Área de residencia Rural (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1986</td><td>54,6</td><td>79,0</td><td>28,2</td></tr> <tr><td>1991-1992</td><td>63,9</td><td>80,3</td><td>38,4</td></tr> <tr><td>1996</td><td>67,3</td><td>81,4</td><td>46,8</td></tr> <tr><td>2000</td><td>82,0</td><td>82,3</td><td>72,0</td></tr> <tr><td>2004-2006</td><td>91,0</td><td>97,0</td><td>82,6</td></tr> <tr><td>2007-2008</td><td>94,5</td><td>98,4</td><td>88,0</td></tr> <tr><td>2009</td><td>94,3</td><td>97,9</td><td>87,1</td></tr> <tr><td>2010</td><td>94,7</td><td>98,1</td><td>87,9</td></tr> <tr><td>2011</td><td>95,4</td><td>98,9</td><td>88,1</td></tr> <tr><td>2012</td><td>96,0</td><td>98,9</td><td>90,0</td></tr> <tr><td>2013</td><td>95,9</td><td>98,9</td><td>88,9</td></tr> <tr><td>2014</td><td>96,9</td><td>98,8</td><td>91,9</td></tr> <tr><td>2015</td><td>97,0</td><td>99,0</td><td>91,3</td></tr> <tr><td>2016</td><td>97,6</td><td>99,0</td><td>93,2</td></tr> <tr><td>2018</td><td>97,5</td><td>99,2</td><td>92,5</td></tr> <tr><td>2018</td><td>98,1</td><td>99,4</td><td>94,1</td></tr> </tbody> </table> </div> <p>Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar</p> <p>En el año 2018, el 98,1% de mujeres gestantes en su último nacimiento, de los cinco años anteriores a la encuesta, recibieron atención prenatal de un profesional de salud calificado (médico, obstetra y/o enfermera).</p> <p>La evolución desde el año 1986 (54,6%) muestra una tendencia ascendente con el transcurrir de los años.</p>	Año	Total (%)	Área de residencia Urbana (%)	Área de residencia Rural (%)	1986	54,6	79,0	28,2	1991-1992	63,9	80,3	38,4	1996	67,3	81,4	46,8	2000	82,0	82,3	72,0	2004-2006	91,0	97,0	82,6	2007-2008	94,5	98,4	88,0	2009	94,3	97,9	87,1	2010	94,7	98,1	87,9	2011	95,4	98,9	88,1	2012	96,0	98,9	90,0	2013	95,9	98,9	88,9	2014	96,9	98,8	91,9	2015	97,0	99,0	91,3	2016	97,6	99,0	93,2	2018	97,5	99,2	92,5	2018	98,1	99,4	94,1
Año	Total (%)	Área de residencia Urbana (%)	Área de residencia Rural (%)																																																																		
1986	54,6	79,0	28,2																																																																		
1991-1992	63,9	80,3	38,4																																																																		
1996	67,3	81,4	46,8																																																																		
2000	82,0	82,3	72,0																																																																		
2004-2006	91,0	97,0	82,6																																																																		
2007-2008	94,5	98,4	88,0																																																																		
2009	94,3	97,9	87,1																																																																		
2010	94,7	98,1	87,9																																																																		
2011	95,4	98,9	88,1																																																																		
2012	96,0	98,9	90,0																																																																		
2013	95,9	98,9	88,9																																																																		
2014	96,9	98,8	91,9																																																																		
2015	97,0	99,0	91,3																																																																		
2016	97,6	99,0	93,2																																																																		
2018	97,5	99,2	92,5																																																																		
2018	98,1	99,4	94,1																																																																		
<p>Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva</p>	<p>Evidencias 60, 61, 70-82 (Anexo de narrativo de evidencias)</p>																																																																				

❖ Causa Indirecta 3.2: Edad materna (adolescente y añosa) y corto periodo internatal

<p>Descripción de la causa</p>	<p>Edad materna (adolescente y añosa) y corto periodo internatal</p>
<p>Vinculación entre la causa directa y el problema específico.</p>	<p>El embarazo adolescente está asociado con un incremento del riesgo de muerte fetal y neonatal, un riesgo 82% mayor de tener un recién nacido con Bajo peso al nacer (OR 1.82, 1.60–2.07), y 68% más riesgo de Parto pretérmino (1.68, 1.34–2.11), así como 36% mayor riesgo de presentar anemia materna (1.36, 1.24-1.49).</p>
<p>Magnitud de la causa</p>	<p>La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13,6% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez; estos</p>

	<p>resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2011.</p>																																																																																																						
<p>Atributos de la causa</p>	<p style="text-align: center;">PERÚ: ADOLESCENTES QUE SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014-2015 (Porcentaje)</p>  <p style="text-align: center;">Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.</p> <p style="text-align: center;">PERÚ: ADOLESCENTES (15-19 AÑOS) QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2014-2015 (Porcentaje)</p> <table border="1" data-bbox="638 851 1308 1321"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Característica seleccionada</th> <th colspan="2">Adolescentes alguna vez embarazadas</th> <th rowspan="2">Total alguna vez embarazadas</th> <th rowspan="2">Número de mujeres</th> </tr> <tr> <th>Ya son madres</th> <th>Embarazadas con el primer hijo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>1.9</td> <td>1.1</td> <td>3.0</td> <td>2 184</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>4.3</td> <td>1.6</td> <td>5.9</td> <td>2 133</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>8.5</td> <td>3.2</td> <td>11.7</td> <td>2 083</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>16.4</td> <td>4.4</td> <td>20.7</td> <td>1 962</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>24.0</td> <td>4.7</td> <td>28.7</td> <td>1 933</td> </tr> <tr> <td>Nivel de educación</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sin educación</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>32.9</td> <td>5.0</td> <td>37.9</td> <td>722</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>9.6</td> <td>3.0</td> <td>12.6</td> <td>8 203</td> </tr> <tr> <td>Superior</td> <td>4.6</td> <td>1.5</td> <td>6.1</td> <td>1 357</td> </tr> <tr> <td>Quintil de riqueza</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quintil inferior</td> <td>20.5</td> <td>4.4</td> <td>24.9</td> <td>1 933</td> </tr> <tr> <td>Segundo quintil</td> <td>14.1</td> <td>3.9</td> <td>18.0</td> <td>2 051</td> </tr> <tr> <td>Quintil Intermedio</td> <td>9.0</td> <td>3.7</td> <td>12.6</td> <td>2 202</td> </tr> <tr> <td>Cuarto quintil</td> <td>6.3</td> <td>1.5</td> <td>7.8</td> <td>2 182</td> </tr> <tr> <td>Quintil superior</td> <td>3.9</td> <td>1.1</td> <td>4.9</td> <td>1 926</td> </tr> <tr> <td>Total 2014-2015</td> <td>10.6</td> <td>2.9</td> <td>13.6</td> <td>10 294</td> </tr> <tr> <td>Total 2011</td> <td>9.9</td> <td>2.6</td> <td>12.5</td> <td>4 118</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Las tasas o porcentajes basados en menos de 20 casos sin ponderar no se muestran (*) y las tasas o porcentajes basados en 20-24 casos se presentan entre paréntesis. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.</p>	Característica seleccionada	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas	Número de mujeres	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Edad					15	1.9	1.1	3.0	2 184	16	4.3	1.6	5.9	2 133	17	8.5	3.2	11.7	2 083	18	16.4	4.4	20.7	1 962	19	24.0	4.7	28.7	1 933	Nivel de educación					Sin educación	*	*	*	13	Primaria	32.9	5.0	37.9	722	Secundaria	9.6	3.0	12.6	8 203	Superior	4.6	1.5	6.1	1 357	Quintil de riqueza					Quintil inferior	20.5	4.4	24.9	1 933	Segundo quintil	14.1	3.9	18.0	2 051	Quintil Intermedio	9.0	3.7	12.6	2 202	Cuarto quintil	6.3	1.5	7.8	2 182	Quintil superior	3.9	1.1	4.9	1 926	Total 2014-2015	10.6	2.9	13.6	10 294	Total 2011	9.9	2.6	12.5	4 118
Característica seleccionada	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas	Número de mujeres																																																																																																			
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo																																																																																																					
Edad																																																																																																							
15	1.9	1.1	3.0	2 184																																																																																																			
16	4.3	1.6	5.9	2 133																																																																																																			
17	8.5	3.2	11.7	2 083																																																																																																			
18	16.4	4.4	20.7	1 962																																																																																																			
19	24.0	4.7	28.7	1 933																																																																																																			
Nivel de educación																																																																																																							
Sin educación	*	*	*	13																																																																																																			
Primaria	32.9	5.0	37.9	722																																																																																																			
Secundaria	9.6	3.0	12.6	8 203																																																																																																			
Superior	4.6	1.5	6.1	1 357																																																																																																			
Quintil de riqueza																																																																																																							
Quintil inferior	20.5	4.4	24.9	1 933																																																																																																			
Segundo quintil	14.1	3.9	18.0	2 051																																																																																																			
Quintil Intermedio	9.0	3.7	12.6	2 202																																																																																																			
Cuarto quintil	6.3	1.5	7.8	2 182																																																																																																			
Quintil superior	3.9	1.1	4.9	1 926																																																																																																			
Total 2014-2015	10.6	2.9	13.6	10 294																																																																																																			
Total 2011	9.9	2.6	12.5	4 118																																																																																																			
<p>Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva</p>	<p>Evidencias 60, 61, 64 y 65. (Anexo de narrativo de evidencias)</p>																																																																																																						

❖ Causa Indirecta 3.3: Estilos de vida inadecuados y ambiente obesogénico

Descripción de la causa	Estilos de vida inadecuados y ambiente obesogénico
Vinculación entre la causa directa y el problema específico.	<p>La desnutrición materna está asociada a un incremento en el riesgo de parto pre-término y de niños con bajo peso al nacer. El riesgo de parto pre-término es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas, asimismo, las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener RN con bajo peso al nacer comparados con las mujeres no desnutridas.</p> <p>Por otra parte, aunque las mujeres con alta ganancia de peso durante la gestación tienen menores riesgos de prematuridad y bajo peso al nacer, el aumento excesivo de peso semanal sí está asociado con un aumento de 81% del riesgo de prematuridad.</p> <p>Asimismo, tanto el hábito de fumar como el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo están asociados de manera significativa con bajo peso al nacer y prematuridad (el consumo excesivo de alcohol aumenta los riesgos 3 veces).</p>
Magnitud de la causa	<p>Déficit de Peso</p> <p>El D éficit de Peso en gestantes atendidas en los EESS en el I Semestre 2014, ha disminuido en 1,2 puntos porcentuales con relación al I Semestre del año 2013 y 4,1 puntos con relación al año 2009, continuando su tendencia de disminución. A nivel nacional, las Diresa Amazonas, Loreto y San Martín presentaron proporciones calificadas como de prevalencia muy alta. El 42% de las Diresa a nivel nacional presentaron prevalencias altas o muy altas.</p> <p>Sobrepeso</p> <p>El Sobrepeso en gestantes atendidas en los EESS en el I Semestre del año 2014, mostraron un incremento de 2,7% con relación al I Semestre del año 2013. Se continua con la tendencia de incremento de la proporción del indicador, del 2009 al I Semestre 2014 el incremento es de 9,4 puntos porcentuales. Dieciséis Diresa a nivel nacional muestran proporciones muy altas ($\geq 40\%$), 4 Diresa más que el año anterior.</p> <p>Tabaco</p> <p>El 4,2% de las mujeres en edad fértil declaró fumar cigarrillos y el 41,9% de ellas fumó al menos un cigarrillo y 25,8% fumaron de uno a dos cigarrillos en las últimas 24 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres en edad fértil que declararon haber fumado actualmente, en mayor proporción se presentó entre las ubicadas en el quintil superior de riqueza (8,9%), con educación superior (6,8%), las de 20 a 24 años de edad (6,5%); y las que no estaban embarazadas ni daban de lactar (4,6%). • Según ámbito geográfico, las mujeres consumidoras de cigarrillo u otro tipo de tabaco, en mayor proporción se observan en Lima Metropolitana (7,1%) y en el área urbana (5,0%).

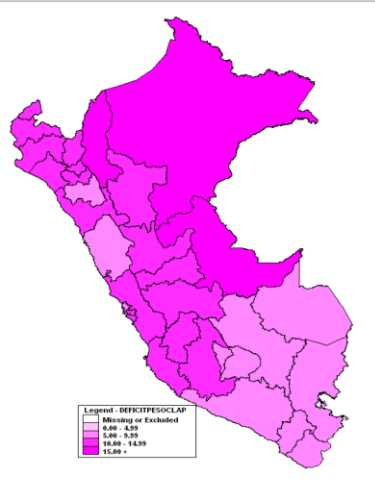
Atributos de la causa

A nivel nacional, En el I Semestre 2019, alcanzó el 11,2% a nivel nacional, es decir; 1 de cada 9 gestantes presentó déficit de peso. En el país, 55,9% de las Diresa presentaron menor proporción de déficit de peso en gestantes que el promedio nacional. Continúa siendo la Diresa Tacna la que contó con la proporción más baja, con 5,4%. En contraparte, la Diresa Amazonas es la única que alcanza el 20%.

TABLA 8.29 PROPORCIÓN DE DÉFICIT DE PESO (CLAP) EN GESTANTES QUE ACUDEN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN DIRESA, I SEMESTRE 2019 SIEN

Diresa/Geresa/Disa	N° de Evaluadas	N° de Casos	DP %
AMAZONAS	8 080	1 517	20,0
LORETO	11 414	2 156	18,9
UCAYALI	7 512	1 126	15,0
SAN MARTÍN	9 217	1 298	14,1
TUMBES	3 518	494	14,0
JAÉN	4 226	580	13,7
JUNÍN	10 226	1 388	13,6
PIURA	7 344	976	13,3
LIMA ESTE	7 773	922	11,9
CUTERVO	1 491	173	11,6
HUANUCO	9 921	1 150	11,6
LIMA SUR	8 112	938	11,6
SULLANA	7 327	837	11,4
LAMBAYEQUE	8 383	950	11,3
PASCO	3 176	358	11,3
ICA	8 865	972	11,0
CALLAO	4 873	518	10,6
LIMA NORTE	17 400	1 833	10,5
LA LIBERTAD	15 826	1 637	10,3
LIMA CENTRO	2 960	305	10,3
CHOTA	3 303	339	10,3
AYACUCHO	9 202	943	10,2
HUANCAVELICA	5 477	560	10,2
ANCASH	13 149	1 241	9,4
LIMA	10 815	1 006	9,3
CUSCO	16 820	1 537	9,1
CAJAMARCA	6 067	552	9,1
PUNO	12 085	1 037	8,6
MADRE DE DIOS	3 141	266	8,5
APURÍMAC	3 613	271	7,5
AREQUIPA	14 149	1 034	7,3
ANDAHUAYLAS	1 964	142	7,2
MOQUEGUA	1 408	80	5,7
TACNA	3 044	165	5,4
PERÚ	261 891	29 401	11,2

GRÁFICO 8.17 PROPORCIÓN DE DÉFICIT DE PESO (CLAP) SEGÚN DIRESA Y RANGOS DE PROPORCIÓN, I SEMESTRE 2019 SIEN



Fuente: Instituto Nacional de Salud / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional / Sistema de Información del Estado Nutricional

En el I Semestre 2019, fueron 21 las Diresa que mostraron proporciones muy altas de sobrepeso ($\geq 40\%$). En todo el país, el indicador de sobrepeso en las Diresa estuvo con proporción alta o muy alta, ya que en todas las Regiones las proporciones se encontraron por encima del 20%, siendo las Diresa Tacna y Moquegua las que presentaron las mayores proporciones de sobrepeso, siendo la Diresa Tacna, la única con una proporción superior al 60%.

TABLA 8.30 PROPORCIÓN DE SOBREPESO (CLAP) EN GESTANTES QUE ACUDEN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGUN DIRESA, I SEMESTRE 2019 SIEN				GRÁFICO 8.18 PROPORCIÓN DE SOBRE PESO (CLAP) SEGUN DIRESA Y RANGOS DE PROPORCIÓN, I SEMESTRE 2019 SIEN	
Direasa/Geresa/Disa	N° de Evaluadas	N° de Casos	Sobrepeso %		
TACNA	3 044	1 868	61.4		
MOQUEGUA	1 408	820	58.2		
MADRE DE DIOS	3 141	1 637	52.1		
ICA	8 865	4 495	50.7		
CALLAO	4 873	2 446	50.2		
LIMA	10 815	5 389	49.8		
AREQUIPA	14 149	7 014	49.6		
TUMBES	3 518	1 728	49.1		
SULLANA	7 327	3 512	47.9		
LIMA NORTE	17 400	8 277	47.6		
LIMA SUR	8 112	3 802	46.9		
LIMA CENTRO	2 960	1 376	46.5		
LIMA ESTE	7 773	3 500	45.0		
ANCASH	13 149	5 889	44.8		
PUNO	12 095	5 406	44.7		
LAMBAYEQUE	8 383	3 643	43.5		
LA LIBERTAD	15 826	6 837	43.2		
ANDAHUAYLAS	1 964	838	42.7		
APURIMAC	3 613	1 520	42.1		
UCAYALI	7 512	3 112	41.4		
CUSCO	16 820	6 967	41.4		
CAJAMARCA	6 067	2 443	40.3		
AYACUCHO	9 202	3 666	39.8		
PIURA	7 344	2 884	39.3		
PASCO	3 176	1 244	39.2		
SAN MARTIN	9 217	3 557	38.6		
CHOTA	3 303	1 224	37.1		
HUANUCO	9 921	3 637	36.7		
JAEN	4 226	1 513	35.8		
CUTERVO	1 491	533	35.7		
JUNIN	10 226	3 574	35.0		
LORETO	11 414	3 858	33.8		
HUANCAVELICA	5 477	1 795	32.8		
AMAZONAS	8 080	2 187	27.1		
PERÚ	261 891	112 191	42.8		

Fuente: Instituto Nacional de Salud / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional / Sistema de Información del Estado Nutricional

Uso de tabaco

PERÚ: USO DE TABACO POR LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2015 (Distribución porcentual)

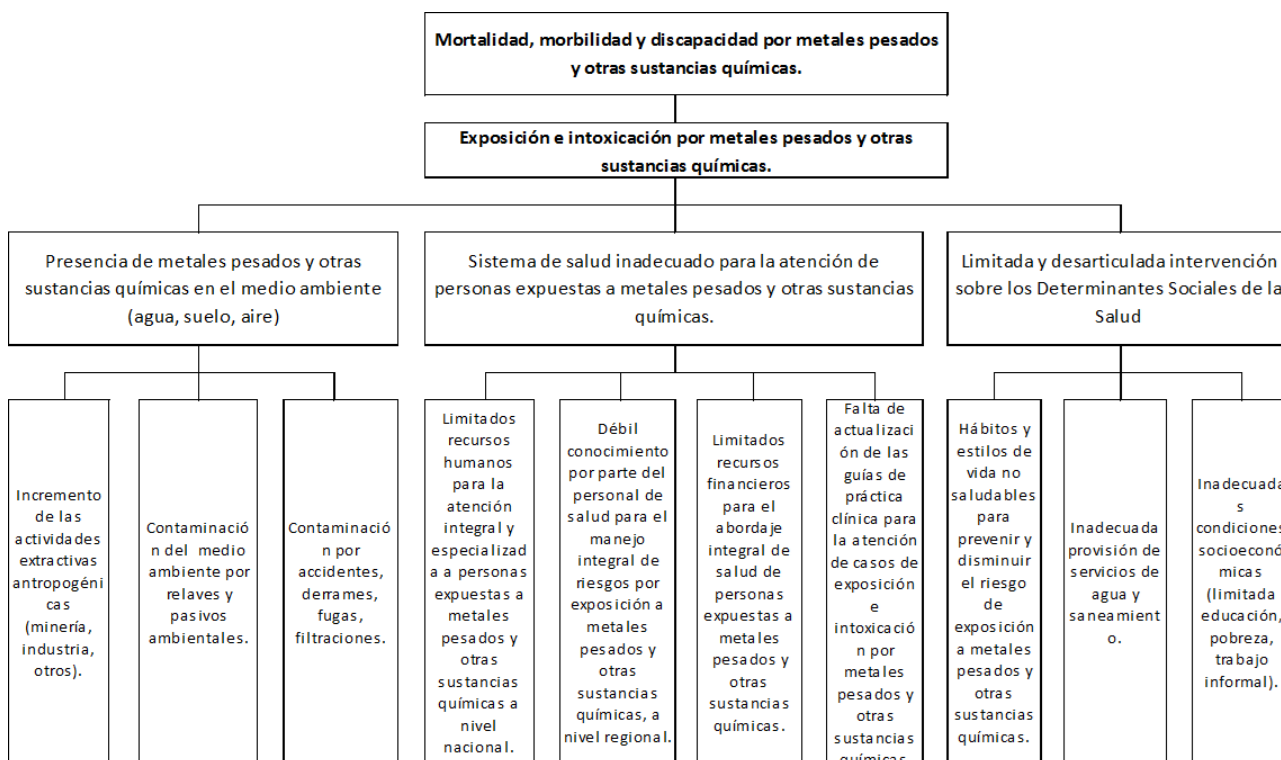
Característica seleccionada	Total	Cigarrillos	No usa tabaco	Número de mujeres	Número de cigarrillos en las últimas 24 horas					Número de mujeres que fuman
					0	1-2	3-5	6-9	10+	
Edad										
15-19	100,0	3,8	96,2	5 983	71,7	16,4	7,1	4,0	0,8	228
20-24	100,0	6,5	93,5	5 291	51,1	32,6	11,7	2,5	2,1	346
25-29	100,0	4,8	95,2	5 195	67,7	20,7	7,3	1,8	2,5	251
30-34	100,0	4,6	95,4	5 250	61,1	23,6	12,3	0,6	2,4	241
35-39	100,0	2,6	97,4	5 177	46,3	26,5	19,2	7,3	0,7	133
40-44	100,0	2,6	97,4	4 632	52,1	36,9	6,1	1,6	3,3	120
45-49	100,0	3,9	96,1	4 237	49,4	27,0	19,0	1,0	3,5	167
Área de residencia										
Urbana	100,0	5,0	95,0	28 380	59,0	24,9	11,8	2,5	1,8	1 422
Rural	100,0	0,9	99,1	7 386	38,5	47,3	1,7	1,6	10,9	65
Región natural										
Lima Metropolitana 1/	100,0	7,1	92,9	11 869	59,7	22,9	13,2	3,5	0,7	842
Resto Costa	100,0	3,6	96,4	9 323	60,6	24,9	10,7	1,4	2,5	334
Sierra	100,0	2,2	97,8	9 613	52,1	33,3	8,6	0,3	5,7	209
Selva	100,0	2,0	98,0	4 962	49,4	37,7	4,3	2,4	6,2	102
Nivel de educación										
Sin educación	100,0	0,8	99,2	604	*	*	*	*	*	5
Primaria	100,0	1,2	98,8	6 930	47,1	40,1	2,8	1,7	8,4	85
Secundaria	100,0	3,7	96,3	16 655	59,5	21,8	13,4	2,2	3,0	612
Superior	100,0	6,8	93,2	11 575	58,2	27,4	10,8	2,8	0,9	785
Situación materna										
Embarazada	100,0	0,0	100,0	1 302	*	*	*	*	*	1
Lactando (no embarazada)	100,0	2,1	97,9	4 446	44,0	38,8	12,8	2,3	2,0	94
Ninguna	100,0	4,6	95,4	30 018	59,1	24,9	11,3	2,5	2,2	1 392
Quintil de riqueza										
Quintil inferior	100,0	1,0	99,0	6 007	33,7	56,6	0,8	0,0	8,9	59
Segundo quintil	100,0	1,7	98,3	6 884	55,1	25,4	9,6	3,0	6,9	117
Quintil intermedio	100,0	3,0	97,0	7 608	69,7	19,3	7,5	0,0	3,4	229
Cuarto quintil	100,0	5,4	94,6	7 803	64,1	20,4	12,9	1,2	1,4	419
Quintil superior	100,0	8,9	91,1	7 463	53,0	28,9	13,1	4,3	0,8	663
Total	100,0	4,2	95,8	35 766	58,1	25,8	11,4	2,5	2,2	1 487

Nota: Los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar, no se muestran (*), y los de 25-49 casos sin ponderar se presentan entre paréntesis.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Evidencia que justifica la relación de causalidad respectiva	Evidencias 60, 61, 66-69.
--	---------------------------

METALES PESADOS

La Unidad Funcional de Atención a Personas Expuestas a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas, considera como causas de la problemática de la mortalidad, morbilidad y discapacidad por metales pesados y otras sustancias químicas:



3 DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 Resultado específico

Tabla N° 07

Resultado Específico

Problema identificado	Resultado específico
Elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles (Salud Ocular, Salud Bucal, Daños No Transmisibles, Metales Pesados) en la población.	Reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles en la población
¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Población vulnerable por patología priorizada. (Ver ítem 2.2.4)

SALUD OCULAR

Tabla N° 07

Resultado Específico

Problema identificado	Resultado específico
Elevada morbilidad, discapacidad visual y ceguera en la población	Reducir la discapacidad visual y ceguera en la población
¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Población vulnerable por patología ocular priorizada. (Ver ítem 2.2.4)

SALUD BUCAL

Tabla N° 07

Resultado Específico

Problema identificado	Resultado específico
La población peruana tiene elevada morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral	Reducción de la morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral en la población peruana.

¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Población afiliada al SIS
---	---------------------------

DAÑOS NO TRASMISIBLES

Tabla N° 07

Resultado Específico

Problema identificado	Resultado específico
Altas morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones	Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones
¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Persona con riesgo, daño o con diagnóstico de enfermedad cardio-metabólica. (Ver ítem 2.2.4)

METALES PESADOS

Tabla N° 07

Resultado Específico

Problema identificado	Resultado específico
Mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas expuestas a metales pesados y otras sustancias químicas.	Reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas expuestas a metales pesados y otras sustancias químicas.
¿A quiénes beneficiará? (Población objetivo)	Niños y Gestantes con riesgo de exposición a metales pesados(Ver ítem 2.2.4)

3.2 ANÁLISIS DE LOS MEDIOS

SALUD OCULAR

Modelo explicativo

Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

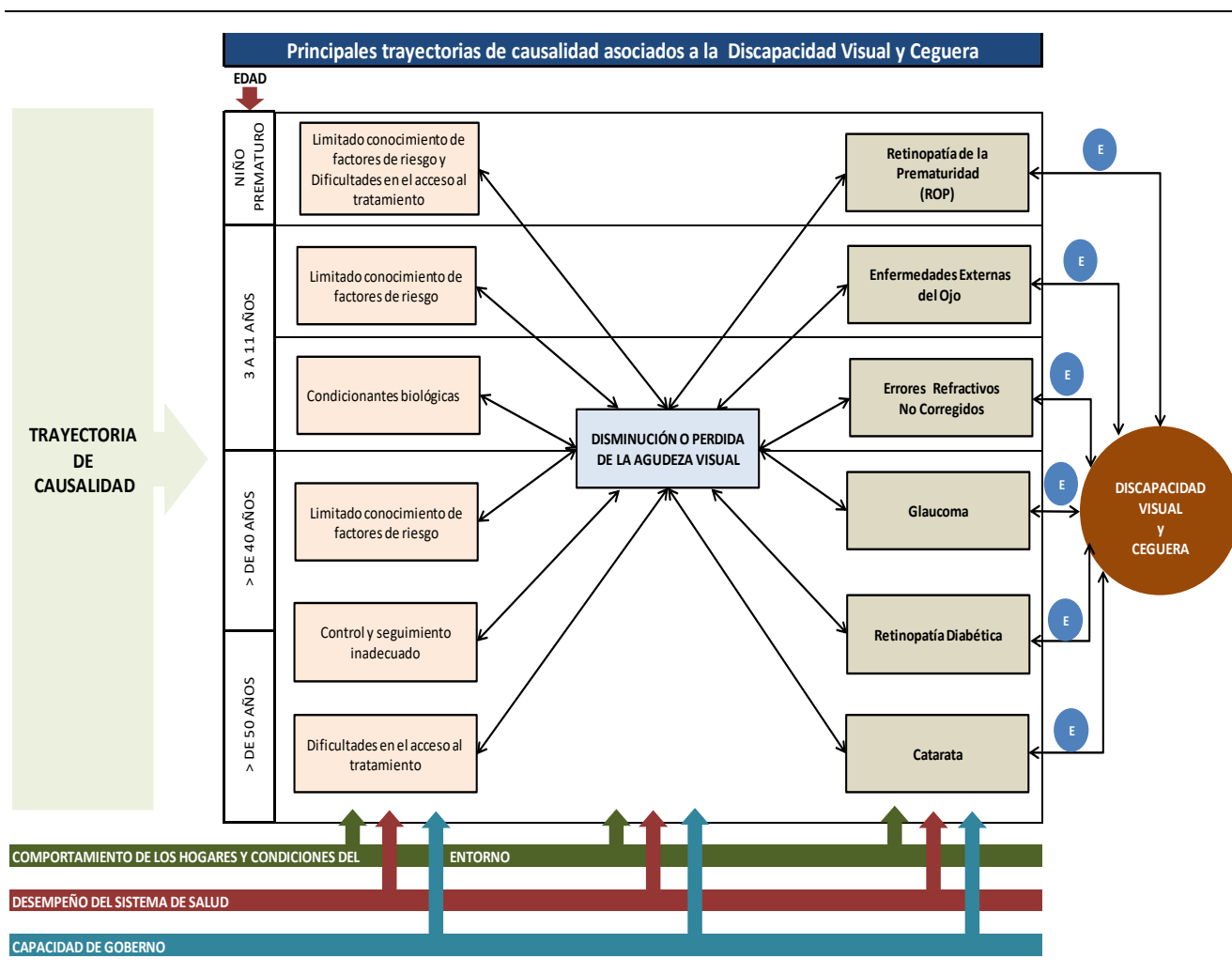
Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros – puesto que permiten la caracterización buscada.

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con la Discapacidad Visual y Ceguera.

En el *Gráfico N° 3* se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada morbilidad, discapacidad visual y ceguera. La letra -e- sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

La mayoría de personas que presentan discapacidad visual y ceguera, están asociadas a patologías oculares como la retinopatía de la prematuridad – errores refractivos - catarata – glaucoma – retinopatía diabética y enfermedades externas del ojo que no fueron diagnosticadas y tratadas oportunamente.

Gráfico 3: Principales trayectorias de causalidad asociados a la Discapacidad Visual y Ceguera



Fuente: CSOPC, 2018

Siguiendo la lógica del diagrama del gráfico N° 1 y por orden de relevancia, la discapacidad visual y ceguera, son resultado principalmente de las siguientes causas:

1. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce que las principales causas de **discapacidad visual** en el mundo son los Errores Refractivos⁷³ (43%) y las cataratas (33%), y aproximadamente un 90% de las personas con discapacidad visual que hay en el mundo viven en países en desarrollo.
2. Asimismo a nivel mundial las principales enfermedades que generan ceguera son: Catarata (51%), Glaucoma (8%), Degeneración Macular (5%), Errores Refractivos (3%).
3. El Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú - ERCE, evidenció que las principales causas de ceguera en personas de 50 a más años se deben a Catarata (58%), seguida de Glaucoma (14%), Errores Refractivos no corregidos (5%), Retinopatía Diabética, entre otros.⁷⁴
4. Existen diferentes factores de riesgo modificables (insuficiente acceso a alimentos ricos en vitaminas A-E-C, inadecuadas prácticas higiénicas, exposición a rayos UV, detección oportuna de enfermedades crónicas) y no modificables (antecedentes genéticos, edad y embarazo) que predisponen la aparición de enfermedades oculares.
5. El incremento de enfermedades oftalmológicas se relaciona con la actual situación de transición por la que atraviesa nuestro país, traducido en el incremento de la esperanza de vida al nacer y aumento de las enfermedades no transmisibles, formando parte de este, las Enfermedades Oculares; aunado al limitado acceso a los servicios de oftalmología por la población más necesitada, y la insuficiente implementación de los servicios con equipos, insumos e instrumental médico y de recurso humano especializado a nivel nacional.

Esquema para reducir la discapacidad visual y ceguera

En el *Gráfico N° 4* se presenta el diagrama donde, a lo largo del ciclo de vida, se indica las intervenciones sanitarias priorizadas para lograr la reducción de la discapacidad visual y ceguera. El proyecto se focaliza en las etapas de vida con mayor vulnerabilidad por patología ocular priorizada (retinopatía de la prematuridad – errores refractivos - catarata – glaucoma – retinopatía diabética y enfermedades externas del ojo) según corresponda dentro del Curso de Vida.

Reducir la prevalencia de discapacidad visual y ceguera, a través de prioritariamente:

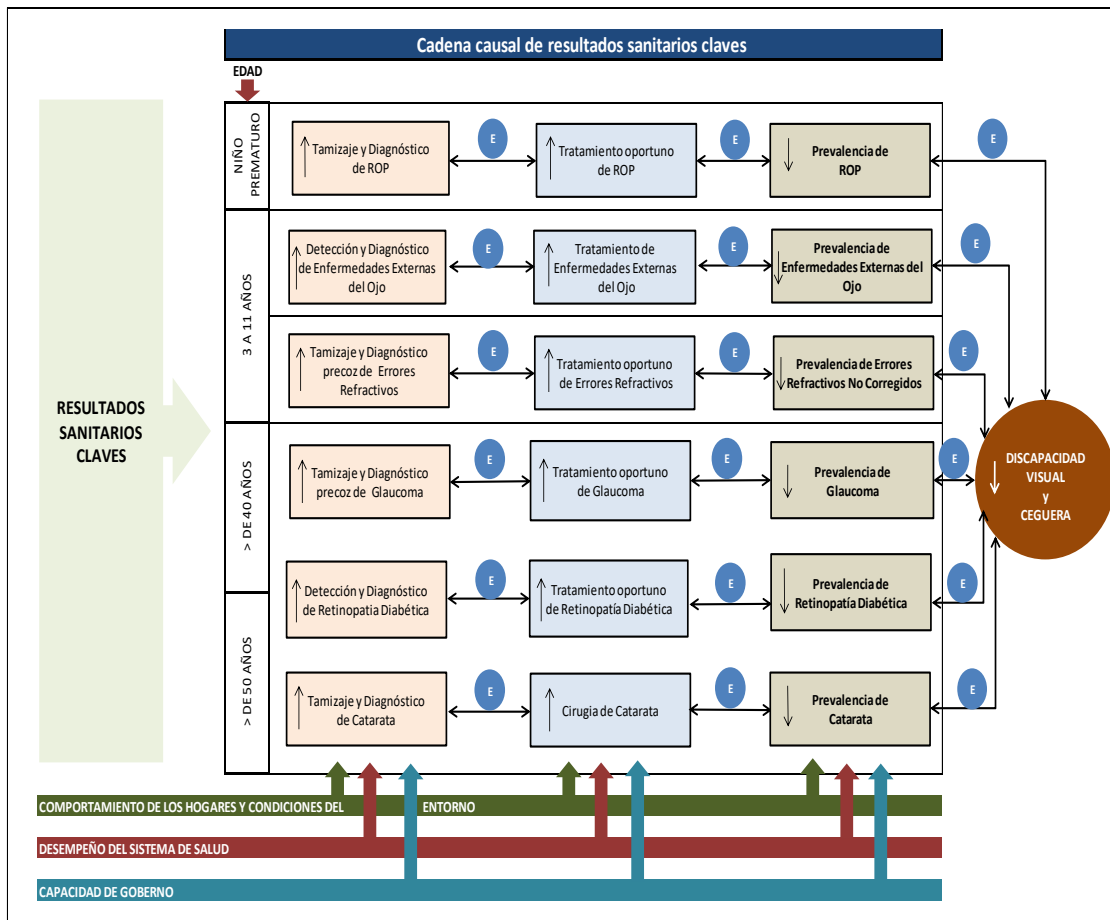
- Incrementar el conocimiento de la población en general sobre el cuidado integral de la salud ocular.
- Mejorar la oportunidad de las referencias, que se dan entre los establecimientos I-1, I-2 hacia el nivel I-3, I-4, y de estos establecimientos hacia el segundo o tercer nivel de atención, generando una Red Integral de Salud Ocular Nacional.

⁷³ Miopía, hipermetropía o astigmatismo.

⁷⁴ Estudio poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú – ERCE Perú (siglas en inglés RAAB), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSALUD (ESNSOPC)-INO-ONG Divino Niño. Disponible en: http://www.paho.org/Journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=823&lang=en

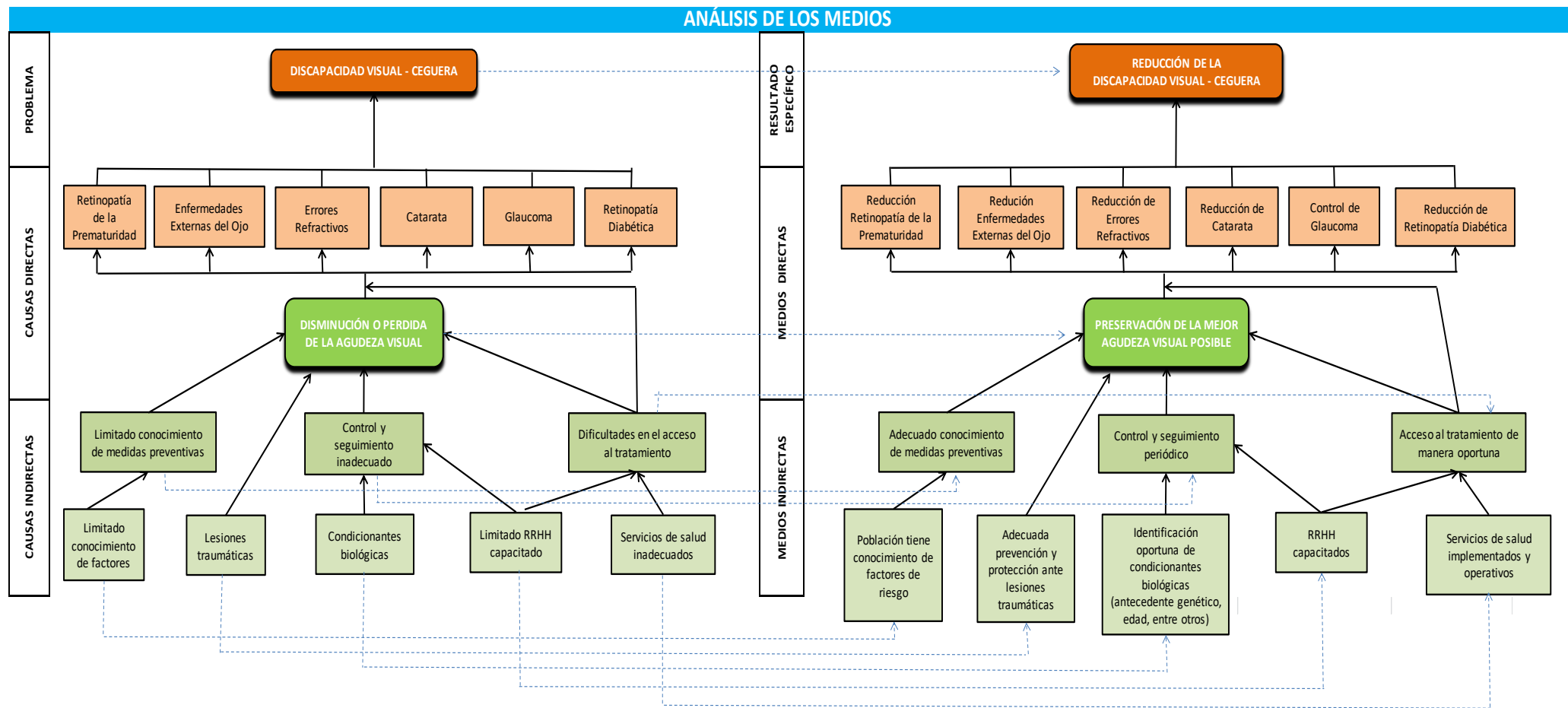
- Incrementar el acceso a los servicios de oftalmología y mejorar la capacidad resolutive de las mismas según análisis de capacidad resolutive.
- Impulsar la dotación de equipamiento suficiente para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares priorizadas según nivel de atención.
- Realizar la gestión del abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos esenciales para el tratamiento de las cirugías de catarata en las DIRESAs/GERESAs/DIRIs.
- Incremento de la cobertura de cirugía de catarata en los hospitales del II y III nivel de atención del país.
- Impulsar el control de calidad de las cirugías oftalmológicas.
- Formular y actualizar los documentos técnicos normativos necesarios para la estandarización del cuidado integral de la salud ocular en base a la mejor evidencia posible.
- Fortalecer las acciones de supervisión, monitoreo y evaluación de la Estrategia en los tres niveles de atención.
- Promover la elaboración de proyectos de mejora continua de la calidad orientados a fortalecer los servicios de oftalmología.
- Generar alianzas intra e interinstitucionales para el abordaje integral de la Salud Ocular.
- Actualización permanente de plan esencial de aseguramiento en salud en las condiciones referidas a enfermedades oculares. (detección-diagnóstico-tratamiento-control)
- Fortalecimiento de las competencias del personal de salud para asegurar la calidad de la prestación en salud ocular.
- Desarrollar el material informativo de Salud Ocular en el marco de las etapas de vida e intervenciones sanitarias priorizadas, complementando la Línea Gráfica de la Estrategia.
- Emplear medios de comunicación masivos, alternativos o digitales, para la difusión de mensajes claves que fomenten una cultura de prevención y autocuidado, en salud ocular, en la población en general, con énfasis en los ámbitos educativos y laborales.

Gráfico 4: Esquema de las Intervenciones prioritizadas para reducir la discapacidad visual y ceguera



Fuente: CSOPC, 2018

Gráfico N° 05 Análisis de Medios

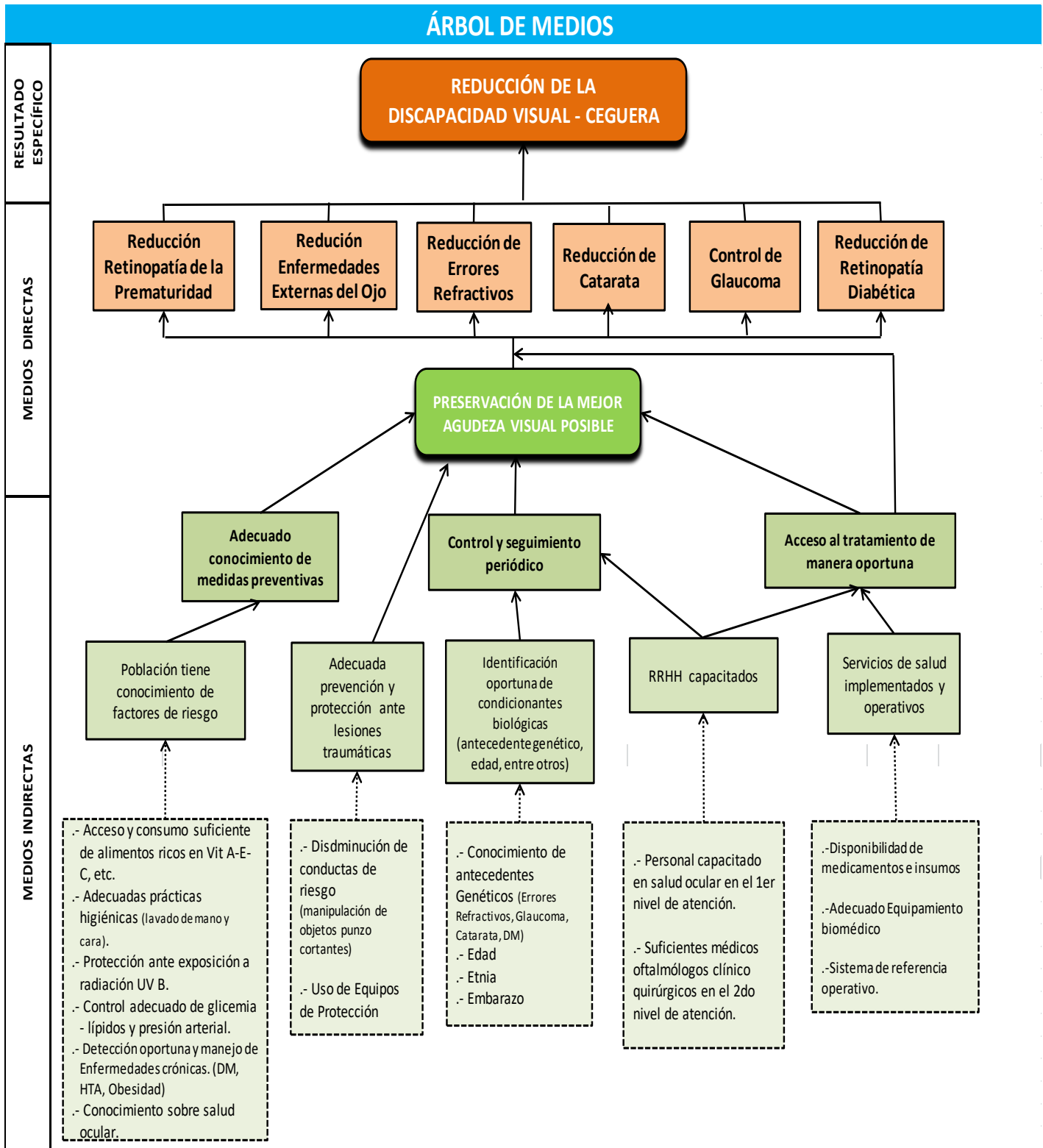


Fuente:CSOPC-2018

Gráfico N° 06

Árbol de Medios para el abordaje de la Discapacidad Visual y Ceguera

Árbol 2. Árbol de Medios

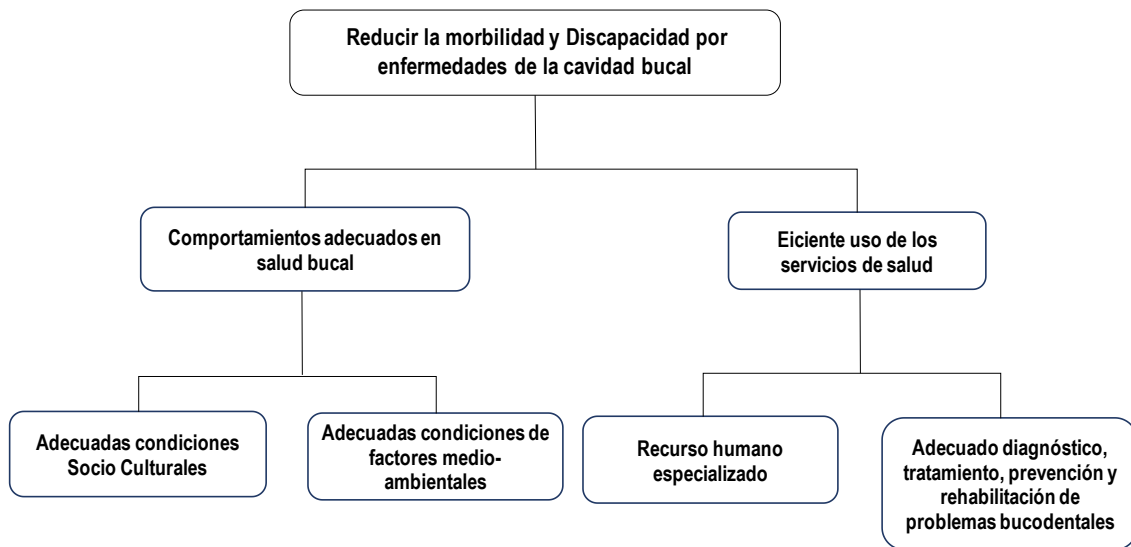


Fuente: CSOPC-2018

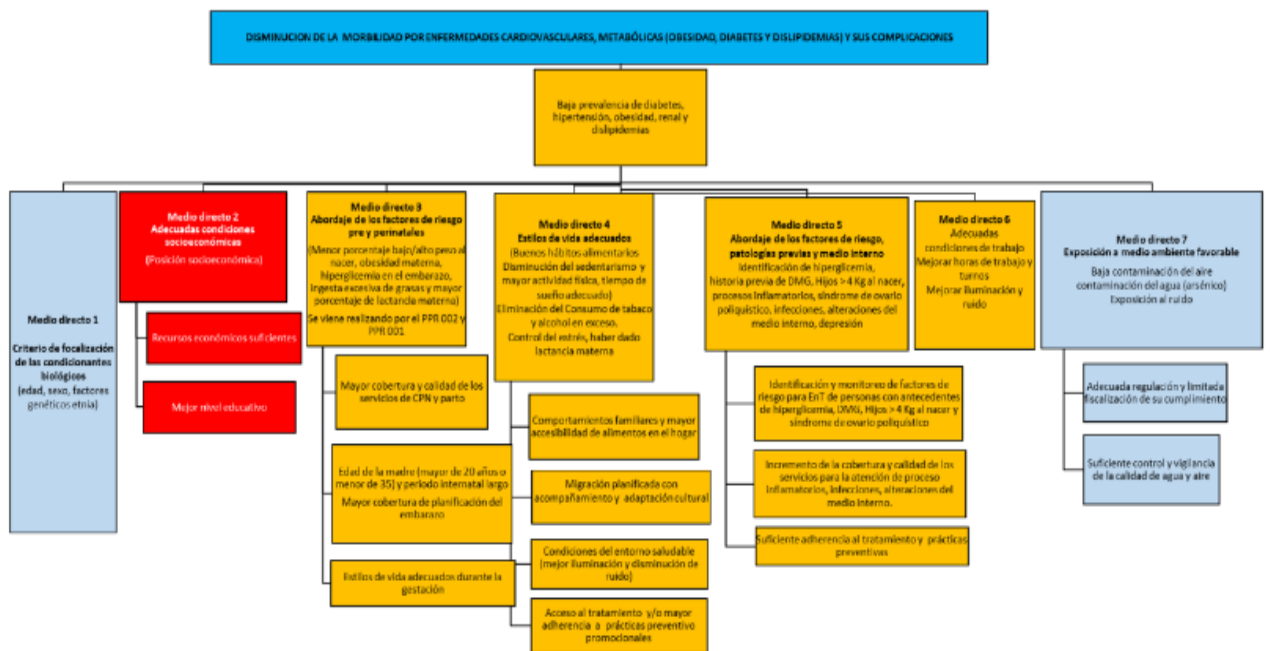
SALUD BUCAL

Sobre la base del problema identificado y del análisis causal, se debe realizar un análisis de los medios para la identificación de las posibles soluciones a las causas identificadas. Este análisis, consiste en revertir las situaciones identificadas como causas directas e indirectas en el árbol de problemas (Gráfico N° 1), las cuales pasarán a ser, respectivamente, medios directos e indirectos en el árbol de medios (Gráfico N° 2).

Gráfico N°2. Análisis de los Medios

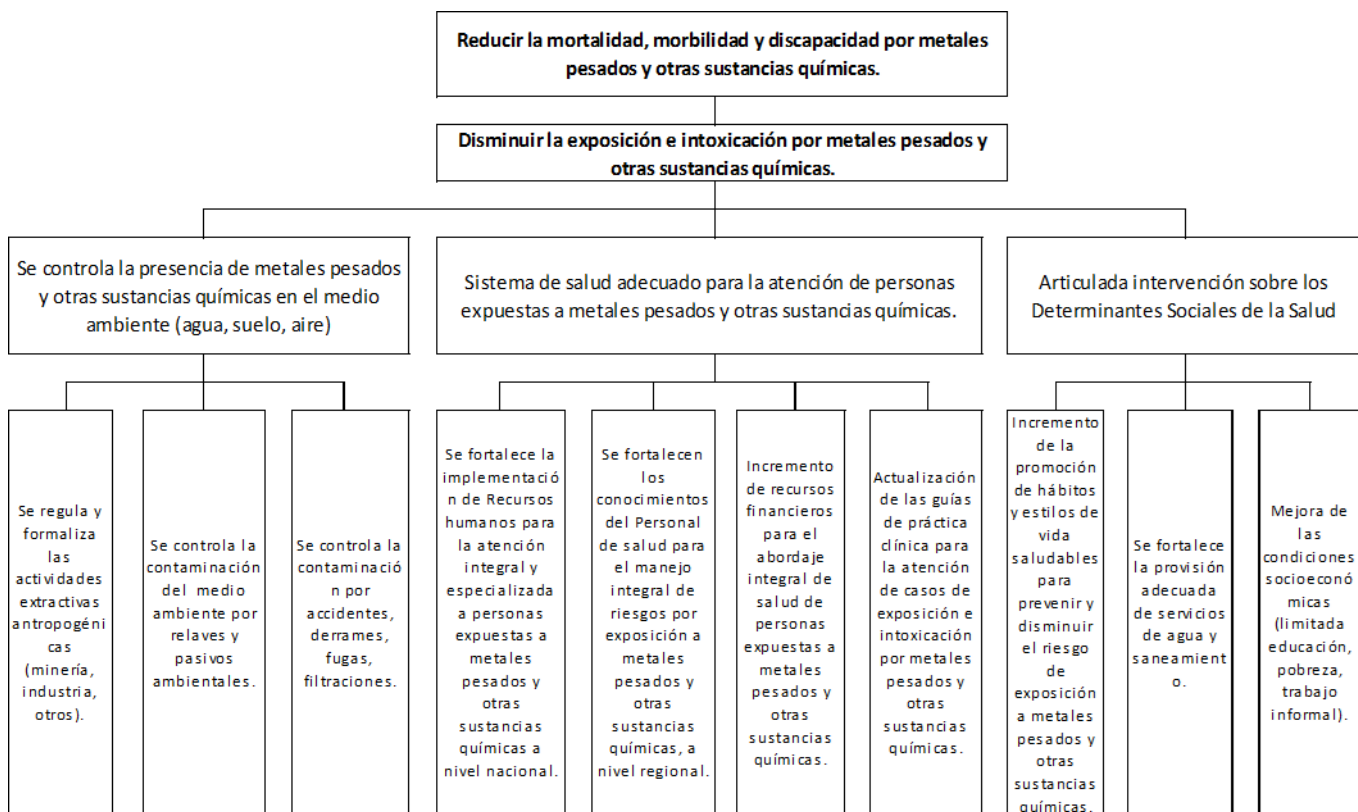


DAÑOS NO TRANSMISIBLES



METALES PESADOS

De acuerdo a la problemática identificada, se realiza un análisis de medios para la identificación de posibles soluciones a las causas directas e indirectas que contribuyan a la reducción de la mortalidad morbilidad y discapacidad por metales pesados y otras sustancias químicas.



PROMOCIÓN DE LA SALUD

Principales trayectorias de causalidad relacionadas con las Enfermedades No Transmisibles.

(DNT-SO-SB-MP)

La mayoría de personas que presentan enfermedades no transmisibles, están asociadas principalmente a inadecuados estilos de vida y a entornos medio ambientales que presentan factores de riesgo para las personas en sus diferentes espacios de socialización (escuelas, centros laborales, viviendas, comunidad, etc.).

Siguiendo la lógica del árbol de causas, las enfermedades no transmisibles, son resultado principalmente de las siguientes causas:

1. Condicionantes biológicos, los cuales están relacionados a la edad, género, factores genéticos, etnia, entre otros, los cuales se comportan como factores predisponentes para la presentación de enfermedades no transmisibles.

2. Inadecuadas condiciones socio económicas, las que se relacionan directamente con la pobreza de las personas, lo cual determina las características de los entornos en los que se desenvuelven y la presencia de los factores facilitadores que incrementan el riesgo de presentar enfermedades no transmisibles.
3. Factores pre y perinatales, como por ejemplo algunas características de la gestante como la obesidad materna, hiperglicemia del embarazo y una inadecuada alimentación, así como algunas características del neonato como su peso al nacer o la lactancia materna exclusiva.
4. Estilos de vida inadecuados, tal vez éste sea uno de los más importantes factores causales de enfermedades no transmisibles como los inadecuados hábitos de alimentación, el sedentarismo o poca actividad física, alteraciones en el tiempo de sueño, consumo de alcohol y tabaco (asi como la exposición), el estrés, entre otros factores.
5. Patologías previas y medio interno, lo que está relacionado a antecedentes patológicos como hiperglicemia, diabetes gestacional o productos macrosómicos, síndrome de ovario poli quístico, depresión, etc.
6. La obesidad en si misma se ha considerado también un factor predisponente a diversas enfermedades no transmisibles, lo que está relacionado a factores genéticos y de estilos de alimentación.
7. La exposición a medio ambiente no favorable, en el que consideramos la contaminación ambiental (aire, agua) y la polución auditiva, lo que está relacionado a una inadecuada regulación, y fiscalización de las autoridades competentes.

Esquema para reducir las Enfermedades No Transmisibles (DNT-SO-SB-MP)

De acuerdo a las causas directas e indirectas que explican el incremento de las enfermedades no transmisibles, es necesario identificar las acciones que nos permitan reducir efectivamente la prevalencia de dichas enfermedades, para lo cual analizaremos la estructura causal, a partir de la cual se proponen las siguientes actividades:

1. Brindar información a la población que tenga vulnerabilidad biológica, sobre los factores de riesgo específicos a los que están expuestos y las medidas de cuidado y prevención que deben adoptar para disminuir el riesgo de adquirir alguna enfermedad no transmisible. Esta información debe ser proporcionada en los espacios donde se encuentran los grupos objetivos la mayor parte de su tiempo y utilizando metodologías adecuadas para su edad, cultura, educación y condición socio económica.
2. Promover la suscripción de Acuerdos o Convenios interinstitucionales liderados por el gobierno local, para mejorar las condiciones de los entornos dependientes de cada institución, en el marco de sus competencias. La pobreza como determinante estructural, es una condición cuya modificación es dependiente de acciones más complejas y que superan la aplicación del PPR.
3. Brindar información sobre la importancia de los cuidados del embarazo, la alimentación de la gestante y la lactancia materna exclusiva, dirigido a las gestantes, sus esposos y familiares cercanos así como la población escolar del 4° y 5° de secundaria, por ser población potencial relacionada al tema. Esta información debe ser proporcionada en los espacios donde se encuentran las poblaciones objetivo, la mayor parte de su tiempo y utilizando metodologías adecuadas para su edad, cultura, educación y condición socio económica.

4. Coordinar con cada una de las instituciones en el nivel local, para brindar información a su público objetivo (trabajadores, usuarios, estudiantes, etc.) en sus propios escenarios, sobre los estilos de vida que deben adoptar para disminuir el riesgo de adquirir una enfermedad no transmisible, así como implementar programas institucionales de actividad física y manejo del estrés a nivel institucional y comunitario.
5. Organizar en coordinación con la Municipalidad y otras instituciones, el desarrollo de programas de detección precoz y consejería sobre la hiperglicemia en gestantes, obesidad, depresión y otros problemas asociados al riesgo de presentar enfermedades no transmisibles. El desarrollo de estos programas se deben realizar en cada institución donde se encuentra la población objetivo.
6. Coordinar con la municipalidad y las instituciones pertinentes para realizar controles periódicos del aire, agua, ruidos y alimentos así como la consejería y educación correspondiente para que se tomen medidas correctivas.

3.3 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

SALUD OCULAR

Tabla N° 08.a

Análisis de alternativas

Descripción del medio	Intervenciones para incrementar el conocimiento de la población en general sobre el cuidado integral de la salud ocular
Alternativa de intervención 1	CONEI de las IIEE promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 2	Docentes de instituciones educativas capacitados en promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 3	Asociación de padres de familia (APAFAS) promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 4	Familias promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 5	Comunidades promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 6	Municipios promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.
Alternativa de intervención 7	Comunicadores y periodistas informados sobre el cuidado integral de la Salud Ocular
Alternativa de intervención 8	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios masivos de comunicación.

Descripción del medio	Intervenciones para incrementar el conocimiento de la población en general sobre el cuidado integral de la salud ocular
Alternativa de intervención 9	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios alternativos de comunicación.
Alternativa de intervención 10	Consejería para la detección oportuna y control de las patologías oculares priorizadas.

Tabla N° 08.a

Análisis de alternativas

Descripción del medio	Intervenciones para mejorar el acceso a la atención oportuna de patologías oculares
Alternativa de intervención 1	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad – R.O.P en segundo y tercer nivel de atención.
Alternativa de intervención 2	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para R.O.P (laser, antiangiogénicos, combinado, vitrectomía posterior más Endofotocoagulación)
Alternativa de intervención 3	Tratamiento especializado de complicaciones secundarias a Retinopatía de la Prematuridad – R.O.P (Errores refractivos, Nistagmus, Estrabismo, Catarata, Glaucoma y baja visión).
Alternativa de intervención 4	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con R.O. P
Alternativa de intervención 5	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.
Alternativa de intervención 6	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.
Alternativa de intervención 7	Diagnóstico de Errores Refractivos.
Alternativa de intervención 8	Diagnóstico de Ambliopía
Alternativa de intervención 9	Tratamiento de Errores Refractivos mediante oferta fija o móvil
Alternativa de intervención 10	Control de errores refractivos (adherencia al tratamiento)
Alternativa de intervención 11	Tratamiento – terapia de estimulación visual en Ambliopía.
Alternativa de intervención 12	Tamizaje de agudeza visual en personas de 50 años a más.
Alternativa de intervención 13	Evaluación y referencia de persona con sospecha de catarata.
Alternativa de intervención 14	Diagnóstico de ceguera por catarata.

Descripción del medio	Intervenciones para mejorar el acceso a la atención oportuna de patologías oculares
Alternativa de intervención 15	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para catarata. (Extracapsular o Faco Emulsificación)
Alternativa de intervención 16	Control post operatorio de catarata (al día siguiente - a la semana – al mes y a los dos meses)
Alternativa de intervención 17	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)
Alternativa de intervención 18	Tamizaje de la persona con riesgo de Glaucoma en el primer y segundo nivel de atención
Alternativa de intervención 19	Evaluación y referencia de persona con sospecha de Glaucoma
Alternativa de intervención 20	Diagnóstico de Glaucoma
Alternativa de intervención 21	Tratamiento de Glaucoma
Alternativa de intervención 22	Control de personas con Glaucoma
Alternativa de intervención 23	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de Retinopatía Diabética (RD).
Alternativa de intervención 24	Evaluación y referencia de persona con sospecha de Retinopatía Diabética (RD)
Alternativa de intervención 25	Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD)
Alternativa de intervención 26	Tratamiento de Retinopatía Diabética (RD)
Alternativa de intervención 27	Control de personas con Retinopatía Diabética (RD)
Alternativa de intervención 28	Detección de personas con Enfermedades Externas del Ojo
Alternativa de intervención 29	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
Alternativa de intervención 30	Tratamiento de personas con Enfermedades Externas del Ojo
Alternativa de intervención 31	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo
Alternativa de intervención 32	Tratamiento especializado de complicaciones por Enfermedades Externas del Ojo.
Alternativa de intervención 33	Sistemas de Referencia - Red Integral de Salud Ocular Nacional.
Alternativa de intervención 34	Diagnóstico especializado de personas con Baja Visión.
Alternativa de intervención 35	Tratamiento con ayudas – Terapia de estimulación visual y rehabilitación visual para personas con Baja Visión.
Alternativa de intervención 36	Control de personas con Baja Visión.

Medios indirectos**Tabla N° 08.a****Análisis de alternativas**

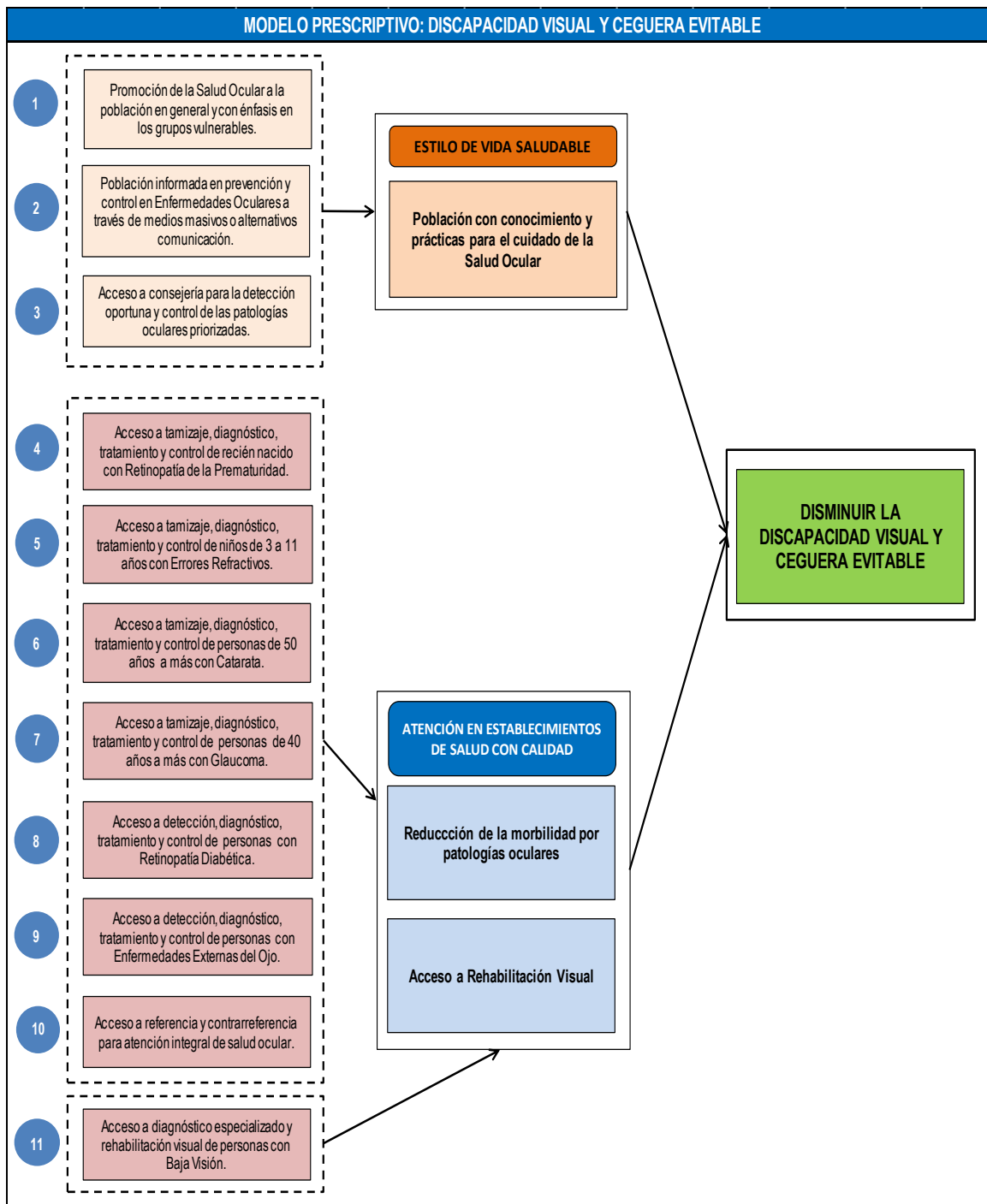
Descripción del medio	Intervenciones para mejorar la Gestión del Programa Presupuestal de Salud Ocular
Alternativa de intervención 1	Desarrollo de Documentos Técnicos Normativos para la atención de las principales patologías que generan discapacidad visual y ceguera.
Alternativa de intervención 2	Difusión de Documentos Técnicos Normativos en salud ocular.
Alternativa de intervención 3	Capacitación del Personal para la atención integral en Salud Ocular
Alternativa de intervención 4	Investigación en Salud Ocular
Alternativa de intervención 5	Análisis de Situación de Salud Ocular
Alternativa de intervención 6	Supervisión de intervenciones sanitarias de Salud Ocular
Alternativa de intervención 7	Monitoreo de intervenciones sanitarias de Salud Ocular
Alternativa de intervención 8	Evaluación de intervenciones sanitarias de Salud Ocular

Modelo Prescriptivo

Principales intervenciones del Programa Presupuestal

Considerando las principales trayectorias de causalidad del problema de discapacidad visual y ceguera, se ha trazado los principales ejes de las intervenciones sanitarias, los que se presentan en el Gráficos No 7.

Gráficos N° 07



Fuente: ESNOPC - 2018

Acorde con el modelo explicativo, por opinión de expertos se determina que para mejorar los estilos de vida que predisponen a los problemas de salud ocular se debe incidir sobre la promoción de la Salud Ocular dirigida a la población en general con énfasis a los grupos vulnerables (niños y adultos de 50 años a más) a través de los medios de comunicación para que la población adquiera conocimientos y prácticas saludables, así como la consejería individual y colectiva entre las que se encuentran el uso de lentes de sol, lavado de cara y manos, acudir a establecimientos de salud para un examen de los ojos de manera periódica, entre otras. Una atención de salud ocular con calidad en los establecimientos de salud se realiza mediante el tamizaje, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación de las patologías oculares de manera

oportuna y basadas en la mejor evidencia científica, lo que contribuirá a la disminución de la discapacidad visual y ceguera evitable en la población.

SALUD BUCAL

Los medios fundamentales (ya sean medios directos o indirectos) son aquellos cuya causa asociada tienen una fuerte vinculación con el problema específico, considerando los contenidos presentados en las tablas N° 6.

El análisis de las alternativas consiste en la identificación de posibles y/o actuales intervenciones que permiten viabilizar los medios desarrollados. De esta forma, por cada medio se identificarán por lo menos dos alternativas de intervención mutuamente excluyentes, sobre las que se analizará su efectividad para su posterior priorización. En los casos excepcionales en los que sólo sea posible identificar una única alternativa o alternativas complementarias para viabilizar el medio, se deberá sustentar dicha situación.

Es así que, para cada medio identificado, según árbol de medios, se lista las alternativas de intervención, tal y como figuran en la tabla N° 8a.

Tabla N° 8a Análisis de alternativas de intervención

MEDIOS DIRECTOS

Descripción del medio	Comportamientos adecuados de salud bucal
Alternativa de intervención 1	Cepillado de dientes de forma adecuada y frecuente
Alternativa de intervención 2	Control odontológico como mínimo cada seis meses
Alternativa de intervención 3	Ingesta de azúcares controlada
Alternativa de intervención 4	Uso de enjuagues bucales con flúor
Alternativa de intervención 5	Consumo de sal fluorada

Descripción del medio	Adecuadas condiciones socioculturales
Alternativa de intervención 1	Mejor el nivel educativo
Alternativa de intervención 2	Ingresos económicos suficientes
Alternativa de intervención 3	Acceso libre a servicio de agua.

Descripción del medio	Adecuadas condiciones medioambientales
Alternativa de intervención 1	Control adecuado de las condiciones crónicas
Alternativa de intervención 2	Adecuado estado nutricional

Descripción del medio	Eficiente uso de los servicios de salud
Alternativa de intervención 1	Adecuada infraestructura
Alternativa de intervención 2	Cantidad suficiente de equipos y materiales odontológicos

Descripción del medio	Recurso humano especializado
Alternativa de intervención 1	Suficiente odontólogos especialistas
Alternativa de intervención 2	Redistribución equitativa de odontólogos a nivel nacional

Descripción del medio	Adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de problemas bucodentales
Alternativa de intervención 1	Suficiente personal de salud entrenado para el diagnóstico temprano de enfermedades de la cavidad oral
Alternativa de intervención 2	Adecuados tratamientos disponibles
Alternativa de intervención 3	Adecuadas intervenciones preventivas (educativas, motivaciones, consejería)
Alternativa de intervención 4	Adecuadas técnicas de rehabilitación oral

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Tabla N° 08.a

DESCRIPCIÓN DE MEDIOS

1. Reducción de la prevalencia de obesidad, DM, HTA y dislipidemias

Descripción del medio	Medio directa 1: Condicionantes biológicos (edad, sexo, etnia)
Alternativa de intervención 1	Estudios para identificar el comportamiento epidemiológico (x edad, sexo y etnia) de las ENT en el país - Focalizar las intervenciones en grupos de riesgo

Descripción del medio	Causa directa 2: Condiciones socioeconómicas
Alternativa de intervención 1	Estudios para identificar el comportamiento epidemiológico (x nivel socio económico y educativo) de las ENT en el país - Focalizar las intervenciones en sectores con mayor riesgo

Descripción del medio	Medio directo 3 : Factores pre y perinatales
Alternativa de intervención 1	Incremento de la cobertura y calidad de los servicios de CPN y parto
Alternativa de intervención 2	Mejorar la planificación del embarazo (edad y periodo intergenésico)
Alternativa de intervención 3	Promoción de estilos de vida adecuados en gestantes y mujeres en edad fértil
Alternativa de intervención 4	Mejorar el acceso y permanencia de las niñas en sistema educativo

Descripción del medio	Medio directo 4: Promover hábitos y estilos de vida saludables (alimentos, actividad física, tiempo de sueño, no consumo de tabaco, lactancia materna)
-----------------------	--

Descripción del medio	Medio indirecto 4.1: Promover hábitos saludables en la familia e individuos
Alternativa de intervención 1	Consejería y/o educación a las madres para promover alimentación infantil adecuada
Alternativa de intervención 2	Intervención multicomponente en escuelas para promover cambios en hábitos alimentarios y actividad física de escolares
Alternativa de intervención 3	Educación dirigida a padres para mejorar patrones alimentarios de sus hijos (menores de 18 años)
Alternativa de intervención 4	Intervención multicomponente basada en comunidad para modificar hábitos y estilos de vida de población
Alternativa de intervención 5	Consejería y/o educación para promover hábitos (de alimentación y actividad física) saludables en adultos
Alternativa de intervención 6	Programa de caminatas en adultos
Alternativa de intervención 7	Programa de promoción de actividad física en el lugar de trabajo
Alternativa de intervención 8	Intervenciones comunicacionales para promover cambios en estilos de vida (hábitos de alimentación y actividad física)

Descripción del medio	Medio indirecto 4.2: Promover la accesibilidad y consumo de alimentos saludables en el hogar
Alternativa de intervención 1	Impuestos y subsidios a alimentos

Alternativa de intervención 2	Etiquetado nutricional de alimentos en tiendas y supermercados
-------------------------------	--

Descripción del medio	Medio indirecto 4.3: Migración y aculturación
Alternativa de intervención 1	Implementación de tiendas minoristas de productos saludables
Alternativa de intervención 2	

Descripción del medio	Medio indirecto 4.4: Mejorar condiciones del entorno (reducir y/o limitar el impacto del ambiente obesogénico)
Alternativa de intervención 1	Intervenciones para reducir el uso de autos y promover caminatas y uso de bicicletas
Alternativa de intervención 2	Intervenciones para la modificación de la dieta en lugares de trabajo
Alternativa de intervención 3	Implementación de tiendas minoristas de productos saludables
Alternativa de intervención 4	Promoción de consumo de frutas y verduras (F&V)

Descripción del medio	Medio directo 5: Patologías previas y medio interno
Alternativa de intervención 1	Identificación y monitoreo de factores de riesgo y ENT en personas con antecedentes de hiperglicemia, DMG, Hijos > 4 Kg al nacer y síndrome de ovario poliquístico
Alternativa de intervención 2	Incremento de la cobertura y calidad de los servicios (para la atención de enfermedades inflamatorias, infecciones, alteraciones del medio interno).

Descripción del medio	Medio indirecto 5.1 Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para la atención de proceso inflamatorios, infecciones, alteraciones del medio interno.
Alternativa de intervención 1	Diagnóstico de sobrepeso y obesidad: Revisión de procedimientos
Alternativa de intervención 2	Incorporación del examen de HbA1c en el diagnóstico de DM
Alternativa de intervención 3	Implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico de HTA
Alternativa de intervención 4	Tamizaje de obesidad, DM, HTA, dislipidemias

Descripción del medio	Medio indirecto 5.3 Suficiente adherencia al tratamiento y prácticas preventivas
Alternativa de intervención 1	Tratamiento de obesidad: Cirugía bariátrica
Alternativa de intervención 2	Tratamiento de obesidad: basado en fármacos
Alternativa de intervención 3	Tratamiento de obesidad: basado en cambio de comportamiento
Alternativa de intervención 4	Tratamiento de obesidad: medios alternativos o complementarios
Alternativa de intervención 5	Tratamiento de obesidad: basado en uso de tecnología (TIC)
Alternativa de intervención 6	Tratamiento de obesidad: para el mantenimiento de pérdida de peso
Alternativa de intervención 7	Tratamiento de la diabetes mellitus
Alternativa de intervención 8	Tratamiento de la hipertensión arterial

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 08.a

Análisis de las Alternativas

Descripción del medio	Entornos que favorecen las prácticas saludables
Alternativa de intervención 1	Implementación de kioscos saludables
Alternativa de intervención 2	La actividad física y una dieta saludable en el entorno escolar tienen efectos positivos en pérdida de peso
Alternativa de intervención 3	Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil

3.3.1 Análisis de alternativas de intervención

SALUD OCULAR

Medios directos

- Intervenciones para incrementar el conocimiento de la población en general sobre el cuidado integral de la salud ocular

Tabla N° 08.b

Análisis de las alternativas de intervención

MEDIOS DIRECTOS:

Alternativa de intervención identificada	Promoción de la Salud Ocular a la población en general y con énfasis en los grupos vulnerables en escenarios estratégicos (escuelas, viviendas, clubes, etc.)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades dirigidas a la población con mayor vulnerabilidad para enfermedades oculares (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (comportamientos saludables: hábitos y conductas saludables) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la mejora de la salud ocular, en temas como lavado de cara y manos, protección ocular ante exposición solar, adecuado uso de aparatos y dispositivos electrónicos, adherencia al tratamiento, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal, IIEE – Comunidad Educativa u otro que se considere pertinente.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A.1

Alternativa de intervención identificada	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios masivos o alternativos comunicación.
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades que busca sensibilizar a la población, a fin de que tomen conciencia, por un lado, del alcance, las características y las posibles consecuencias de las enfermedades oculares no detectadas o tratadas oportunamente y, por otra parte, de los beneficios y repercusiones positivas a la salud sobre la promoción de estilos de vida saludables y prevención en Salud Ocular. Los mensajes claves se brindan a través de medios de comunicación masivos y televisivos (escrita, radial, televisiva, Producción de spots radiales) y/o alternativos (animación socio cultural y movilización social).

Alternativa de intervención identificada	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios masivos o alternativos comunicación.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	D.2

Alternativa de intervención identificada	Consejería para la detección oportuna y control de las patologías oculares priorizadas.
Descripción breve de la alternativa	Intervención educativa realizada mediante una sesión de consejería sobre medidas preventivas en salud ocular y los beneficios del tratamiento oportuno de una patología ocular priorizada (Retinopatía de la Prematuridad, Errores Refractivos, Catarata, Glaucoma, Retinopatía Diabética, Enfermedades Externas del Ojo), dirigida a personas con el diagnóstico presuntivo o definitivo en compañía de un familiar. Esta actividad está a cargo de un personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1) y se realiza previa a la referencia.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A.1

Intervenciones para mejorar el acceso a la atención oportuna de patologías oculares

Tabla N° 08.b

Análisis de las alternativas de intervención

MEDIOS DIRECTOS:

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad en segundo y tercer nivel de atención
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a la evaluación del recién nacido prematuro con factores de riesgo de desarrollar retinopatía de la prematuridad (Recién Nacido prematuro de igual o menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos y/o prematuro que requiere oxígeno), a fin de realizar el diagnóstico oportuno de la Retinopatía de la Prematuridad – ROP (siglas en ingles de Retinopathy of Prematurity)

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad en segundo y tercer nivel de atención
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para Retinopatía de la Prematuridad
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientados al tratamiento especializado y control del recién nacido prematuro, con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP) de acuerdo a normatividad vigente.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con Retinopatía de la Prematuridad
Descripción breve de la alternativa	Intervención dirigida al control y seguimiento de los recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad tratada quirúrgicamente (cirugía láser), a cargo del médico oftalmólogo entrenado en ROP y cirugía láser, se brinda en establecimientos de salud del tercer nivel de atención. El control se realizará mediante oftalmoscopia indirecta al 1er y 7mo día luego del tratamiento laser, cabe señalar, que se puede requerir de un mayor número de controles post operatorios.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar errores refractivos no corregidos en niños de 3 a 11 años de edad, cuya visión limita el desarrollo de sus actividades de la vida diaria y aprendizaje, de acuerdo a normatividad vigente. Previamente se realizará la capacitación al personal

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años
	docente en temas relacionados al cuidado integral de la salud ocular.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Diagnóstico de ambliopía en niños (as) de 3 a 11 años
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar ambliopía en niños de 3 a 11 años de edad, cuya visión limita el desarrollo de sus actividades de la vida diaria y aprendizaje, de acuerdo a normatividad vigente. El médico oftalmólogo realizará evaluación.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento de errores refractivos
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades destinadas a garantizar el tratamiento mediante la entrega de lentes correctores a los niños(as) de 3 a 11 años de edad, con diagnóstico de error de refracción, según prescripción del médico oftalmólogo. Se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive u oferta móvil. Incluye la consejería a niños y padres u apoderados.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Control de errores refractivos (adherencia al tratamiento)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos al niño(a) de 3 a 11 años de edad, que inició tratamiento por error refractivo con la finalidad de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación de uso de lentes) y determinar el desarrollo del estado refractivo (Examen de agudeza visual, examen externo). Es realizada por médico oftalmólogo, tecnólogo médico en

Alternativa de intervención identificada	Control de errores refractivos (adherencia al tratamiento)
	optometría o un profesional de la salud capacitado de establecimientos de salud (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2) u oferta móvil. El 1er control se realiza a los 3 meses y el 2do control a los 6 meses. Incluye consejería.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento– terapia de estimulación visual en ambliopía
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades destinadas a garantizar el tratamiento – terapia visual y rehabilitación de niños(as) de 3 a 11 años de edad, con diagnóstico en Baja Visión, según prescripción del médico oftalmólogo. Se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutoria u oferta móvil. Incluye la consejería a niños y padres u apoderados.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención.
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos dirigido a personas de 50 años de edad a más, con la finalidad de detectar y referir oportunamente la disminución de agudeza visual o ceguera por catarata mediante la determinación de la agudeza visual con cartilla de Snellen o de 3 metros y con ocluser con agujero estenopeico, fortaleciendo así el sistema de atención oftalmológica primaria como parte de la atención integral de acuerdo a normatividad vigente
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

MEDIOS DIRECTOS:

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para catarata. (Extracapsular o Faco Emulsificación)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de procedimientos y actividades orientadas a mejorar la salud visual mediante el tratamiento quirúrgico de la persona de 50 años de edad a más, con diagnóstico de ceguera por catarata. La intervención por cirugía como método de tratamiento es sumamente eficaz y permite la rehabilitación visual casi inmediata y se realiza mediante la inserción de un lente intraocular (Incisión Extracapsular del Cristalino o Incisión Pequeña y Faco Emulsificación), de acuerdo a la normatividad vigente
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Control post operatorio de catarata (al día siguiente - a la semana – al mes y a los dos meses)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica al día siguiente - a la semana – al mes y a los dos meses semana de realizada la cirugía de catarata a las personas de 50 años de edad a más, a cargo del médico Oftalmólogo. En casos excepcionales, podrá ser realizado por médico capacitado del primer nivel de atención (I-4). Se brinda en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	A1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)
Descripción breve de la alternativa	Actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica y tratamiento de las personas de 50 años de edad a más, y detectar oportunamente complicaciones durante el proceso post operatorio (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina), a cargo del médico oftalmólogo o con sub especialidad en úvea y/o retina en establecimientos del tercer nivel de atención.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)
Evidencia que justifique la efectividad	C1

Alternativa de intervención identificada	Tamizaje y diagnóstico de glaucoma en personas de 40 años a más.
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a identificar precozmente el glaucoma, como parte de la atención integral de salud de la persona de 40 años de edad a más. Está a cargo del personal de salud capacitado de establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Incluye la determinación de la presión intraocular (PIO), evaluación médica y consejería integral
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	B.1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento de glaucoma
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a mejorar la salud ocular de la persona de 40 años de edad a más, con diagnóstico definitivo de glaucoma, incluye la entrega de fármacos anti glaucomatosos según prescripción realizada por el médico oftalmólogo. Se realiza en el establecimiento de salud con capacidad resolutive del II y III nivel de atención, donde se realizó el diagnóstico
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	B.1

Alternativa de intervención identificada	Control de pacientes con glaucoma
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la evolución de la enfermedad de la persona de 40 años de edad a más, con diagnóstico de Glaucoma, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutive del primer nivel). Se realizan

Alternativa de intervención identificada	Control de pacientes con glaucoma
	dos controles: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	B.1

MEDIOS DIRECTOS:

Alternativa de intervención identificada	Detección y diagnóstico de persona con diabetes mellitus con riesgo retinopatía diabética (RD)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a identificar precozmente la retinopatía diabética como parte de la atención integral de salud de la persona con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus. Incluye, previa a su referencia, una consejería integral en salud ocular por personal de salud capacitado a fin de informar, sensibilizar y educar a la persona con riesgo de retinopatía diabética.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	B1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento de retinopatía diabética (RD)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos orientadas a mejorar la salud visual con la finalidad de prescribir el tratamiento y evaluar el proceso de evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética. Está a cargo del médico oftalmólogo del establecimiento de salud con capacidad resolutive del II y III nivel de atención
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C1

Alternativa de intervención identificada	Control de pacientes con retinopatía diabética (RD)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica, adherencia al tratamiento y la

Alternativa de intervención identificada	Control de pacientes con retinopatía diabética (RD)
	evolución de la enfermedad de la persona con diagnóstico de Retinopatía Diabética, que inició tratamiento indicado por el médico oftalmólogo en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención (excepcionalmente aquellos con capacidad resolutive del primer nivel). Se realiza dos controles: 1er control a los 2 meses del inicio de tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C1

Alternativa de intervención identificada	Detección y diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica primaria como parte de la atención integral a la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, en todas las etapas de vida, a través del examen de ojos y párpados, en algunos casos se requiere exámenes de laboratorio (tomar muestra para frotis de secreción conjuntival, estudio de pestañas, cultivo y antibiograma) y en caso requiera mayor estudio, se realizará la referencia para su diagnóstico confirmatorio y posterior tratamiento en el nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a personas con diagnóstico presuntivo de Enfermedad Externa del Ojo, a fin de informar, sensibilizar y educar a la población acerca de la importancia de la salud ocular.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento y control de Enfermedades Externas del Ojo
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención ocular primario a través del tratamiento brindado por médico general capacitado o médico oftalmólogo según corresponda, y control de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento y control de Enfermedades Externas del Ojo
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Sistemas de Referencia - Red Integral de Salud Ocular Nacional.
Descripción breve de la alternativa	Actividad que consiste en el traslado de la persona con diagnóstico presuntivo o definitivo de alguna patología ocular priorizada (Retinopatía de la Prematuridad, Errores Refractivos, Catarata, Glaucoma, Retinopatía Diabética, Enfermedades Externas del Ojo) para la determinación del diagnóstico definitivo y tratamiento correspondiente a establecimientos de salud con capacidad resolutive del 2do (II-1, II-2) o 3er (III-1, III-2) nivel de atención u oferta móvil. Esta actividad es realizada por médico general capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención (II-1) con población asignada. Incluye movilidad, hospedaje y alimentación para paciente y acompañante.
Identifique si viene siendo ejecutada	No.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Diagnóstico especializado de personas con Baja Visión.
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la evaluación integral oftalmológica de la persona con diagnóstico de Baja Visión, la misma que puede ser debida a diferentes patologías que generar una discapacidad visual severa y que requieren rehabilitación. El diagnóstico es realizado por Médico Oftalmólogo con Sub Especialidad en Baja Visión, se realiza una vez al año en establecimiento de salud que cuente con capacidad resolutive.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento con ayudas – terapia de estimulación visual y rehabilitación visual para personas con Baja Visión.
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten la terapia visual – rehabilitación del resto de visión funcional según

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento con ayudas – terapia de estimulación visual y rehabilitación visual para personas con Baja Visión.
	lo indicado por el Médico Oftalmólogo con especialidad en Baja Visión. Se realiza en establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con capacidad resolutive (excepcionalmente del primer nivel). Se realizan sesiones de trabajo 1 vez por semana.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Control de personas con Baja Visión
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención ocular primario a través del tratamiento brindado por médico general capacitado o médico oftalmólogo según corresponda, y control de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcialmente a nivel nacional, según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

MEDIOS INDIRECTOS

Alternativa de intervención identificada	Regulación de las Intervenciones Sanitarias del Programa Presupuestal Salud Ocular. (Documentos Técnico Normativos)
Descripción breve de la alternativa	Conjunto de actividades que el Ministerio de Salud a través de la ESN Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, desarrolla en su función de regulación, el diseño del marco normativo que asegure la protección y promoción de la salud de la población. Es realizado por profesional de la salud capacitado (Coordinador y/o Facilitador de la Estrategia)
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Generación de Evidencias (Investigación y ASIS) en el marco Programa Presupuestal Salud Ocular.
Descripción breve de la alternativa	<p>Proceso que comprende la búsqueda y generación de evidencias, ya sea por investigaciones desarrolladas bajo las normas del INS o análisis de información estadística nacional (datos en la Consulta ambulatoria (HIS), egresos y emergencias (SEM), hechos vitales (Defunciones) y actualización del Padrón nominal. Asimismo, forma parte del proceso continuo de actualización de los documentos de gestión por resultados para la sustentación del costo efectividad de las intervenciones sanitarias priorizadas.</p> <p>Estas actividades pueden ser realizadas por profesional de la salud que realiza las intervenciones sanitarias, personal de epidemiología que realiza el análisis de la situación o personal experto de otra área que estudie temas afines.</p>
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí. (Parcial según capacidad resolutive)
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Acciones de Control (monitoreo – supervisión y evaluación) del Programa Presupuestal Salud Ocular.
Descripción breve de la alternativa	<p>Las Acciones de Control son un conjunto de procesos orientados a gerenciar el Programa Presupuestal para el logro de los objetivos y resultados, implica impulsar la Rectoría a través de la función de fiscalización.</p> <p>Asimismo, las funciones de la administración implican la planificación, organización, dirección y control.⁷⁵ En el marco del programa presupuestal se tendrá énfasis en el control (monitoreo, supervisión y evaluación).</p> <p>Es realizado por profesional de la salud capacitado (Coordinador y/o Facilitador de la Estrategia)</p>
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

⁷⁵ Koontz H. Administración una Perspectiva Global. Mc Grow Hill. Interamericana. 1998.

SALUD BUCAL

Una vez identificadas las alternativas de intervención para cada medio, se procederá a analizar la factibilidad y efectividad de las mismas. Es decir, se procederá a identificar aquellas que, según este análisis, deberán ser provistas por el programa presupuestal en base a evidencias que sustenten las mismas. La tabla N° 8b muestra en detalle el análisis de las intervenciones identificadas para cada medio, además de la identificación de productos que se pueden generar en la mayoría de intervenciones y su respectiva actividad vinculada para el logro de esos productos.

Tabla N° 8b Análisis de las alternativas de intervención**Medio identificado:** Comportamientos adecuados de salud bucal

Alternativa de intervención identificada	Cepillado de dientes de forma adecuada y frecuente
Descripción breve de la alternativa de intervención	Un cepillado diario, al menos dos veces al día ayuda a prevenir la formación de placa bacteriana y con ello previene enfermedades de la cavidad oral.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Esta práctica se viene difundiendo en todos los establecimientos de salud que cuentan con un odontólogo o personal de salud entrenado.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Cooper A. et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database Syst Rev. 2013.

Alternativa de intervención identificada	Control odontológico como mínimo cada seis meses
Descripción breve de la alternativa de intervención	La visita al odontólogo es importante para identificar tempranamente problemas en la cavidad oral, desde el nacimiento hasta la senectud, y ésta debería ser dos veces al año como mínimo.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Está práctica también viene siendo impulsada, pero igual aún existe una brecha en el sistema de atención.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Cooper A. et al. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. Cochrane Database Syst Rev. 2013.

Alternativa de intervención identificada	Ingesta de azúcares controlada
---	--------------------------------

Descripción breve de la alternativa de intervención	Las bebidas o comidas azucaradas no son prohibidas, pero si se recomienda el cepillado de los dientes después de ingerirlas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Esta información se difunde como parte de las actividades de prevención de los odontólogos y personal de salud entrenado, y se refuerza en la Guía de Práctica Clínica de prevención y control de caries.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Cascaes, Andreia Morales; Bielemann, Renata Moraes; Clark, Valerie Lyn; Barros, Aluísio J D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. Revista de Saúde Pública. 2014;48(1):142-153.

Alternativa de intervención identificada	Uso de enjuagues bucales con flúor y consumo de sal fluorada
Descripción breve de la alternativa de intervención	Los colutorios con flúor según las recomendaciones de la OMS ayudan a prevenir la formación temprana de placa bacteriana.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se viene aplicando con mayor frecuencia en adultos, según las posibilidades económicas de las personas, lo más importante es la pasta dental.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Cascaes, Andreia Morales; Bielemann, Renata Moraes; Clark, Valerie Lyn; Barros, Aluísio J D. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. Revista de Saúde Pública. 2014;48(1):142-153.

Medio identificado: Adecuadas condiciones socioculturales

Alternativa de intervención identificada	Mejor el nivel educativo
Descripción breve de la alternativa de intervención	El nivel educativo incrementado contribuye a entender mejor la problemática de salud oral y por ende favorece la búsqueda de atención.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se viene ejecutando programas educativos para adultos a través del ministerio de educación.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Hernández Suárez, Alicia; Espeso Nápoles, Nelia; Reyes Obediente, Fidela; Rodríguez Borges, Lourdes. Intervención educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de cinco a 12 años. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2010; 14(6):1-9.

Alternativa de intervención identificada	Ingresos económicos suficientes
Descripción breve de la alternativa de intervención	El gobierno a través de su programa Juntos brinda ayuda a población en pobreza otorgándole un bono mensual y acercándolo a su vez a los servicios de salud.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Actualmente está en ejecución el programa Juntos.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Alternativa de intervención identificada	Acceso libre a servicio de agua.
Descripción breve de la alternativa de intervención	El agua es un medio imprescindible para realizar la higiene oral, el cual debe ser accesible a toda la población.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Actualmente se están ejecutando obras de instalación de agua y desagüe priorizando en zonas con pobreza.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Medio identificado: Adecuadas condiciones medioambientales

Alternativa de intervención identificada	Control adecuado de las condiciones crónicas
Descripción breve de la alternativa de intervención	La diabetes y la obesidad adecuadamente controladas reducen el riesgo de caries y enfermedades periodontales, sumado a una adecuada higiene oral y control odontológico.
Identifique si esta intervención ya	Como parte de la atención integral, el equipo multidisciplinario debe derivar oportunamente al paciente para su control odontológico.

viene siendo ejecutada	
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Azevedo, Marina Sousa; Romano, Ana Regina; Correa, Marcos Britto; Santos, Iná da Silva dos; Cenci, Maximiliano Sérgio. Evaluation of a feasible educational intervention in preventing early childhood caries. Brazilian Oral Research, 2015; 29(1): 1–8

Alternativa de intervención identificada	Adecuado estado nutricional
Descripción breve de la alternativa de intervención	Una adecuada nutrición sumado a una higiene oral adecuada contribuye a un estado óptimo de la cavidad oral.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Dado que la desnutrición es un problema de atención prioritario, al reducir la desnutrición reducen los riesgos de problemas bucodentales.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ramos-Martínez K, Gonzáles-Martínez F, Luna-Ricardo L. Estado de salud oral y nutricional en niños de una institución educativa de Cartagena, 2009. Rev. salud pública. 12 (6): 950-960, 2010

Medio identificado: Eficiente uso de los servicios de salud

Alternativa de intervención identificada	Adecuada infraestructura
Descripción breve de la alternativa de intervención	Un ambiente adecuado y seguro es necesario para una atención óptima, pues los equipos a usar requieren ciertas condiciones para su instalación.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se están mejorando los servicios, pero aún es insuficiente el número de consultorios del Ministerio de Salud a nivel nacional.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Alternativa de intervención identificada	Cantidad suficiente de equipos y materiales odontológicos
Descripción breve de la alternativa de intervención	La disponibilidad de equipos y materiales para la atención odontológica son la base para prevenir oportunidades de atención perdidas.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Actualmente se está distribuyendo equipamiento a todos los establecimientos, pero aún no son suficientes.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Medio identificado: Recurso humano especializado

Alternativa de intervención identificada	Suficiente odontólogos especialistas
Descripción breve de la alternativa de intervención	Una cantidad adecuada de especialistas facilitarán el cuidado integral y atención precoz de enfermedades de la cavidad oral.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Actualmente hay diversas especialidades para odontólogos, así también hay módulos de salud oral para el entrenamiento del personal de salud involucrado en la atención integral, entre ellos los pediatras.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ayala C. Los pediatras en la prevención de enfermedades bucodentales. Arch. Pediatr. Urug. 2016; 87(3): 257-262.

Alternativa de intervención identificada	Redistribución equitativa de odontólogos a nivel nacional
Descripción breve de la alternativa de intervención	Es necesaria la distribución equitativa de odontólogo u otro personal entrenado en salud oral.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Aún existe una brecha entre el campo y la ciudad, la mayoría de odontólogos están centralizados.

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.
---	--

Medio identificado: Adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de problemas bucodentales

Alternativa de intervención identificada	Suficiente personal de salud entrenado para el diagnóstico temprano de enfermedades de la cavidad oral
Descripción breve de la alternativa de intervención	Es necesaria la presencia de los odontólogos en todos los establecimientos de salud para una adecuada intervención.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Se han implementado medidas para contratar más odontólogos, pero la brecha presupuestaria sigue siendo una limitante.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Alternativa de intervención identificada	Adecuados tratamientos disponibles
Descripción breve de la alternativa de intervención	La disponibilidad de tratamientos favorece el acceso a los servicios de salud.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	El Ministerio de Salud mediante la Dirección de Salud Bucal está contribuyendo a la distribución de mayor cantidad de tratamientos odontológicos, aunque aún siguen siendo insuficientes.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Martin AB, Seibt C, Neves M. Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. Rev Odontol UNESP. 2016; 45(6): 344-350.

Alternativa de intervención identificada	Adecuadas intervenciones preventivas (educativas, motivaciones, consejería)
Descripción breve de la alternativa de intervención	Las acciones preventivas son la base para lograr cambios en los malos hábitos de higiene oral.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Esta estrategia se viene implementando en todos los niveles de atención.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Azevedo, Marina Sousa; Romano, Ana Regina; Correa, Marcos Britto; Santos, Iná da Silva dos; Cenci, Maximiliano Sérgio. Evaluation of a feasible educational intervention in preventing early childhood caries. Brazilian Oral Research, 2015; 29(1): 1–8

Alternativa de intervención identificada	Adecuadas técnicas de rehabilitación oral
Descripción breve de la alternativa de intervención	La rehabilitación oral es clave para prevenir la discapacidad por enfermedades de la cavidad oral, una de ellas es la prótesis dental.
Identifique si esta intervención ya viene siendo ejecutada	Existe una Plan de intervención para colocar prótesis dentales a los adultos mayores afiliados al SIS.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Agudelo-Suarez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinoza-Herrera É, Posada-López A y col. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 181-199.

Para comparar alternativas, se emplearán como criterios: (i) las evidencias de la efectividad y eficiencia de las alternativas (se privilegia la efectividad), (ii) la viabilidad (política, financiera, social, cultural, etc.) de implementar dichas alternativas.

DAÑOS NO TRASMISIBLES**Tabla N° 08.b****ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN**

Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ENT (obesidad, DM, HTA y dislipidemias)

Alternativa de intervención 1:

Alternativa intervención identificada	de	Revisión de procedimientos diagnóstico de sobrepeso y obesidad
Descripción breve de la alternativa		Implementación de dispositivos automáticos de apoyo al diagnóstico relacionado con obesidad (p.e, indicador gráfico computarizado de IMC). Revisión y actualización de criterios (p.e., puntos de corte de IMC, uso de perímetro abdominal, relación cintura-cadera) para el diagnóstico de sobrepeso, obesidad y adiposidad, según edad y sexo.
Esta intervención ya está siendo ejecutada		No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 2:

Alternativa intervención identificada	de	Incorporación del examen de HbA1c en el diagnóstico de DM
Descripción breve de la alternativa		Incorporación del examen de HbA1c como prueba diagnóstica de DM en adultos (no en niños o adolescentes), en especial en zonas remotas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada		No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 3:

Alternativa de intervención identificada	de	Implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico de HTA
Descripción breve de la alternativa		Implementación de un algoritmo diagnóstico que incorpora el uso de dispositivos electrónicos digitales validados y control de PA ambulatorio (de preferencia) o en el hogar, para confirmar el diagnóstico de HTA.
Esta intervención ya está siendo ejecutada		No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 4:

Alternativa de intervención identificada	de	Tamizaje de sobrepeso y obesidad.
Descripción breve de la alternativa		Valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, relación cintura-cadera (RCC)
Esta intervención ya está siendo ejecutada		Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención identificada	de	Tamizaje de diabetes mellitus
Descripción breve de la alternativa		Diversos estudios demuestran que el empleo de estrategias de múltiples pasos, aumenta la tasa de participantes en los tamizajes y disminuye el número de tamizajes requerido para obtener diagnóstico final. Con base en ellos, el tamizaje podría realizarse en dos etapas, comenzando con la selección de personas con mayor riesgo y luego con HbA1c (no requiere ayuno y es la más aceptable) [31, 33].
Esta intervención ya está siendo ejecutada		Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Las revisiones sistemáticas disponibles no muestran suficiente evidencia que confirmen un efecto beneficioso del tamizaje de DM (en mortalidad CV o total, estado de salud autoreportado) [30, 31, 32, 33]. Sin embargo, un estudio que abordó modelos económicos

	encontraron que el tamizaje de DM puede ser costo-efectivo (sobre todo en la franja de 40-70 años) [33] y el USPSTF [34] lo recomienda en la evaluación de riesgo CV en adultos 40-70 años con sobrepeso u obesidad, debiéndose ofrecer o referir a asesoría conductual intensiva a los que resultaran con glucosa anormal (Recomendación B). Si bien existe creciente evidencia sobre los beneficios de la detección temprana de DM, la justificación de una política de tamizaje poblacional universal sigue siendo limitada en el momento actual.
--	--

Alternativa de intervención identificada	de	Tamizaje de hipertensión
Descripción breve de la alternativa		La evidencia sugiere la medición ambulatoria tanto en el tamizaje y como método de referencia estándar para confirmar resultados elevados en él [36].
Esta intervención ya está siendo ejecutada		Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención identificada	de	Tamizaje de dislipidemias
Descripción breve de la alternativa		Valoración de perfil lipídico (colesterol y triglicéridos).
Esta intervención ya está siendo ejecutada		Sí
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Ver narrativo de evidencia

Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el tratamiento y control de las ENT (obesidad, DM, HTA y dislipidemias)

Tratamiento y control de la obesidad

Alternativa de intervención 1:

Alternativa de intervención identificada	de	Cirugía bariátrica
Descripción breve de la alternativa		Incluye una serie de técnicas y procedimientos quirúrgicos (p.e., banda gástrica ajustable laparoscópica [BGAL], bypass gástrico

	laparoscópico en Y de Roux) y otros menos invasivos (balón Intragástrico, inyección intragástrica de toxina botulínica)
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 2:

Alternativa de intervención identificada	de Tratamiento farmacológico
Descripción breve de la alternativa	Consiste en la prescripción de medicamentos aprobados para su uso a largo plazo en obesidad (fentermina-topiramato, sibutramina, liraglutida, naltrexona de bupropión, Lorcaserin, orlistat, metformina)
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 3:

Alternativa de intervención identificada	de Intervenciones basadas en cambio de comportamiento
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones en el estilo de vida para prevenir y tratar la obesidad incluyen dieta, ejercicio e intervenciones psicológicas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 4:

Alternativa de intervención identificada	de Tratamientos alternativos o complementarios
Descripción breve de la alternativa	Consiste en el uso de acupuntura o medicina herbolaria en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 5:

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones basadas en tecnología (TIC)
Descripción breve de la alternativa	Se trata de intervenciones basadas en Web, email, mensajes de texto, aplicaciones móviles, programas de computador, podcasts y asistentes digitales personales.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 6:

Alternativa de intervención identificada	Mantenimiento de pérdida de peso
Descripción breve de la alternativa	Combina intervención farmacológica y conductual.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Tratamiento y control de HTA**Alternativa de intervención 1:**

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento farmacológico
Descripción breve de la alternativa	Consiste en la prescripción de medicamentos aprobados para su uso a largo plazo en HTA (diuréticos, inhibidores ACE, bloqueadores receptor angiotensina II, bloqueadores canales de calcio, β -bloqueadores)

Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Diversas revisiones sistemáticas y meta-análisis muestran que la disminución de la PA –especialmente la PAS, por debajo de 140 mmHg– reduce de manera significativa los riesgos CV independientemente del fármaco utilizado, en todos los grados de HT (con alguna reducción adicional del riesgo de ACV, con valores de PAS <130 mmHg), incluso en pacientes con HTA y DM. El RR de ACV puede reducir a 0.33 [0.11-0.98], de evento coronario 0.68 [0.48-0.95] y muerte 0.53 [0.35-0.80]). La reducción del riesgo absoluto es mayor cuanto más alto es el nivel de riesgo CV, pero un mayor nivel de riesgo se asocia con un riesgo residual absoluto más alto, independientemente de la edad. Por tanto, si bien reservar el tratamiento antiHT para los pacientes de alto riesgo maximiza la relación costo-beneficio, el tratamiento a pacientes HT de bajo-moderado riesgo puede reducir el creciente número de fracasos que se presenta cuando se inicia con riesgo más alto. Los meta-análisis apoyan el tratamiento antiHT incluso en HTA grado 1 en pacientes con riesgo bajo-moderado y la reducción de la PA a <140/90 mmHg [82-101]

Alternativa de intervención 2:

Alternativa de intervención identificada	de	Intervenciones basadas en cambio de comportamiento
Descripción breve de la alternativa		Estas intervenciones deben incluir ejercicios (sobre todo, aeróbicos, de resistencia dinámica e isométrica); dietas (baja en sodio, rica en potasio, baja en calorías) que incluya probióticos, linaza, ajo, té amargo, aceite de pescado y berberina, así como suplemento de Calcio y L-arginina. La práctica de yoga e intervenciones basadas en música se perfilan como prácticas prometedoras, pero requieren mayores estudios.
Esta intervención ya está siendo ejecutada		Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Diversas meta-análisis encontraron que el ejercicio físico se asoció con reducción de PAS/PAD de 1.8-10.9 y 2.5-7.47 mm Hg dependiendo del tipo de ejercicio. Las reducciones PA con ejercicios de resistencia fueron mayores en hipertensos, mientras con ejercicios de resistencia dinámica fueron mayores en prehipertensos [102-105]. Respecto a intervenciones dietarias, las dietas baja en sodio; baja en sodio y rica en potasio; baja en sodio y baja en calorías; y baja en calorías produjeron reducciones significativas de PAS y PAD [106-108]. La dieta del Dietary Approaches to Stop Hypertension tuvo un alto efecto neto [106]. Pacientes con HTA pueden beneficiarse de una mayor ingesta de potasio junto con ingesta controlada o reducida de sodio. También se encontró que el consumo de probióticos, linaza, ajo, té amargo, aceite de pescado y berberina, así como el suplemento de Calcio y L-arginina está asociado a reducción de la PAS y PAD, sobre todo en hipertensos [109-119]. Por otro lado, varias revisiones sistemáticas sugieren que el yoga es un complemento

	eficaz, sin embargo, la gran heterogeneidad de prácticas y la variable calidad de la investigación hace que sea difícil recomendarla [120-124]. De igual modo, un meta-análisis reveló una tendencia hacia la disminución de PA en pacientes HT que recibieron intervenciones de música, pero no pudo establecer una relación de causa-efecto entre ellas [125].
--	--

Alternativa de intervención 3:

Alternativa de intervención identificada	de	Tratamientos alternativos o complementarios
Descripción breve de la alternativa		Consiste en el uso de medicina herbal china o acupuntura.
Esta intervención ya está siendo ejecutada		No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa		Varias revisiones sistemáticas y meta-análisis sugieren que, si bien en monoterapia la medicina herbal china (MC) tiene un efecto limitado para HT, combinada con farmacoterapia, que tiene efecto antiHT favorable, estabilizando la variabilidad de la PA y mejorando la calidad de vida de los pacientes [126-129]. Igual comportamiento se evidencia con relación a acupuntura: se encontró que acupuntura combinada con medicación tuvo eficacia mayor a medicación (OR=4.19). En cambio, sola no mostró efecto significativo (no obstante, la mayoría de ECA tuvieron un riesgo de sesgo incierto respecto al ocultamiento de la asignación, cegamiento, datos incompletos de los resultados e informe selectivo).

Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el tratamiento y control de las ENT (obesidad, DM, HTA y dislipidemias)

Tratamiento y control de la obesidad**Alternativa de intervención 1:**

Alternativa de intervención identificada	Cirugía bariátrica
Descripción breve de la alternativa	Incluye una serie de técnicas y procedimientos quirúrgicos (p.e., banda gástrica ajustable laparoscópica [BGAL], bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux) y otros menos invasivos (balón Intragástrico, inyección intragástrica de toxina botulínica)
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 2:

Alternativa de intervención identificada	Tratamiento farmacológico
Descripción breve de la alternativa	Consiste en la prescripción de medicamentos aprobados para su uso a largo plazo en obesidad (fentermina-topiramato, sibutramina, liraglutida, naltrexona de bupropión, Lorcaserin, orlistat, metformina)
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 3:

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones basadas en cambio de comportamiento
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones en el estilo de vida para prevenir y tratar la obesidad incluyen dieta, ejercicio e intervenciones psicológicas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 4:

Alternativa de intervención identificada	Tratamientos alternativos o complementarios
Descripción breve de la alternativa	Consiste en el uso de acupuntura o medicina herbolaria en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 5:

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones basadas en tecnología (TIC)
Descripción breve de la alternativa	Se trata de intervenciones basadas en Web, email, mensajes de texto, aplicaciones móviles, programas de computador, podcasts y asistentes digitales personales.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

Alternativa de intervención 6:

Alternativa de intervención identificada	Mantenimiento de pérdida de peso
Descripción breve de la alternativa	Combina intervención farmacológica y conductual.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Ver narrativo de evidencia

PROMOCIÓN DE LA SALUD**Medios Indirectos****Tabla N° 08.b****Análisis de las alternativas de intervención****MEDIOS DIRECTOS:**

Alternativa de intervención identificada	Desarrollo de programas de prevención de obesidad en escuelas
Descripción breve de la alternativa	El desarrollo del programa consiste en promover las prácticas y entornos saludables en la población de escolares. Las actividades se desarrollan mediante sesiones educativas dirigidas por los nutricionistas a los escolares y padres de familia así como el expendio de alimentos saludables en los kioscos.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Implementación de Kioscos escolares saludables
Descripción breve de la alternativa	En un sector del colegio se construyó un espacio saludable, definido como un lugar del colegio que potenciara estilos de vida saludables a través del fomento de la recreación, la venta de alimentos saludables y la implementación de diversas estrategias educativas que modificaran o fortalecieran conductas saludables en los escolares. El espacio saludable estaba constituido por un kiosco, rodeado de mesas, sillas y diversos juegos, con diseños y colores llamativos. El kiosco fue construido según lo establecido en el Reglamento Sanitario de los Alimentos y fue diseñado de tal manera de favorecer la visibilidad de los alimentos expendidos dispuestos en vitrinas refrigeradas y repisas al interior de kiosco
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	La actividad física y una dieta saludable en el entorno escolar tienen efectos positivos en pérdida de peso
Descripción breve de la alternativa	La presencia de componentes de modificación del entorno para convertirlo en más saludable, en intervenciones que combinaron actividad física y la promoción de una buena nutrición, resultaron también en pérdida de peso.
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones para prevenir la obesidad infantil
Descripción breve de la alternativa	<p>Existencia de estrategias y políticas recomendadas para prevenir la obesidad infantil :</p> <p>Currículo escolar que incluya alimentación saludable, actividad física e imagen corporal, aumentando las sesiones de actividad física y el desarrollo de habilidades de movimiento fundamentales durante la semana escolar, mejoras en la calidad de alimentos en las escuelas</p> <p>Entornos y prácticas culturales que apoyen que los niños consuman alimentos saludables y sean activos durante cada día</p> <p>Apoyo a los profesores y otro personal para implementar estrategias de promoción a la salud y actividades (ejemplo: desarrollo profesional, actividades que construyan capacidades).</p>

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones para prevenir la obesidad infantil
	Apoyo de los padres de familia y actividades en casa que motiven a los niños a ser más activos, comer alimentos más nutritivos y pasar menos tiempo en actividades sedentarias
Identifique si viene siendo ejecutada	Sí.
Evidencia que justifique la efectividad	C.1

SALUD OCULAR

Medios directos

Tabla N° 08.c

Análisis de alternativas de Intervención

Descripción del medio		Describa brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	CONEI de las IIEE promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.	2,8,22	X	01-n	01-n	X
2	Docentes de instituciones educativas capacitados en promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.	2,8,22	X	01-n	01-n	X
3	Asociación de padres de familia (APAFAS) promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos	2,8,22	X	01-n	01-n	X

Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	saludables para la promoción de la Salud Ocular.					
4	Familias promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.	2,8,22	X	01-n	01-n	X
5	Comunidades promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.	2,8,22	X	01-n	01-n	X
6	Municipios promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.	2,8,22	X	01-n	01-n	X
7	Comunicadores y periodistas informados sobre el cuidado integral de la Salud Ocular	3-22	X	01-n	01-n	X
8	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios masivos de comunicación.	3-22	X	01-n	01-n	X
9	Población informada en prevención y control en	3-22	X	01-n	01-n	X

Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	Enfermedades Oculares a través de medios alternativos de comunicación.					
10	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad – R.O.P en segundo y tercer nivel de atención	4	X	01	01	X
11	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para R.O.P	5	X	01	01	X
12	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con R.O.P		X		01	X
13	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años	7	X	01	01	X
14	Diagnóstico de Ambliopía	13	X	01	01	X
15	Tratamiento de errores refractivos	8-9	X	01	01	X
16	Control de errores refractivos (adherencia al tratamiento)		X		01	X
17	Tratamiento – terapia de estimulación visual en Ambliopía.	8-9	X	01	01	X
18	Tamizaje y diagnóstico de catarata mediante examen de	10	X	01	01	X

Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	agudeza visual en primer y segundo nivel de atención.					
19	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para catarata. (Extracapsular o Faco Emulsificación)	11-12	X	01	01	X
20	Control post operatorio de catarata (al día siguiente - a la semana - al mes y a los dos meses)		X		01	X
21	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)		X		01	X
22	Tamizaje y diagnóstico de glaucoma en personas de 40 años a más	17	X	01	01	X
23	Tratamiento de personas con glaucoma	18	X		01	X
24	Control de personas con glaucoma		X		01	X
25	Detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética (RD)	14	X	01	01	X

Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
26	Tratamiento de retinopatía diabética (RD)	15	X		01	X
27	Control de pacientes con retinopatía diabética (RD)		X		01	X
28	Detección y diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	20	X	01	01	X
29	Tratamiento y control de Enfermedades Externas del Ojo		X	01	01	X
30	Sistemas de Referencia - Red Integral de Salud Ocular Nacional.	3-20	X	01	01	X
31	Consejería para la detección oportuna y control de las patologías oculares priorizadas.		X	01	01	X
32	Diagnóstico especializado de personas con Baja Visión.	11,14,17,21, 23,26,29	X	01	01	X
33	Tratamiento con ayudas – terapia de estimulación visual y rehabilitación visual para personas con Baja Visión.	31, 34	X	01	01	X
34	Control de personas con Baja Visión.		X	01	01	X

Medios indirectos

Tabla N° 08.c

Análisis de alternativas de Intervención

Descripción del medio		Describe brevemente el medio del Árbol 2				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Elaboración de Documentos Técnicos Normativos para la atención de las principales patologías que generan discapacidad visual y ceguera.	2,3,4,5	X	01	01	X
2	Difusión de Documentos Técnicos Normativos en salud ocular.	2,3	X	01	01	X
3	Capacitación del Personal para la atención integral en Salud Ocular.	2,3	X	01	01	X
4	Investigación en Salud Ocular		X	01	01	X
5	Análisis de Situación de Salud Ocular		X	01	01	X
6	Supervisión de intervenciones sanitarias de Salud Ocular	7,8	X	01	01	X
7	Monitoreo de intervenciones sanitarias de Salud Ocular	6,8	X	01	01	X
8	Evaluación de intervenciones sanitarias de Salud Ocular	6,7	X	01	01	X

SALUD BUCAL

Para comparar alternativas, se emplearán como criterios: (i) las evidencias de la efectividad y eficiencia de las alternativas (se privilegia la efectividad), (ii) la viabilidad (política, financiera, social, cultural, etc.) de implementar dichas alternativas.

Tabla N° 08.c**Análisis de alternativas de Intervención**

Descripción del medio		Comportamientos adecuados de salud bucal				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Cepillado de dientes de forma adecuada y frecuente	2,3	X	1	1	X
2	Control odontológico como mínimo cada seis meses	1,3	X	2	2	X
3	Ingesta de azúcares controlada	1,2	X	3	3	X
4	Uso de enjuagues bucales con flúor	1,3	X	2	2	X

Descripción del medio		Adecuadas condiciones socioculturales				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Mejor el nivel educativo	2,3	X	1	1	X
2	Ingresos económicos suficientes	1,3	X	2	2	X
3	Acceso libre a servicio de agua.	1,2	X	3	3	X

Descripción del medio		Adecuadas condiciones medioambientales				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Control adecuado de las condiciones crónicas	2,3	X	1	1	X
2	Adecuado estado nutricional	1,3	X	2	2	X

Descripción del medio		Eficiente uso de los servicios de salud				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Adecuada infraestructura	2,3	X	1	1	X
2	Cantidad suficiente de equipos y materiales odontológicos	1,3	X	2	2	X

Descripción del medio		Recurso humano especializado				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Suficiente odontólogos especialistas	2,3	X	1	1	X
2	Redistribución equitativa de odontólogos a nivel nacional	1,3	X	2	2	X

Descripción del medio		Adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de problemas bucodentales				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
1	Suficiente personal de salud entrenado para el diagnóstico temprano de	2,3	X	1	1	X

Descripción del medio		Adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de problemas bucodentales				
ID	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	enfermedades de la cavidad oral					
2	Adecuados tratamientos disponibles	1,3	X	2	2	X
3	Adecuadas intervenciones preventivas (educativas, motivaciones, consejería)	1,2	X	3	3	X
4	Adecuadas técnicas de rehabilitación oral	1,3	X	2	2	X

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Tabla N° 08.c

Análisis de alternativas de Intervención

Descripción del medio		Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ECV, EM y sus complicaciones				
N	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
		En caso corresponda se debe señalar el ID de todas las alternativas con las cuales tiene complementariedad para viabilizar el medio	Indicar (X) si la alternativa es viable.	A partir de la evidencia disponible clasificar a las alternativas de más (01) a menos eficiente (n)	A partir de la evidencia disponible clasificar a las alternativas de más (01) a menos efectiva (n)	Indicar (X) si la alternativa ha sido seleccionada
1.	Revisión de procedimientos diagnóstico de sobrepeso y obesidad		X			X
2.	Incorporación del examen de HbA1c en el		X			X

Descripción del medio		Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ECV, EM y sus complicaciones				
N	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	diagnóstico de DM					
3.	Implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico de HTA		X			X
4.	Tamizaje de obesidad, DM, HTA, dislipidemias (en suspenso)		X			X
5.	Tratamiento de obesidad: Cirugía bariátrica	No	X	01	01	X
6.	Tratamiento de obesidad: basado en fármacos	No	X	02	02	X
7.	Tratamiento de obesidad: basado en cambio de comportamiento	No	X	N.E.	03	X
8.	Tratamiento de obesidad: medios alternativos o complementarios	No	X	N.E.	07	
9.	Tratamiento de obesidad: basado en uso de tecnología (TIC)	No	X	N.E.	08	
10	Tratamiento de obesidad: para el mantenimiento de pérdida de peso	No	X	N.E.	04	X

Descripción del medio		Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ECV, EM y sus complicaciones				
N	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
11	Intervención multicomponente en escuelas para promover cambios en hábitos alimentarios y actividad física de escolares	No	X	N.E.	01	X
12	Programa de caminatas en adultos	No	X	N.E.	02	X
13	Programa de promoción de actividad física en el lugar de trabajo	Sí	X	N.E.	03	X
14	Consejería y/o educación para promover hábitos (de alimentación) en adultos	No	X	N.E.	04 (ha demostrado ser efectiva para modificar hábitos en dieta)	X
15	Intervención multicomponente basada en comunidad para modificar hábitos y estilos de vida de población	No	X	01	07	
16	Educación dirigida a padres para mejorar patrones alimentarios de sus hijos (menores de 18 años)	No	X	N.E.	08	
17	Consejería y/o educación a las madres para promover	PAN	X	N.C.	N.C.	N.C.

Descripción del medio		Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ECV, EM y sus complicaciones				
N	Alternativa	Complementaria con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa seleccionada
	alimentación infantil adecuada					
18	Intervenciones comunicacionales para promover cambios en estilos de vida (hábitos de alimentación y actividad física)					

3.4 TRANSICIÓN DE LAS ALTERNATIVAS AL PRODUCTO

SALUD OCULAR

Tabla N° 09

Transición de las alternativas al producto

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
1	Intervenciones para incrementar el conocimiento de la población en general sobre el cuidado integral de la salud ocular	1	CONEI de las IIEE promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.		Instituciones educativas promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para el cuidado integral de la salud ocular.
		2	Docentes de instituciones educativas capacitados en promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.		
		3	Asociación de padres de familia (APAFAS) promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
			la promoción de la Salud Ocular.		
		4	Familias promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.		Familias promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para el cuidado integral de la salud ocular.
		5	Comunidades promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.		Municipio promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para el cuidado integral de la salud ocular.
		6	Municipios promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para la promoción de la Salud Ocular.		
		7	Comunicadores y periodistas informados sobre el cuidado integral de la Salud Ocular		
		8	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios masivos de comunicación.		Población informada y sensibilizada en el cuidado integral de la Salud Ocular.
		9	Población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares a través de medios alternativos de comunicación.		
2	Intervenciones para mejorar el acceso a la atención oportuna de	1	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
	patologías oculares	2	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.		
		3	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención.		
		4	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención.		
		5	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención.		
		6	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad. (laser, antiangiogénicos, combinado, Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación)	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
		7	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.		
		8	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones (error refractivo, nistagmus, estrabismo, glaucoma, catarata y baja visión)		
		9	Diagnóstico, Tratamiento quirúrgico y Control especializado para recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad mediante oferta móvil.		
		10	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.	3000013	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos.

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		11	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.		
		12	Referencia de niños con Errores Refractivos.		
		13	Diagnóstico de Errores Refractivos.		
		14	Diagnóstico de Ambliopía		
		15	Tratamiento de Errores Refractivos		
		16	Control de niños con Errores Refractivos		
		17	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para niños con Errores Refractivos.	3000014	Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos
		18	Tratamiento de Ambliopía		
		19	Terapia de estimulación visual en Ambliopía		
		20	Tamizaje de agudeza visual en personas de 50 años a más.		
		21	Evaluación de catarata.		
		22	Consejería para detección oportuna y control de catarata.	3000011	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas.
		23	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención.		
		24	Diagnóstico de ceguera por catarata.		
		25	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para catarata. (Extracapsular o Faco Emulsificación)	3000012	Tratamiento y control de pacientes con cataratas

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		26	Control post operatorio de catarata (al día siguiente - a la semana – al mes y a los dos meses)		
		27	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)		
		28	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma
		29	Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención		
		30	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma		
		31	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención		
		32	Diagnóstico de Glaucoma.		
		33	Tratamiento de Glaucoma.	3000814	Tratamiento y control de personas con Glaucoma
		34	Control de pacientes con glaucoma.		
		35	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
		36	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética		
		37	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.		
		38	Referencia para diagnóstico y tratamiento		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
			de Retinopatía Diabética (RD) en el primer nivel de atención		
		39	Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD)		
		40	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina		
		41	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina		
		42	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser		
		43	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos		
		44	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía		
		45	Control de personas con Retinopatía Diabética		
		46	Detección de personas con Enfermedades Externas del Ojo		
		47	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo		
		48	Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
		49	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.		
		50	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		51	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo		
		52	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado		
		53	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea		
		54	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con transplante de cornea		
		55	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo		
		56	Diagnóstico de Baja Visión		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
		57	Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión		
		58	Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión		
		59	Tratamiento con Ayudas en Baja Visión		
		60	Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión		
		61	Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión		
		62	Capacitación en Interacción con una persona con baja visión		
		63	Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión		
		64	Control de personas con Baja Visión		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
3	Intervenciones para mejorar la Gestión del Programa Presupuestal de Salud Ocular	1	Elaboración de Documentos Técnicos Normativos para la atención de las principales patologías que generan discapacidad visual y ceguera.		Regulación de las Intervenciones Sanitarias del Programa Presupuestal ENT - ESN Salud Ocular.
		2	Difusión de Documentos Técnicos Normativos en salud ocular.		
		3	Capacitación del Personal para la atención integral en Salud Ocular.		
		4	Investigación en Salud Ocular		Generación de Evidencias en el marco Programa Presupuestal ENT - ESN Salud Ocular
		5	Análisis de Situación de Salud Ocular		
		6	Supervisión de intervenciones sanitarias de Salud Ocular		Acciones de Control del Programa Presupuestal ENT - ESN Salud Ocular
		7	Monitoreo de intervenciones sanitarias de Salud Ocular		
		8	Evaluación de intervenciones sanitarias de Salud Ocular		

SALUD BUCAL

Tabla N° 09

Transición de las alternativas al producto

Medios fundamentales		Intervenciones seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Comportamientos adecuados de salud bucal	1.1	Cepillado de dientes de forma adecuada y frecuente	1	Atención estomatológica preventiva
		1.2	Control odontológico como mínimo cada seis meses		
		1.3	Ingesta de azúcares controlada		
		1.4	Uso de enjuagues bucales con flúor		
2	Adecuadas condiciones socioculturales	2.1	Mejor el nivel educativo		
		2.2	Ingresos económicos suficientes		
		2.3	Acceso libre a servicio de agua.		
3	Adecuadas condiciones medioambientales	3.1	Control adecuado de las condiciones crónicas		
		3.2	Adecuado estado nutricional		
		3.3			
4	Eficiente uso de los servicios de salud	4.1	Adecuada infraestructura	2,3	Atención estomatológica recuperativa
		4.2	Cantidad suficiente de equipos y materiales odontológicos		
5	Recurso humano especializado	5.1	Suficiente odontólogos especialistas		
		5.2	Redistribución equitativa de odontólogos a nivel nacional		
6	Adecuado diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de	6.1	Suficiente personal de salud entrenado para el diagnóstico temprano de		

Medios fundamentales		Intervenciones seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
	problemas bucodentales		enfermedades de la cavidad oral		Atención estomatológica especializada
		6.2	Adecuados tratamientos disponibles		
		6.3	Adecuadas intervenciones preventivas (educativas, motivaciones, consejería)		
		6.4	Adecuadas técnicas de rehabilitación oral		

Descripción de los Productos y actividades

Denominación del producto	Atención Estomatológica Preventiva
Actividad 1	Atención estomatológica preventiva básica

Denominación del producto	Atención estomatológica recuperativa
Actividad 1	Atención estomatológica recuperativa básica

Denominación del producto	Atención estomatológica especializada
Actividad 1	Atención estomatológica especializada básica

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Tabla N° 09

Transición de las alternativas al producto

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Incremento de la cobertura y calidad de los servicios para el diagnóstico de las ECV, EM y sus complicaciones	1.1	Diagnóstico de sobrepeso y obesidad: Revisión de procedimientos		Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles
		1.2	Incorporación del examen de HbA1c en el diagnóstico de DM		
		1.3	Implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico de HTA		
		1.4	Tamizaje de sobrepeso y obesidad		
		1.5	Tamizaje de DM		
		1.6	Tamizaje de HTA		
		1.7	Tamizaje de dislipidemias		
2	Tratamiento y control de la obesidad	2.1	Tratamiento de obesidad: Cirugía bariátrica		Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de obesidad
		2.2	Tratamiento de obesidad: basado en fármacos		
		2.3	Tratamiento de obesidad: basado en cambio de comportamiento		
		2.4	Tratamiento de obesidad: medios alternativos o complementarios		
		2.5	Tratamiento de obesidad: basado en uso de tecnología (TIC)		
		2.6	Tratamiento de obesidad: para el mantenimiento de pérdida de peso		
3	Tratamiento y control de HTA	3.1	Tratamiento farmacológico		Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial
		3.2	Intervenciones basadas en cambio de comportamiento		
		3.3	Tratamientos alternativos o complementarios		
4	Tratamiento y control de DM	4.1	Tratamiento farmacológico		Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes
		4.2	Intervenciones basadas en cambio de comportamiento		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		43	Tratamientos alternativos o complementarios		
5	Promover hábitos y estilos de vida saludables (alimentos, actividad física, tiempo de sueño, no consumo de tabaco, lactancia materna)	5.1	Consejería y/o educación a las madres para promover alimentación infantil adecuada		Promoción de la salud
		5.2	Intervención multicomponente en escuelas para promover cambios en hábitos alimentarios y actividad física de escolares		
		5.3	Educación dirigida a padres para mejorar patrones alimentarios de sus hijos (menores de 18 años)		
		5.4	Intervención multicomponente basada en comunidad para modificar hábitos y estilos de vida de población		
		5.5	Consejería y/o educación para promover hábitos (de alimentación y actividad física) saludables en adultos		
		5.6	Programa de caminatas (actividad física) en adultos		
		5.7	Programa de promoción de actividad física en el lugar de trabajo		
		5.8	Intervenciones comunicacionales para promover cambios en estilos de vida (hábitos de alimentación y actividad física)		
6	Promover la accesibilidad y consumo de alimentos saludables en el hogar	6.1	Impuestos y subsidios a alimentos		
		6.2	Etiquetado nutricional de alimentos en tiendas y supermercados		
7	Migración y aculturación	7.1	Implementación de tiendas minoristas de productos saludables		
8	Mejorar condiciones del entorno (reducir y/o limitar el impacto del	8.1	Intervenciones para reducir el uso de autos y promover caminatas y uso de bicicletas		Promoción de la salud
		8.2	Intervenciones para la modificación de la dieta en lugares de trabajo		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
	ambiente obesogénico)	8.3	Promoción de consumo de frutas y verduras (F&V)		
		8.4	Intervenciones con estrategias ambientales para prevenir obesidad infantil.		

METALES PESADOS

Tabla N° 09

Transición de las alternativas al producto

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
1	Intervenciones para garantizar la evaluación integral de salud, exámenes y tratamiento de personas expuestas a metales pesados.	1.1	Evaluación Integral en el Primer de nivel de Atención a personas expuestas a metales pesados		Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados.
		1.2	Toma de muestras para dosaje de metales pesados, personas expuestas a fuentes contaminantes		
		1.3	Personas expuestas a metales pesados con prueba de laboratorio confirmado por el INS		
		1.4	Atención de salud a personas con valores de plomo de 1 a 9.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo I)		
		1.5	Atención de salud a personas con valores de plomo de 10 a 19.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo II)		
		1.6	Atención de salud a personas con valores de plomo de 20 a 44.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo III)		
		1.7	Atención de salud a personas con valores de plomo de 45 a 69.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo IV)		
		1.8	Atención de salud a personas con valores de plomo mayor de 70 ug/dl (Categoría de exposición al plomo V)		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
		1.9	Complicaciones de la administración del tratamiento quelante (CIE 10: Y57.2)		
		1.10	Complicaciones de la intoxicación por metales pesados (CIE10:T56.0)		
		1.11	Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo II.		
		1.12	Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo III.		
		1.13	Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo IV y V.		
		1.14	Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a arsénico		
		1.15	Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a arsénico		
		1.16	Atención de salud a personas con exposición crónica a arsénico		
		1.17	Tratamiento Quelante en la intoxicación por Arsénico		
		1.18	Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a mercurio		
		1.19	Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a mercurio		
		1.20	Atención de salud a personas con exposición crónica a mercurio		
		1.21	Tratamiento Quelante en la intoxicación por mercurio		
		1.22	Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a cadmio		

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
Nº	Denominación	Nº	Denominación	Nº	Denominación
		1.23	Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a cadmio		
		1.24	Atención de salud a personas con exposición crónica a cadmio		
		1.25	Tratamiento Quelante en la intoxicación por Cadmio		

Modelo Operacional del Producto

➤ ACCIONES COMUNES

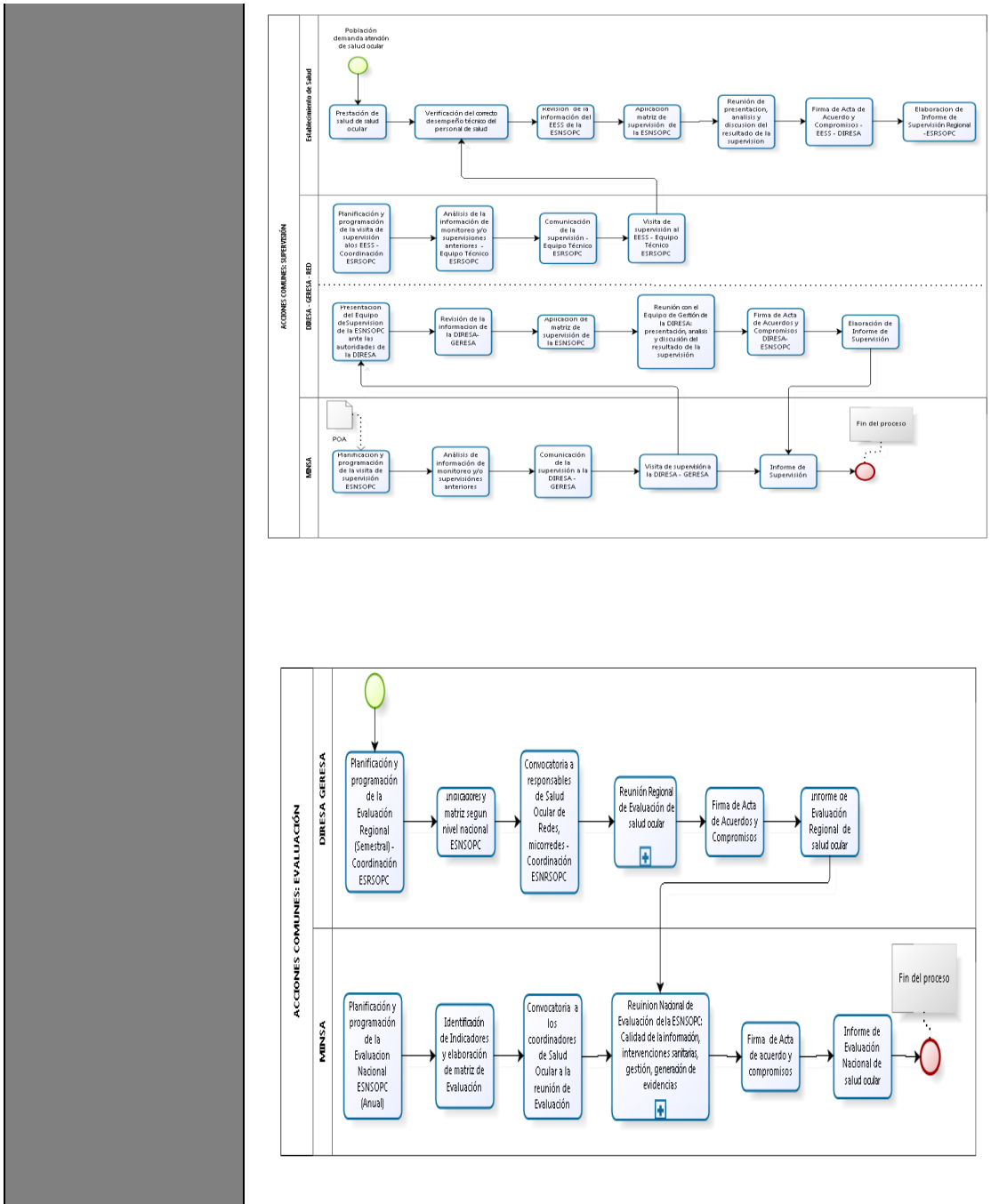
Tabla N° 10

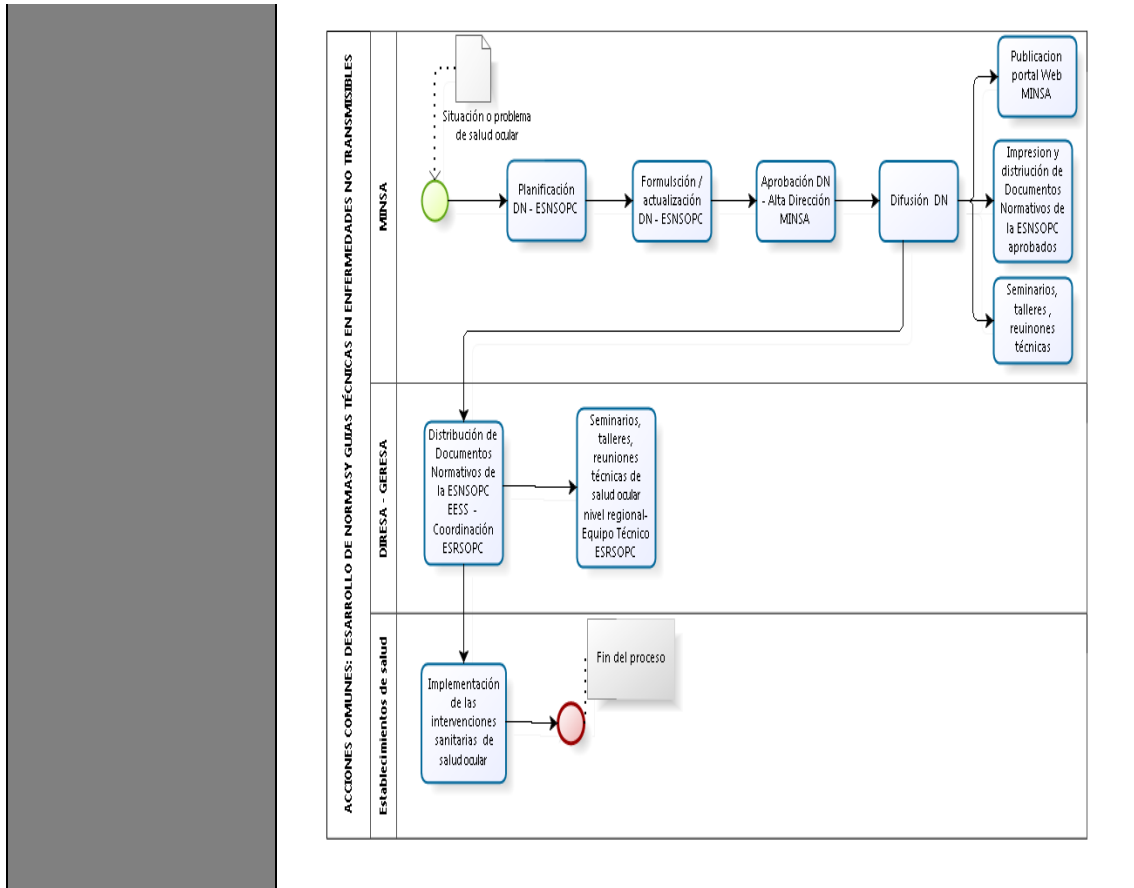
Modelo Operacional del Producto

Denominación del producto	3000001. ACCIONES COMUNES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Equipos Técnicos de Gestión y tomadores de decisión en el Programa Presupuestal de Enfermedades No Transmisibles.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud Dirección de Salud Bucal de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	MINSA/INS/SIS/DIRIS/DIRESA/GERESA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de Informes de Gestión del Programa.					

Indicadores de desempeño producto	de del Informe de evaluación de indicadores de desempeño de los productos del Programa de Enfermedades No Trasmisibles.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<p>Conjunto de procesos ejecutados de manera presencial y/o a distancia a través de telegestión según la normatividad vigente, orientados a gerenciar el Programa Presupuestal para el logro de los objetivos y resultados, implica impulsar la Rectoría a través de la función de fiscalización (acciones de control) y regulación (desarrollo de documentos normativos); incluye procesos desde la planificación hasta la evaluación del programa presupuestal.</p> <p>Es de responsabilidad de los Coordinadores Técnicos del Programa Presupuestal desarrollar un trabajo conjunto, integrado y articulado con los responsables que componen el programa presupuestal: Promoción de la Salud, Salud Ocular, Salud Bucal, Enfermedades no trasmisibles, Metales Pesados y Comunicaciones en cada nivel (Nacional y Regional); asimismo articular con las otras instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros).</p> <p>Los informes que se generan contienen como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño, estos informes son alcanzados al responsable técnico de Programa Presupuestal.</p> <p>Actividades establecidas:</p> <p>A. Monitoreo, supervisión, evaluación, y control de Enfermedades No Transmisibles (5004452)</p> <p>B. Desarrollo de normas y guías técnicas en enfermedades no transmisibles (5004453)</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. o Supervisión del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional priorizados. o Monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p><u>Nivel Regional.</u></p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> o Adecua, difunde e implementa el marco normativo del Ministerio de Salud, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de acciones de control. o Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y

	<p>consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones, distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. o Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos.
<p>3.Criterios de programación</p>	<p>Corresponde a la meta establecida de 02 informes (01 semestral y 01 anual) a presentar.</p>
<p>4.Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la meta física del subproducto (4398503) EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	<p>El diagrama de flujo de procesos se estructura en tres niveles de responsabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de Salud: Inicio con 'Atención de salud Salud Ocular', seguido de 'Generación de datos (registro y codificación según manual HIS de Salud Ocular)', 'Proceso de información (Digitación, verificación y consolidación de datos)', 'Control de calidad de la información', 'Análisis de la información' y 'Elaboración de Informe (mensual)'. DIBRESA - GERESA - RED: Recibe información para 'Control de calidad de información - Oficina de Estadística e Informática', realiza 'Análisis de la información - Equipo Técnico de la ERSOPC' y 'Elaboración de informe-Reporte de avance de metas físicas y financieras- Coordinación de la ERSOPC'. Incluye 'Visita de monitoreo (mensual)'. MINSA: Realiza 'Análisis de la información' y 'Elaboración de informe', culminando en 'Final del Proceso'. <p>Las acciones comunes de monitoreo conectan los niveles de información y análisis entre los diferentes actores.</p>





➤ SALUD OCULAR

Tabla N° 10

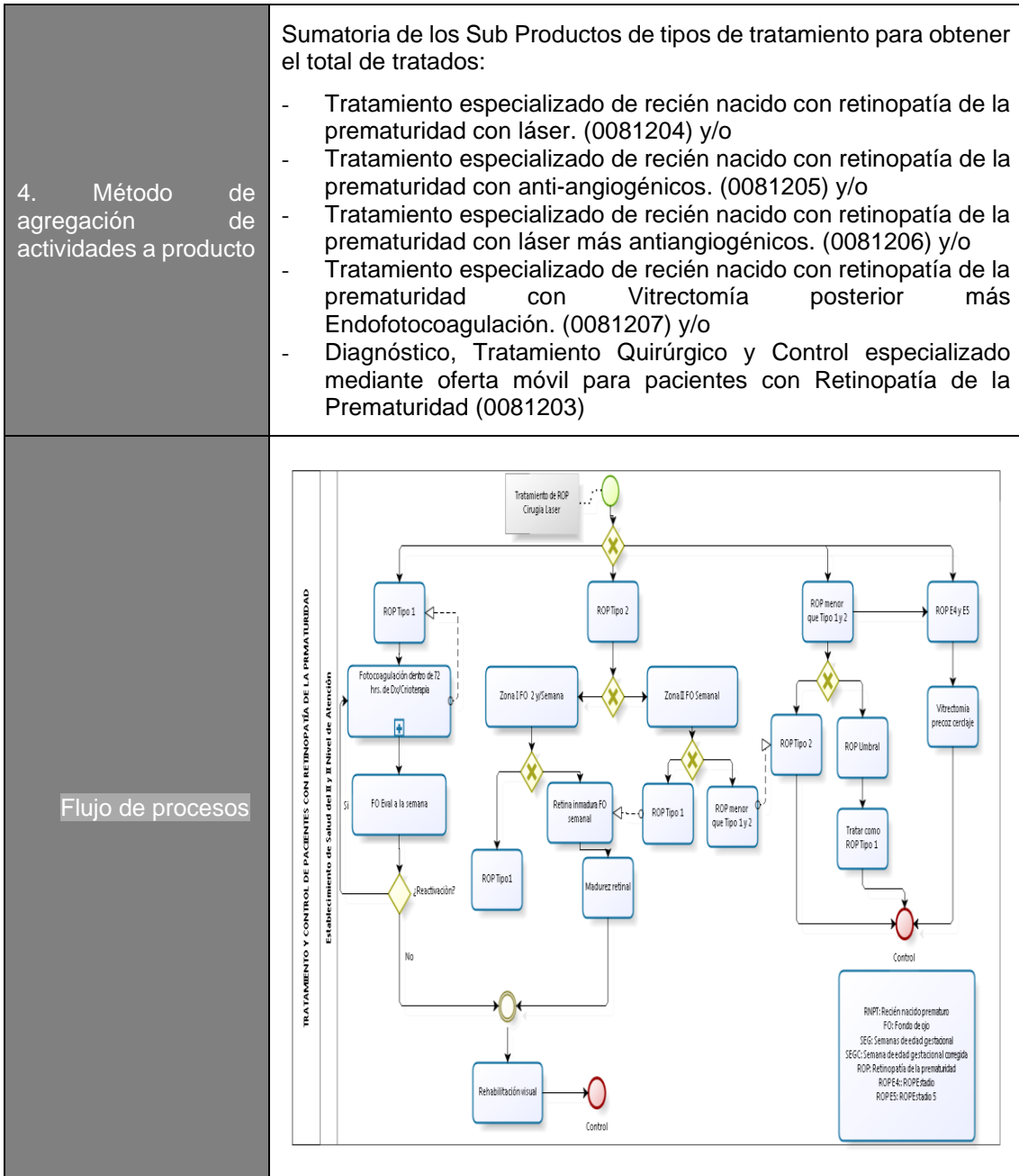
Modelo Operacional del Producto

Denominación del producto	3000011. TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (PERSONA TAMIZADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién nacido prematuros con factor de riesgo para retinopatía de la prematuridad					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS II y III nivel de Atención					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	<ul style="list-style-type: none"> Numero de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados con la finalidad de detectar precozmente ROP. 					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad sobre el número de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad tamizados Porcentaje de recién nacidos prematuros con tamizaje (seguimiento) de retinopatía de la prematuridad sobre el número de recién nacidos prematuros 					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a la identificación del recién nacido prematuro con factores de riesgo de desarrollar retinopatía de la prematuridad (Recién Nacido prematuro menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos y/o prematuro que requiere oxígeno), a fin de realizar la interconsulta a la especialidad de oftalmología para la determinación del diagnóstico oportuno de la Retinopatía de la Prematuridad – ROP (siglas en ingles de Retinopathy of Prematurity). Esta actividad se realiza en los hospitales del 2do y 3er nivel de atención y está a cargo del Médico Oftalmólogo capacitado en ROP. En los casos donde no se cuente con médico oftalmólogo capacitado en ROP, se realizará la referencial al Hospital que cuente con capacidad resolutive. Se brinda una vez al año.					

2.Organización para la entrega del producto	<p><u>Nivel Nacional</u></p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación.(CSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p><u>Nivel Regional.</u></p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención al recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad, tamizaje y diagnóstico, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
---	--

Denominación del producto	3000812: TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD (ROP) (PERSONA TRATADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién nacido prematuro con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS II y III nivel de Atención					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de recién nacidos prematuros con tratamiento y control de retinopatía de la prematuridad					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad que recibieron tratamiento sobre el número de recién nacidos con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar el tratamiento especializado (laser – antiangiogénicos – terapia mixta o Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación), atención de complicaciones y control post quirúrgico al recién nacido prematuro con diagnóstico definitivo de Retinopatía de la Prematuridad (ROP) de acuerdo a normatividad vigente.</p> <p>Esta actividad se realiza en los hospitales del 2do y 3er nivel de atención y está a cargo del Médico Oftalmólogo capacitado en ROP. En los casos donde no se cuente con médico oftalmólogo capacitado en ROP, se realizará la referencia al Hospital que cuente con capacidad resolutive. Se brinda una vez al año.</p>					
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. 					

	<p><u>Nivel Regional.</u></p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención al recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad, tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde a la sumatoria de meta establecida en:</p> <p>La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas de los subproductos de tratamiento programados: láser (0081204) y/o anti-angiogénicos (0081205) y/o láser más antiangiogénicos (0081206) y/o Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación (0081207) y/o oferta móvil (0081203), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>



Denominación del producto	3000013: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS. (PERSONA TAMIZADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños de 3 a 11 años.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS del 1er nivel (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	<ul style="list-style-type: none"> Número de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud. 					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> Porcentajes de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos no corregidos sobre el número de niños de 3 a 11 años tamizados. Porcentaje de niños de 3 a 11 años con determinación de agudeza visual realizada por personal de salud sobre el número de niños de 3 a 11 años programados. 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar errores refractivos no corregidos en niños de 3 a 11 años de edad, una vez identificado un niño con disminución de la agudeza visual es evaluado por el médico capacitado, quien determina un diagnóstico presuntivo y refiere al nivel inmediato superior que cuente con médico oftalmólogo, con la finalidad de realizar la confirmación diagnóstica del tipo de error refractivo a través del examen de refracción, de acuerdo a normatividad vigente. Esta actividad es realizada una vez al año, tanto el tamizaje por personal de salud capacitado, como el diagnóstico por médico oftalmólogo. Se brinda en los establecimientos de salud del 1er nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1) según capacidad resolutive.					
2. Organización para la entrega del producto	En el gobierno nacional MINSA: <ul style="list-style-type: none"> Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) 					

Denominación del producto	3000013: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS. (PERSONA TAMIZADA)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <p>Brinda la atención al niños de 3 a 11 años, tamizaje y diagnóstico de errores refractivos, de acuerdo a la normatividad vigente</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive.

<p>Denominación del producto</p>	<p>3000013: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS. (PERSONA TAMIZADA)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3.Criterios de programación</p>	<p>Corresponde a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Corresponde al 25 % de niños(as) de 3 a 11 años de edad, afiliados al Seguro Integral de Salud (meta del Sub producto de Tamizaje - 5001306) para el 1er nivel de atención. ● Para los establecimientos con capacidad resolutive para diagnóstico deberán considerar la meta del subproducto 5001301. <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) – Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4.Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto Trazador del proceso de atención del Producto según programación de EESS con capacidad resolutive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje y detección de errores refractivos en niños de 3 a 11 años (5001306) o - Diagnóstico de errores refractivos (5001301)
<p>5. Flujo de procesos</p>	<p>The flowchart, titled "TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS", is set within the context of the "Establecimiento de Salud del Primer nivel de Atención". It begins with "Detección de probable caso en la comunidad/EEE". The process starts with "Toma de Agudeza visual por médico general o enfermera". A decision diamond asks "¿Normal al examen?". If "Si" (Yes), it leads to "Consejería" and then "Control en un año". If "No", it leads to "Diagnóstico presuntivo de error refractivo", which then leads to "Referencia para refracción y evaluación por médico oftalmólogo". Another decision diamond asks "¿Es un error refractivo?". If "Si" (Yes), it leads to "Diagnóstico de error refractivo: Miopía, hipermetropía, astigmatismo, ambliopía", followed by "Consejería" and "Tratamiento". If "No", it leads to "Control en un año".</p>

Denominación del producto	3000014: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS (PERSONA TRATADA)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo no corregido				
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud				
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente I-3 o I-4 con médico oftalmólogo.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física del producto	Número de niños con error refractivo en tratamiento				
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado sobre el número de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo. Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado con control a los 3 meses sobre el número de niños de 3 a 11 años con Tratamiento de error refractivo diagnosticado. 				
Modelo operacional del producto					
1. Definición operacional	Conjunto de actividades que permiten brindar el tratamiento de un error refractivo a los niños de 3 a 11 años de edad mediante la entrega de lentes correctores (a medida) y su control posterior, de acuerdo a la normatividad vigente. Se brinda en establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente en el 1er nivel (I-3 o I-4) con capacidad resolutive u oferta móvil. Esta actividad es realizada por el médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría. Se brinda una vez al año. Cabe señalar que el beneficiario debe escoger su lente para reforzar su uso, y debe ser entregado en compañía de sus padres y/o apoderados, luego de una consejería sobre el buen uso de los mismos. Una vez que se entregó el tratamiento, se programan 02 controles (a los 3 y 6 meses) con la finalidad de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación del uso de lentes) y determinar el desarrollo del estado refractivo.				
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) <p>Listado de documentos normativos que sustentan la entrega del producto:</p>				

Denominación del producto	3000014: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS (PERSONA TRATADA)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a los niños de 3 a 11 años, tratamiento y control de errores refractivos, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive.

<p>Denominación del producto</p>	<p>3000014: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS (PERSONA TRATADA)</p>
	<p>Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100% de niños(as) de 3 a 11 años de edad afiliados al SIS programados para tratamiento de un Error Refractivo diagnosticado. Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades de producto</p>	<p>Sub Producto Trazador que se programe según capacidad resolutive, para obtener el total de tratados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de errores refractivos (5001402) y/o - Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos (5001403)
<p>5. Flujo de procesos</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS</p> <p style="text-align: center;">Establecimiento de II y III Nivel de Atención</p> <pre> graph TD Start(()) --> Eval[Evaluación de caso: Refracción consulta por médico oftalmólogo] Eval --> Confirma{¿Se confirma diagnóstico?} Confirma -- Si --> Lentes[Prueba y ajuste de lentes, entrega de lentes corrector seleccionado, consejería] Confirma -- No --> Ident[Identificación de otra patología] Lentes --> Control((Control en un año)) Ident --> Trat[Tratamiento de la patología según capacidad resolutive] Trat --> Refer[Generar referencia] Refer --> End(()) </pre> </div>

Denominación del producto	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TAMIZADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 50 años a más de edad					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS con población asignada I-1, I- 2, I-3, I -4 y excepcionalmente II-1					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas de 50 a más años con determinación de la agudeza visual efectuada por personal de salud capacitado					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de población de 50 años a más con determinación de la agudeza visual realizada por personal de salud capacitado sobre la población de 50 años a más programada. Porcentaje de la población de 50 años a más con diagnóstico de ceguera por catarata sobre la población de 50 años a más con valoración de la agudeza visual 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos realizados con el objetivo de detectar y diagnosticar oportunamente a las personas de 50 años a más de edad con disminución de la agudeza visual o ceguera causada probablemente por catarata; las personas identificadas serán evaluadas por médico capacitado, quien referirá los casos probables al establecimiento de salud que cuente con médico oftalmólogo para confirmación diagnóstica de Catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a la persona, acerca de la catarata y su tratamiento.</p> <p>El tamizaje es realizado por personal de salud capacitado en los establecimientos de salud con población asignada (1er nivel y excepcionalmente II-1), asimismo el diagnóstico lo realiza el médico oftalmólogo en establecimientos del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente 1er nivel. Se realiza una (01) vez al año.</p> <p><i>Consideración: en los casos de catarata congénita es el conjunto de actividades dirigidas a niños menores de 5 años (con énfasis en los menores de 3 meses de nacido), con finalidad de detectar y referir oportunamente la catarata congénita, mediante el examen de reflejo rojo.</i></p>					

Denominación del producto	3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TAMIZADA)
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 50 años a más de edad, tamizaje y diagnóstico de catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

<p>Denominación del producto</p>	<p>3000011: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TAMIZADA)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde a los siguientes criterios:</p> <p>Corresponde al 10% de la población de 50 años a más de edad, afiliados al Seguro Integral de Salud (meta del Sub producto de Tamizaje - 5001101) para el 1er nivel de atención.</p> <p>Para los establecimientos con capacidad resolutive para diagnóstico deberán considerar la meta del subproducto 5001104</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto Trazador que corresponde al proceso de atención del Producto según capacidad resolutive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención (5001101) y/o Diagnóstico de ceguera por catarata (5001104) en los Establecimientos que cuenten con Médico Oftalmólogo. <p>Guía de Práctica Clínica para tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de catarata – RM N° 537-2009/MINSA.</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	<p>The flowchart, titled "TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CATARATA", details the process in a "Primer Nivel de Atención" (First Level of Attention) health establishment. It begins with "Detección de caso en la comunidad" (Case detection in the community), leading to an "Examen de Agudeza visual por enfermera o médico general" (Visual acuity exam by nurse or general practitioner). A decision diamond asks "¿Ve igual o menor a 20/200?". If "No", it leads to "Control periódico" (Periodic control). If "Si" (Yes), it leads to "Evaluación por el médico general" (Evaluation by general practitioner). Another decision diamond asks "¿Diagnóstico presuntivo de catarata?". If "No", it leads to "control periódico". If "Si", it leads to "Evaluación por médico oftalmólogo" (Evaluation by ophthalmologist). A third decision diamond asks "¿Diagnóstico de catarata?". If "No", it leads to "Consulta de otras especialidades oftalmológicas" (Consultation with other ophthalmological specialties). If "Si", it leads to "Consejería, opciones de tratamiento y exámenes prequirúrgicos" (Counseling, treatment options, and pre-surgical exams), which then leads to "Tratamiento quirúrgico" (Surgical treatment).</p>

Denominación del producto	3000012: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TRATADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 50 años a más con diagnóstico de catarata.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS II y III					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de población de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata sobre población mayor de 50 años con diagnóstico de ceguera por catarata. Porcentaje de población de 50 años a más operada por ceguera por catarata que desarrollaron complicaciones post quirúrgicas (vítreo-úvea-glaucoma-retina-capsula posterior) sobre población de 50 años a más con diagnóstico de ceguera por catarata tratada.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar el tratamiento quirúrgico y controles post operatorios a la persona de 50 años a más de edad con diagnóstico de catarata, según normatividad vigente. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo, quien determina la técnica quirúrgica a realizar según tipo de catarata y comorbilidades (Extracapsular, Mininuc o Facoemulsificación). Se realiza en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, con capacidad resolutive, con excepción del nivel I-4. Se brinda una vez al año. Cabe señalar que finalizado el acto quirúrgico se realizan 04 controles postoperatorios: al día siguiente, a la semana, al mes y los dos meses.					
2. Organización para la entrega del producto	En el gobierno nacional MINSA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) 					

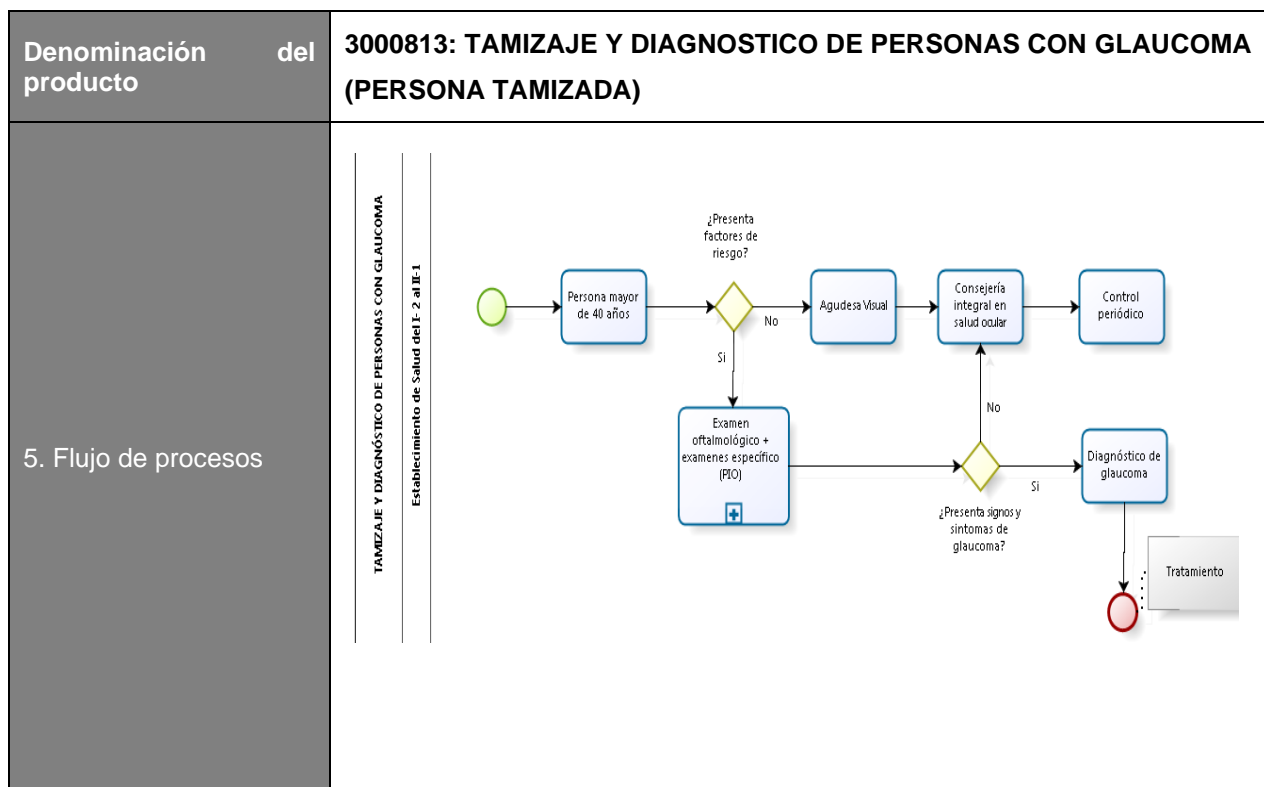
Denominación del producto	3000012: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TRATADA)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 50 años a más de edad, tratamiento y control de catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. <p>Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.</p>
3. Criterios de programación	<p>Corresponde al 80% de las personas de 50 años a más de edad, que recibirán tratamiento por catarata diagnosticada*, se considera la sumatoria de la meta de los Sub productos de cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña – 5001209 y/o facoemulsificación - 5001208 y/o oferta móvil - 5001210, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p>

Denominación del producto	3000012: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS (PERSONA TRATADA)
	Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta corresponda a la programación de opciones de tratamiento de acuerdo a capacidad resolutive: Tratamiento especializado: cirugía de catarata por incisión Extracapsular del cristalino o incisión pequeña (5001209) y/o Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Faco Emulsificación. (5001208) y/o Tratamiento y control especializado mediante oferta móvil (5001210)
5. Flujo de procesos	<p>The flowchart, titled "TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATA", illustrates the clinical process. It begins with a document icon labeled "Lista de pacientes programados para cirugía de catarata". The process starts with "Llenado de Ficha de catarata", followed by "Exámenes pre quirúrgicos", and then "Tratamiento quirúrgico de catarata". A decision diamond follows, leading to two parallel paths: "Incisión extracapsular del cristalino o incisión pequeña" and "Facoemulsificación". Both paths lead to "Control post operatorio: 24 hrs, a la semana, al mes y a los dos meses". Another decision diamond asks "Presencia de complicaciones". If "No", the process ends at "Alta". If "Si", it leads to "Capsula posterior, uvea, retina, iris, ángulo, glaucoma", followed by "Tratamiento por sub-especialidad oftalmológica según corresponda", which then loops back to the "Control post operatorio" step.</p>

Denominación del producto	3000813: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TAMIZADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 40 años a más.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública -Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas con Tonometría realizada por personal de salud.					

Denominación del producto	3000813: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TAMIZADA)
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes de personas con diagnóstico de Glaucoma sobre el número de personas tamizadas. • Porcentaje de personas con Tonometría realizada por personal de salud sobre el número de personas programadas.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a identificar factores de riesgo (familiar en primer grado con glaucoma, Edad igual o mayor de 40 años y aumento de la presión intraocular – PIO mayor de 21 mmHg en uno o ambos ojos) y diagnosticar precozmente casos de glaucoma, a personas de 40 años a más de edad. Una vez identificado 02 factores de riesgo, la persona pasa a evaluación por médico capacitado para establecer el diagnóstico presuntivo y su posterior referencia al siguiente nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo, quien determinará el diagnóstico definitivo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. La actividad de tamizaje está a cargo del personal de salud capacitado de establecimientos de salud con población asignada (1er nivel de atención y excepcionalmente II-1), asimismo el diagnostico se realiza en establecimiento de salud del 2do y 3er nivel de atención excepcionalmente 1er nivel. Se realiza una vez al año.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.

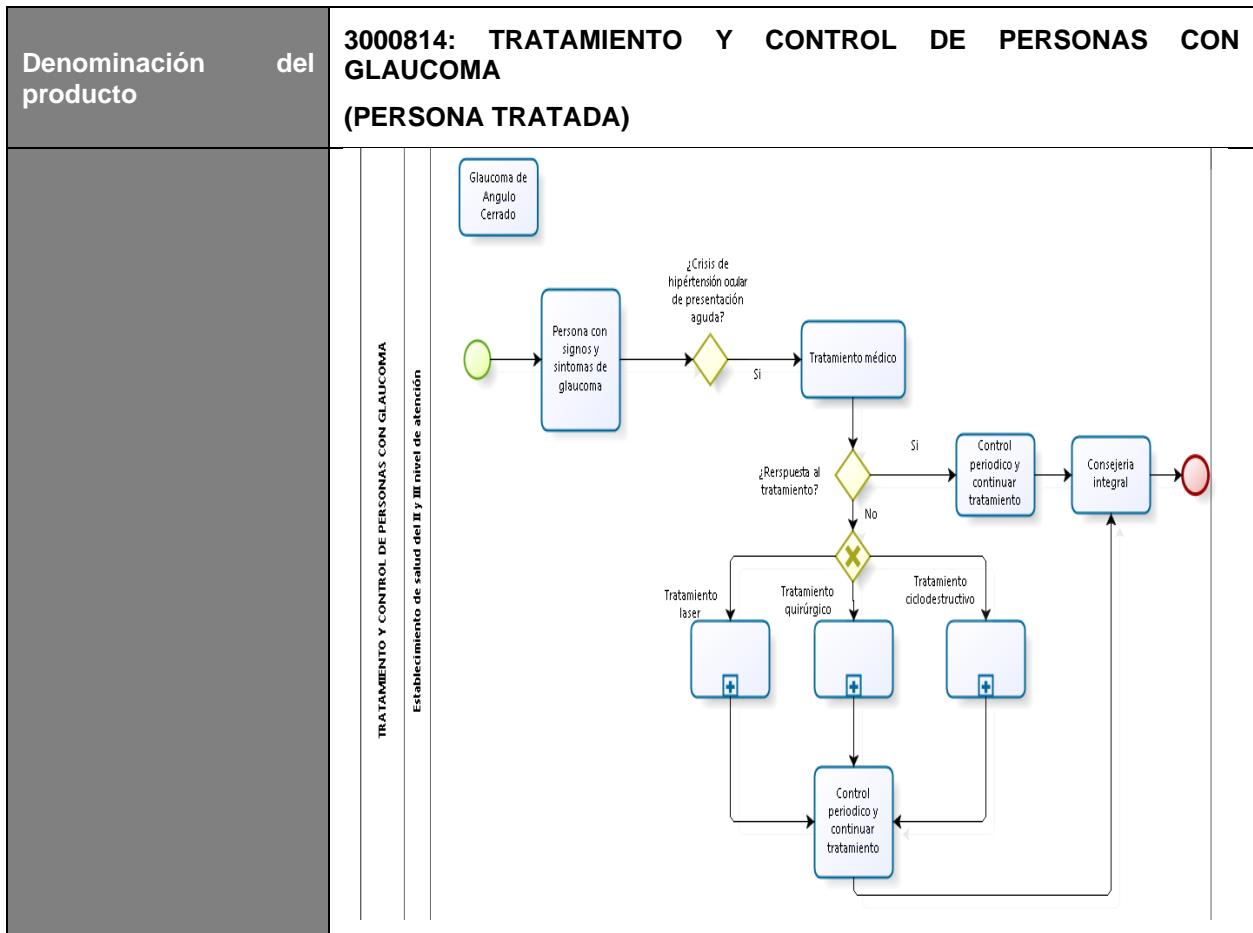
Denominación del producto	3000813: TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TAMIZADA)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 40 años a más de edad, tamizaje y diagnóstico de glaucoma, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde al 10% de la población de 40 años a más afiliada al Seguro Integral de Salud (meta del Sub producto 0081301).</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>Sub Producto trazador que corresponde a los procesos de atención del producto que se haya programado según capacidad resolutive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención. (0081301) y/o - Diagnóstico de Glaucoma. (0081304).



Denominación del producto	3000814: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TRATADA)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con diagnóstico de Glaucoma.				
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud				
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS del Hospital II y III nivel de Atención.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física del producto	Número de Personas con diagnóstico de Glaucoma en tratamiento.				
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de Personas con tratamiento de Glaucoma sobre el número de Personas con diagnóstico de Glaucoma. • Porcentaje de personas con Glaucoma diagnosticada que tuvieron un control anual sobre el número de personas con Glaucoma diagnosticada 				
Modelo operacional del producto					

Denominación del producto	3000814: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TRATADA)
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a brindar el tratamiento y control a personas de 40 años a más de edad con diagnóstico de glaucoma, incluye la entrega de fármacos anti glaucomatosos – tratamiento quirúrgico, ciclodestructivo y/o láser según la determinación realizada por el médico oftalmólogo capacitado, quien está a cargo de la actividad. Se realiza en los establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente en el 1er nivel de atención. Asimismo se considera 02 controles médicos al año: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control, puede variar según evolución del paciente y criterio médico.
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos.

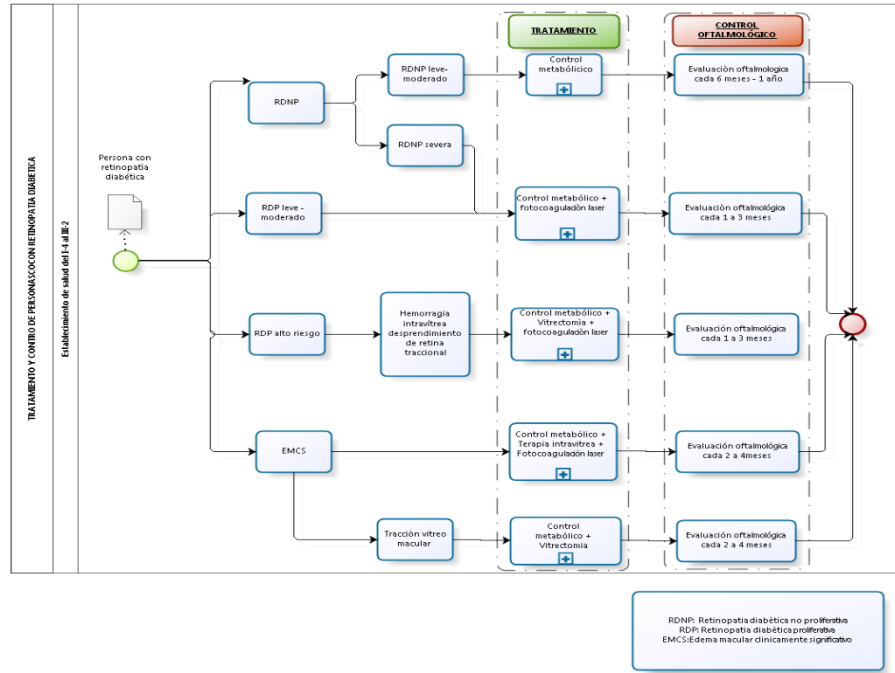
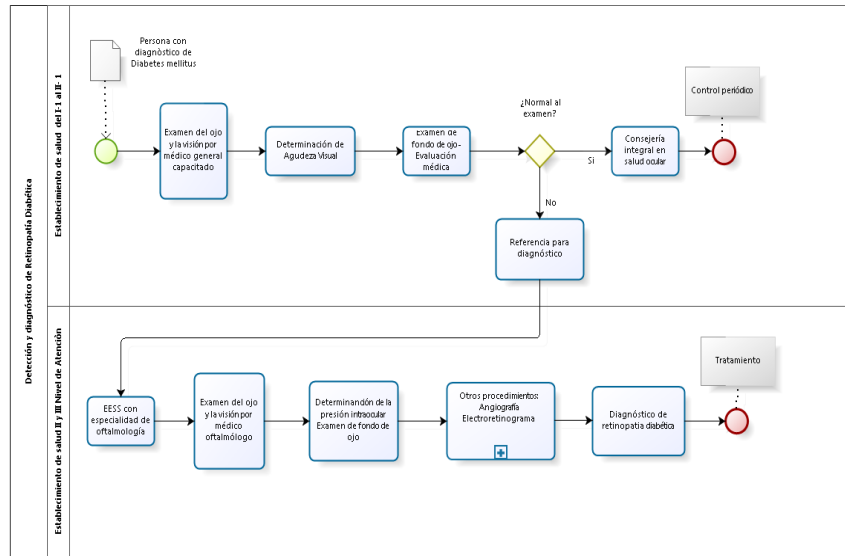
<p>Denominación del producto</p>	<p>3000814: TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA (PERSONA TRATADA)</p>
	<p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 40 años a más de edad, tratamiento y control de glaucoma, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. <p>Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100% de personas de 40 años a más de edad programadas con diagnóstico de glaucoma que recibirán tratamiento (meta del Sub producto de Tratamiento – 0081401), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto Trazador:</p> <p>- Tratamiento de Glaucoma.</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	



Denominación del producto	3000865: DETECCION - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON RETINOPATIA DIABETICA (PERSONA EVALUADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS del 1er nivel (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1) y Hospital II y III nivel de Atención.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	

Indicador de producción física del producto	Número de personas con diabetes con determinación de la agudeza visual realizada por personal de salud. Número de Personas con Diabetes con diagnóstico de Retinopatía Diabética en tratamiento.
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con diabetes con determinación de la agudeza visual realizada por personal de salud sobre el número de personas con diabetes programadas. • Porcentajes de personas con diabetes mellitus con Diagnóstico de Retinopatía diabética sobre el número de personas con diabetes detectadas. •
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a la persona con diabetes mellitus orientados a identificar riesgo de retinopatía diabética, confirmación diagnóstica, brindar el tratamiento y control a personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética, según normatividad vigente. Estas actividades están a cargo de un equipo multidisciplinario de personal de salud según corresponda. Una vez detectado una persona con diagnóstico de diabetes mellitus, se realiza la determinación de la agudeza visual, e independientemente de las manifestaciones clínicas, se deriva al médico capacitado para la evaluación y diagnóstico presuntivo de la persona, para su posterior referencia al establecimiento de salud con médico oftalmólogo para su confirmación diagnóstica. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. En el servicio de oftalmología, el médico oftalmólogo capacitado, es quien determina la opción terapéutica y la frecuencia necesaria en el control de la persona atendida (no obstante, se realiza 1er control a los 2 meses del inicio de tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control). La actividad de detección está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud con población asignada (1er nivel de atención y excepcionalmente II-1) y el diagnóstico – tratamiento y control está a cargo del médico oftalmólogo capacitado. Se brinda una (01) vez al año. Se realiza en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención con capacidad resolutive según corresponda.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera,

	<p>asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, detección y diagnóstico de Retinopatía Diabética, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100 % de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus del año anterior recibirán una atención en salud ocular.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto trazador según proceso de atención que programa EESS según capacidad resolutive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención. - Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD). <p>Tratamiento de Retinopatía Diabética (RD)</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	



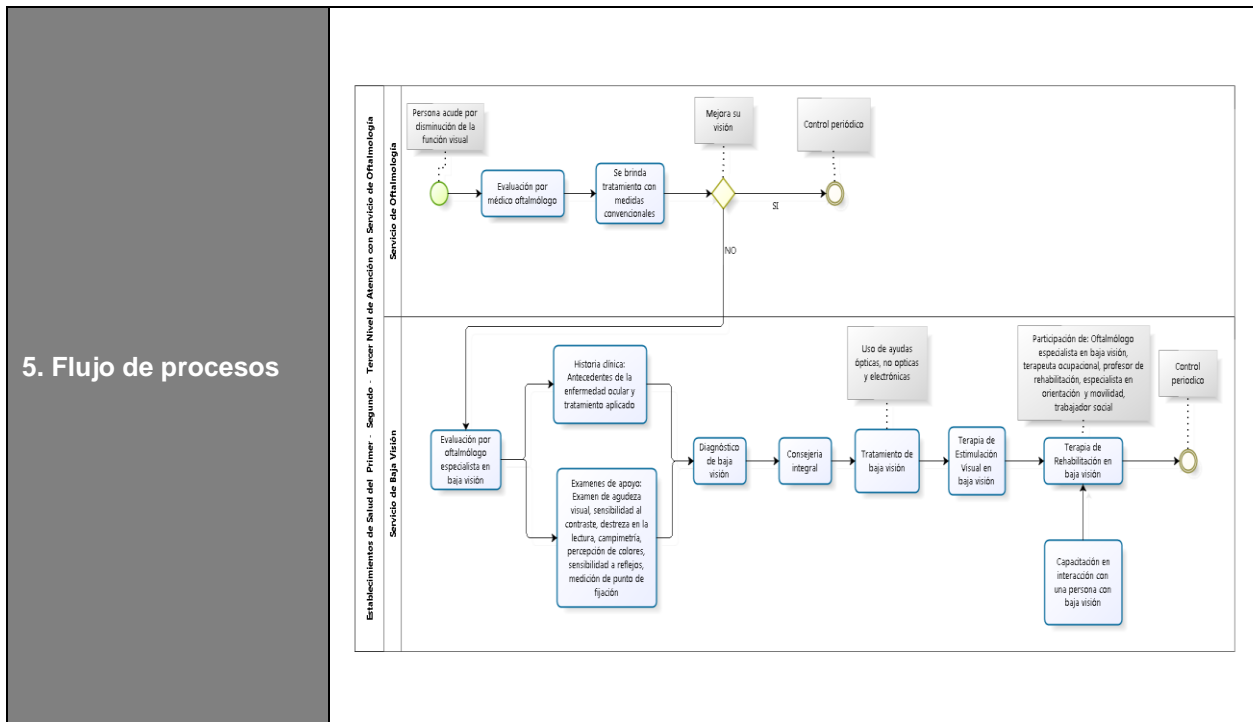
Denominación del producto	3000866: DETECCIÓN - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO (PERSONA EVALUADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en general y personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS del 1er nivel (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1), II y III nivel de atención.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas con examen externo de los ojos y párpados realizado por personal de salud. Número de personas con tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo diagnosticada.					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo sobre el número de personas tamizadas. • Porcentaje de personas con examen externo de los ojos y párpados realizada por personal de salud sobre el número de personas programadas. • Porcentajes de personas con tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo sobre el número de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo. • Porcentaje de personas con control de Enfermedades Externas del Ojo sobre el número de personas tratadas. 					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a detectar y diagnosticar enfermedades externas del ojo (parpado y conjuntiva) en personas de diferentes etapas de vida, además de brindar el tratamiento y control a personas de diferentes etapas de vida con diagnóstico de Enfermedad Externa del Ojo (Conjuntivitis-Chalazión-Orzuelo-Blefaritis-Tracoma). Esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado, quien realiza un examen ocular externo (ojos y párpados); en algunos casos se requiere exámenes de laboratorio (tomar muestra para frotis de secreción conjuntival, estudio de pestañas, cultivo y antibiograma) y en caso requiera mayor estudio, se realizará la referencia al establecimiento de salud que cuente con médico oftalmólogo capacitado para el diagnóstico especializado y posterior tratamiento. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. Se brinda una vez al año. Asimismo, se considera 02 controles médicos al año: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control, puede variar según evolución del paciente y criterio médico.					

<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a la persona con Enfermedad Externa del párpado y conjuntiva, detección – diagnóstico – tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutoria. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
--	---

<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 10 % más del número de personas detectadas con enfermedades externas del ojo del año anterior.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto trazador según proceso de atención que se haya programado según capacidad resolutive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detección de la persona con enfermedad externa del ojo en el primer y segundo nivel de atención. y/o - Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo. y/o - Diagnóstico especializado de Enfermedades Externas del Ojo. En establecimiento de salud que cuente con Médico Oftalmólogo. <p>ó sumatoria de Sub Productos trazadores que corresponde a la entrega de tratamiento:</p> <p>Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo. y/o</p> <p>Tratamiento especializado de Enfermedades Externas del Ojo.</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Establecimientos de salud del primer Nivel de atención</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención</p> </div>

Denominación del producto	DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON BAJA VISIÓN (PERSONA TRATADA)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas en general. Personas con diagnóstico de Baja Visión.					
Responsable del diseño del producto	Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Ministerio de Salud					
Responsable de la entrega del producto	GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD EESS I-3,I-4,II y III nivel de atención					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas con tratamiento en Baja Visión.					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentajes de personas con tratamiento de Baja Visión sobre el número de personas con diagnóstico de Baja Visión. • Porcentaje de personas con control en Baja Visión. 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a brindar el diagnóstico, tratamiento y control de Baja Visión a personas de diferentes etapas de vida. Esta actividad está a cargo del médico capacitado y/o médico oftalmólogo capacitado. Se realiza en los establecimientos de salud del 1er, 2do y 3er nivel de atención según corresponda. Se brinda una vez al año. Asimismo, se considera 02 controles médicos al año: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control, puede variar según evolución del paciente y criterio médico.					
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>En el gobierno regional:</p>					

	<p>GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes de los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a la persona para diagnosticar Baja Visión, además de tratar y realizar control periódico, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100% de personas con diagnóstico de Baja Visión programadas para tratamiento especializado, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sumatoria de Sub Productos trazadores que corresponde a la entrega de tratamiento:</p> <p>Tratamiento de Baja Visión</p>



SALUD BUCAL

**Tabla N° 10
Modelo Operacional del Producto**

Denominación del producto	3000680. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA			
Grupo poblacional que recibe el producto	Población SIS			
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estrategicas en Salud Pública.			
Responsable(s) de la entrega del producto	DIRESAS/ GERESAS/ DIRIS / REDES DE SALUD, Unidades Ejecutoras y sus establecimientos de salud a cargo en los tres niveles de atención que cuenten con servicio de odontología del Ministerio de Salud a nivel nacional.			
Identifique los niveles de Gobierno que participan en la entrega del producto <i>(Marque con un aspa)</i>	X		X	
Indicador de producción física de producto	Persona atendida			

Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 11 años con alta básica odontológica
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<p>Conjunto de procedimientos estomatológicos preventivos que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento.</p> <p>Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de diagnosticar, prevenir y/o controlar enfermedades del sistema estomatognático así como promover prácticas adecuadas de higiene bucal en la población.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p>En el nivel nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIRESAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación de sus metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional.

	<ul style="list-style-type: none"> Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado.
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>100% de la meta física programada para el subproducto examen estomatológico en establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención. Fuente HIS MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la meta física del subproducto examen estomatológico</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD Inicio((Inicio)) --> Solicitud[Solicita atención estomatológica preventiva] Solicitud --> Examen[Examen Estomatológico] Examen --> D1{¿Requiere de atención estomatológica en Centro Quirúrgico?} D1 -- Si --> P4[Producto 4: Atención Estomatológica en Centro Quirúrgico] D1 -- No --> D2{¿Paciente requiere productos 2 y/o 3?} D2 -- Si --> D3{Si el paciente requiere Producto 2} D2 -- Si --> D4{Si el paciente requiere Producto 3} D3 --> P2[Producto 2: Atención Estomatológica Recupera] D4 --> P3[Producto 3: Atención Estomatológica Especializada] D2 -- No --> P5[Intervenciones Preventivas para caries dental y enfermedades gingivales] P5 --> D5{¿Paciente requiere de intervención preventiva para maloclusión?} D5 -- Si --> P1[Producto 1: Atención Estomatológica Preventiva] D5 -- No --> Fin1((Fin)) P1 --> Fin2((Fin)) </pre>

Denominación del producto	3000681. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA		
Grupo poblacional que recibe el producto	Población SIS		
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública		
Responsable(s) de la entrega del producto	DIRESAS/ GERESAS/ DIRIS / REDES DE SALUD, Unidades Ejecutoras y sus establecimientos de salud a cargo en los tres niveles de atención que cuenten con servicio de odontología del Ministerio de Salud a nivel nacional.		
Identifique los niveles de Gobierno que participan en la entrega del producto (Marque con un aspa)	X	X	
Indicador de producción física de producto	Persona tratada		
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de adolescentes con alta básica odontológica		
Modelo operacional del producto			
1. Definición operacional	Conjunto de procedimientos estomatológicos recuperativos que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento. Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de restablecer la salud y función de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.		
2. Organización para la entrega del producto	<p>EN EL GOBIERNO NACIONAL</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIRESAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional. • Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado.
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>Sumatoria de las metas físicas de los 06 subproductos recuperativos en los establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de atención. Fuente HIS MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de los 6 sub productos</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	<p>Producto 2: Atención Estomatológica Recuperativa</p> <p>Paciente</p> <p>Cirujano Dentista asistido por Personal de Apoyo (Asistente Dental)</p> <pre> graph TD Inicio((Inicio)) --> Requiere[Requiere atención estomatológica recuperativa] Requiere --> Poblacion[Población que requiere tratamiento recuperativo] Poblacion --> Fin((Fin)) </pre>

Denominación del producto	3000682. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA		
Grupo poblacional que recibe el producto	Población SIS		
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.		
Responsable(s) de la entrega del producto	DIRESAS/ GERESAS/ DIRIS / REDES DE SALUD, Unidades Ejecutoras y sus establecimientos de salud a cargo en los tres niveles de atención que cuenten con servicio de odontología del Ministerio de Salud a nivel nacional.		
Identifique los niveles de Gobierno que participan en la entrega del producto (Marque con un aspa)	X	X	X
Indicador de producción física de producto	Persona tratada		
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de adultos mayores rehabilitados con prótesis dentales removibles		
Modelo operacional del producto			
1. Definición operacional	Conjunto de procedimientos estomatológicos especializados que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento. Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de restablecer la salud del sistema estomatognático y en la salud general.		
2. Organización para la entrega del producto	<p>EN EL GOBIERNO NACIONAL</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIRESAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p>		

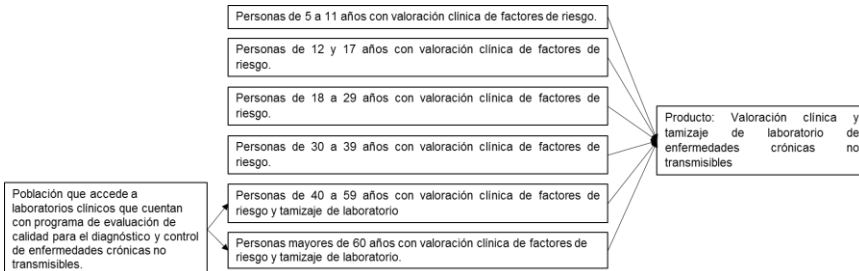
	<ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional. • Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado.
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>Sumatoria de las metas físicas de los 06 subproductos especializados en los establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de atención. Fuente HIS MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física del producto es igual a la sumatoria de la meta física de los 06 sub productos</p>
<p>5. Flujo de procesos</p>	

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

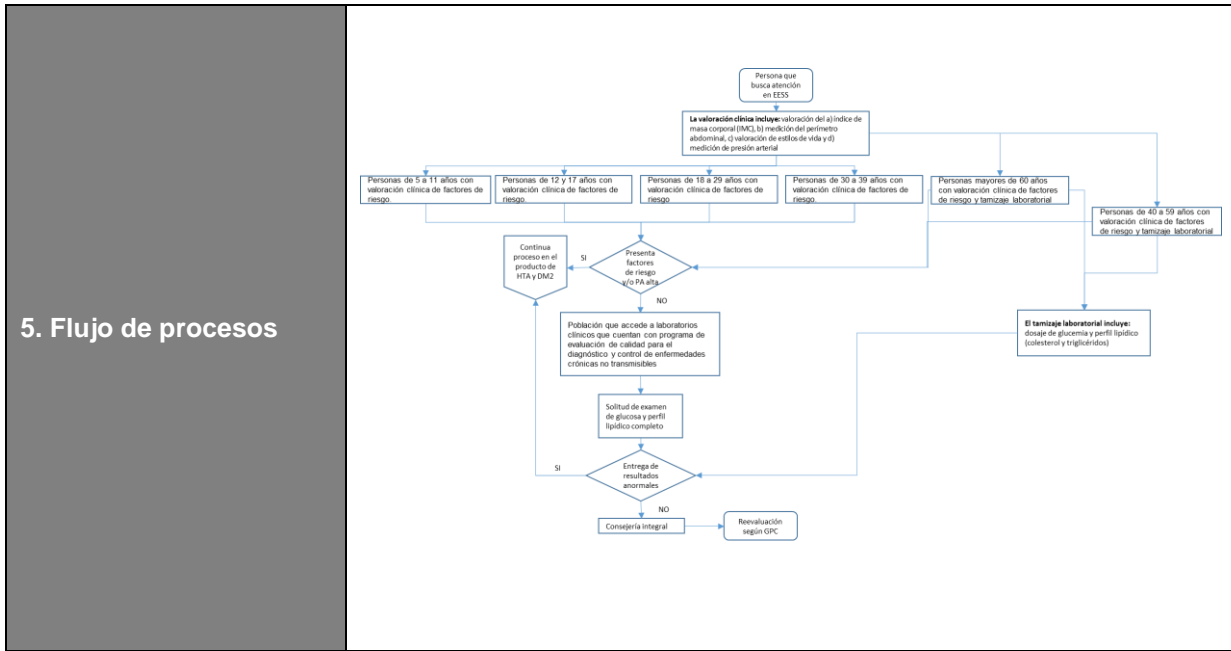
TABLA N° 10.

Modelo operacional del producto

Denominación del producto	Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 5 años a más que buscan atención en los establecimientos de salud del primer nivel atención.					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública					
Responsable de la entrega del producto	DIRESA/GERESA/DIRIS Establecimientos de Salud (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas de 5 años a más años de edad con tamizaje con factores de riesgo					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> Porcentajes de personas de 5 años a más años de edad tamizadas de la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida. Porcentaje de personas 5 años a más años de edad con sobrepeso y obesidad identificados de la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo, en la población de 5 años a más.</p> <p>La valoración clínica incluye:</p> <p>a) cálculo del índice de masa corporal (IMC),</p> <p>b) medición del perímetro abdominal,</p> <p>c) valoración de estilos de vida y</p> <p>d) medición de presión arterial. Se emplea aproximadamente 25 minutos.</p> <p>El tamizaje de laboratorio incluye: dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, perfil lipídico completo (colesterol</p>					

	<p>total, HDL, LDL calculado y triglicéridos) y creatinina, según corresponda al grupo de edad.</p> <p>La valoración clínica, se realiza a las personas que acudan al EESS de manera rutinaria, en el servicio de triaje o en consultorio, por personal de salud capacitado. La valoración clínica y tamizaje de laboratorio se puede realizar a través de las actividades extramurales.</p> <p>El tamizaje de laboratorio se realiza en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad para realizar el dosaje de glucosa en ayunas, perfil lipídico completo y creatinina, de lo contrario referir para apoyo diagnóstico y a través de la contrareferencia realizar la interpretación de resultados e intervención. Puede ser solicitado por los profesionales de salud capacitados que realizan el tamizaje.</p> <p>El profesional de la salud capacitado informa de los resultados de la valoración clínica de las personas con tamizaje de laboratorio. La entrega de resultados de la valoración clínica más resultados del tamizaje de laboratorio se realiza en consultorio externo por médico, empleando máximo 15 minutos.</p> <p>La valoración clínica debe ser realizada anualmente en población de 5 a 39 años y los exámenes de laboratorio en caso de identificarse algún factor de riesgo según GPC. En personas de 40 y más años, la valoración clínica y tamizaje de laboratorio debe ser anual. La frecuencia de éstas puede variar según criterio médico.</p> 
<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p><u>NIVEL CENTRAL</u></p> <p><u>MINSA:</u></p> <p>Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en ENT (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos).</p> <p><u>NIVEL REGIONAL</u></p> <p><u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de ENT.</p> <p><u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los</p>

	<p>puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p> <p><u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para el producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto.</p> <p>Primer nivel:</p> <p>Establecimientos de salud con médico sin laboratorio, (categoría I-2) el personal de salud, independientemente de su grupo ocupacional, realiza la entrega del producto de la valoración clínica, según corresponda a sus competencias profesionales, si requiere exámenes de laboratorio refiere y monitoriza el envío de la contrareferencia del establecimientos con laboratorio, y realiza la consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.</p> <p>Establecimientos de salud con médico con laboratorio, (categoría I-3 y I-4) el personal de salud realiza la entrega del producto a través de la valoración clínica, si requiere exámenes de laboratorio se realiza, tamizaje de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.</p> <p>Segundo nivel:</p> <p>Establecimientos de salud categoría II-1 realiza la entrega del producto a través de la valoración clínica, tamizaje de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>10% de personas de 5 a años a más de edad atendidos en los establecimientos de salud al año anterior.</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto trazador: ¿??</p> <p>Corresponde la suma de las personas tamizadas de 5 más años según las siguientes 6 actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo. 2. Personas de 12 y 17 años con valoración clínica de factores de riesgo. 3. Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo. 4. Personas de 30 a 39 años con valoración clínica de factores de riesgo. 5. Personas de 40 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial 6. Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial. <p>De 5 años a 39 años las personas tamizadas son aquellas que han recibido la actividad de valoración clínica, a partir de los 40 años las personas tamizadas incorpora el tamizaje de laboratorio si las personas.</p>



Denominación del producto	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 18 años a más					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4 , II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas con hipertensión arterial					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con hipertensión controlados. • Porcentaje de personas de 18 y más años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses. 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Personas de 18 años a más con diagnóstico de enfermedad hipertensiva, incluye casos incidentes y prevalentes.</p> <p>Conjunto de actividades orientadas al diagnóstico, tratamiento y control de personas con enfermedad hipertensiva y alteraciones metabólicas</p>					

	<p>(dislipidemias), en establecimientos de salud que cuentan con médico, incluye el manejo de complicaciones y multimorbilidad, así como la valoración de riesgo cardiovascular y organización de actividades educativas para las personas. . El producto es entregado tomando en cuenta las guías técnicas nacionales vigentes.</p> <p>Se realiza bajo el modelo de atención integral basado en familia y comunidad, a través de la consulta del profesional de salud según su grupo ocupacional en los establecimientos del primer nivel de atención, incorporando el uso de tecnologías para el seguimiento y control de la presión arterial y sus factores de riesgo, así como la atención médica especializada y de ayuda al diagnóstico del paciente con complicaciones agudas y crónicas, incluye el manejo de complicaciones y multimorbilidades, así como la valoración de riesgo cardiovascular y organización de actividades educativas para las personas.</p> <p>El productos es entregado por profesionales de salud (médico, enfermera, nutricionista u otro profesional de salud capacitado) de los establecimientos de los tres niveles de atención según capacidad resolutive. El producto se entrega de manera permanente y continua en los distintos establecimientos del Minsa, gobierno regional y gobierno local.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">Actividad: Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial</div> <div style="font-size: small;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">Producto: Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial</div> </div>
2. Organización para la entrega del producto	<p><u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en ENT (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos).</p> <p><u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de ENT.</p> <p><u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p> <p><u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto.</p>

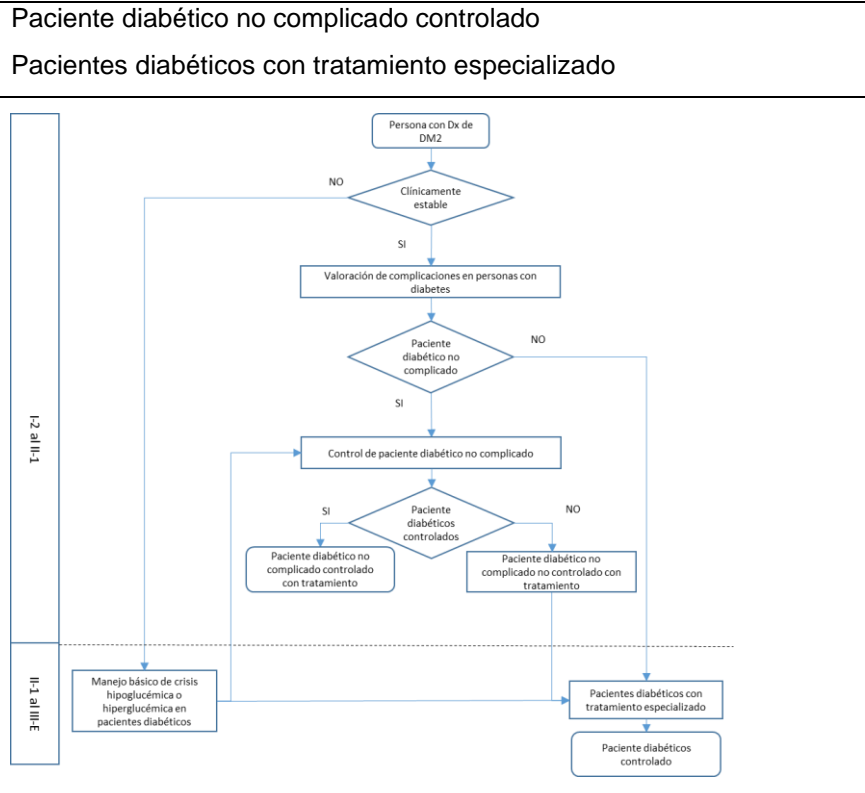
	<p>Los establecimientos I-2, I-3, I-4, II-1 realizan las siguientes acciones de atención integral a cargo del médico, enfermera y nutricionista u profesional de salud capacitado:</p> <p>Paciente hipertenso de no alto riesgo no controlado, que recibe tratamiento</p> <p>Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado que recibe tratamiento</p> <p>Los establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E realizan las siguientes acciones de atención integral especializadas.</p> <p>Personas hipertensas con tratamiento especializado.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>10% adicional de personas con diagnóstico de hipertensión arterial el año anterior.</p> <p>Fuente: HIS MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto trazador:</p> <p>La meta corresponde a la suma de los pacientes que han recibido las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado • Personas hipertensas con tratamiento especializado
<p>5. Flujo de procesos</p>	

<p>Denominación del producto</p>	<p>TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES</p>
<p>Grupo poblacional que recibe el producto</p>	<p>Personas de 18 años a más</p>
<p>Responsable del diseño del producto</p>	<p>Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública</p>
<p>Responsable de la entrega del producto</p>	<p>Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4 , II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E)</p>

Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas con diagnóstico y tratamiento de diabetes Mellitus					
Indicadores de desempeño del producto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de personas con diabetes controlados. • Porcentaje de personas de 18 a más años de edad con diagnóstico de diabetes que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses 					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Personas de 18 años a más con diagnóstico de diabetes mellitus, incluye casos incidentes y prevalentes.</p> <p>Conjunto de actividades orientadas al tratamiento, manejo y control de personas con diabetes mellitus y sus complicaciones, así como personas con sobrepeso, obesidad, así como la atención de eventos agudos en los diferentes niveles de complejidad</p> <p>El producto comprende un conjunto de actividades orientadas al tratamiento y control de personas con diabetes mellitus, o en riesgo de padecerla, sus complicaciones agudas o crónicas, así como organización de actividades educativas para los pacientes y la atención de eventos agudos según capacidad resolutive, a través de la consulta de los profesionales de salud, prescripción y el seguimiento clínico y de exámenes auxiliares, así como la consulta o consejería sobre los factores de riesgo (estilos de vida, sobrepeso, obesidad y dislipidemias). El producto es entregado tomando en cuenta las guías técnicas nacionales vigentes.</p> <p>Se realiza bajo el modelo de atención integral basado en familia y comunidad, a través de la consulta del profesional de salud según su grupo ocupacional en los establecimientos del primer nivel de atención, incorporando el uso de tecnologías para el seguimiento y control de la diabetes mellitus y sus factores de riesgo, así como la atención médica especializada y de ayuda al diagnóstico del paciente con complicaciones agudas y crónicas, incluye el manejo de complicaciones y multimorbilidades, así como la organización de actividades educativas para las personas con diabetes.</p> <p>La entrega de productos la realizan los profesionales de salud del primer nivel de atención (médico, enfermera, odontólogo y nutricionista u otro profesional de salud capacitado según las recomendaciones de la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, en el primer nivel de atención) y especialistas (endocrinólogo, cardiólogo, oftalmólogo y nutricionista) según capacidad resolutive de los establecimientos del segundo o tercer nivel de atención. El producto se entrega de manera permanente y continua en los distintos establecimientos del Minsa, gobierno regional y gobierno local.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="555 1877 1062 1939" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Actividad: Brindar tratamiento a personas con diagnostico de diabetes mellitus </div> <div style="font-size: 24px; margin: 0 10px;">→</div> <div data-bbox="1206 1877 1409 1939" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Producto: Tratamiento personas con diabetes </div> </div>					

<p>2. Organización para la entrega del producto</p>	<p><u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en ENT (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos).</p> <p><u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de ENT.</p> <p><u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p> <p><u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto.</p> <p>Los establecimientos I-2, I-3, I-4, II-1 realizan las siguientes acciones de atención integral a cargo del médico, enfermera y nutricionista u profesional de salud capacitado:</p> <p>Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglucémica en pacientes diabéticos</p> <p>Paciente diabético no complicado controlado</p> <p>Valoración de complicaciones en personas con diabetes</p> <p>Manejo del sobrepeso y obesidad</p> <p>Manejo enfermedad renal diabética</p> <p>Los establecimientos II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E realizan las siguientes acciones de atención integral especializadas:</p> <p>Pacientes diabéticos con tratamiento especializado.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Incremento del 10% de personas atendidas con diagnóstico de diabetes mellitus el año anterior.</p> <p>Fuente: HIS MINSA</p>
<p>4. Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>Sub Producto trazador:</p> <p>La meta corresponde a la suma de los pacientes de las siguientes acciones:</p>

5. Flujo de procesos



METALES PESADOS

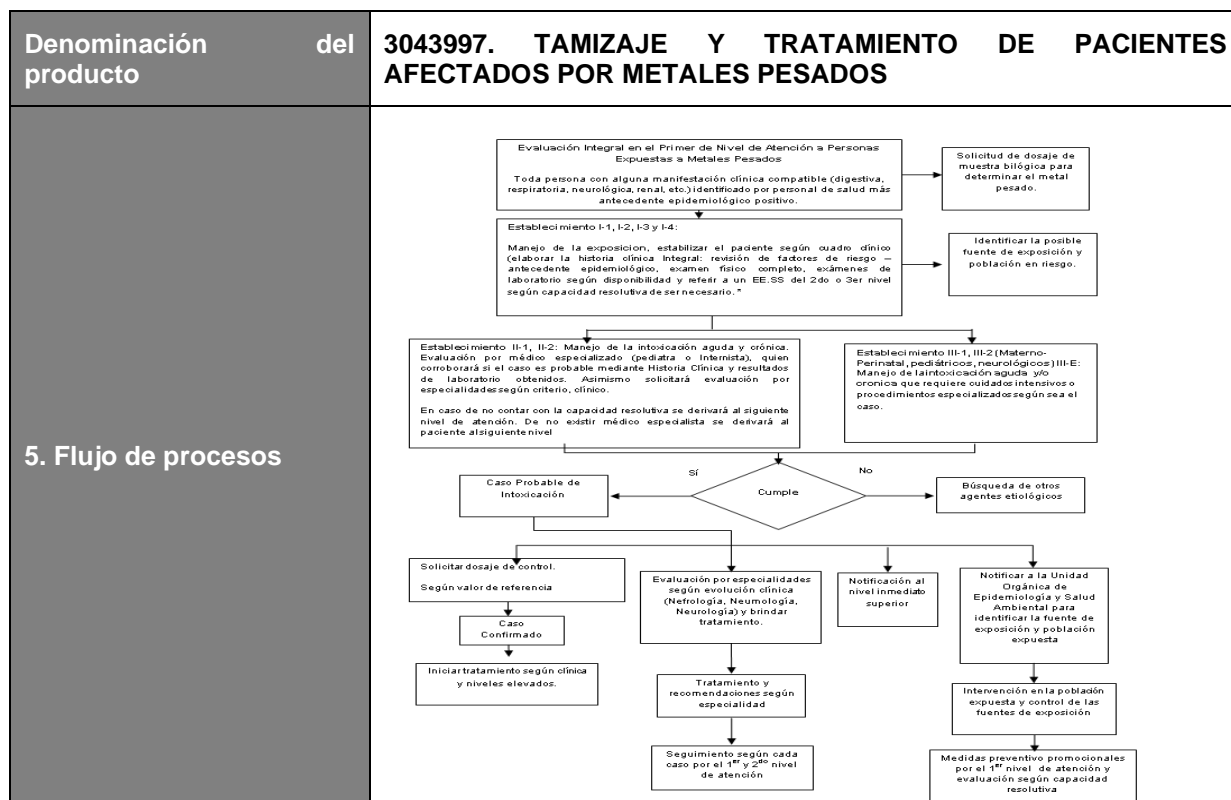
Tabla N° 10.

Modelo Operacional del Producto

Denominación del producto	3043997. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS.					
Responsable del diseño del producto	Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Trasmisibles, Raras y Huérfanas - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Ministerio de Salud.					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud (I-1, I-2, I-3, I-4 , II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E) e INS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades desarrolladas en los EESS, que brinda el personal de salud capacitado a personas expuestas a metales pesados, ya sean estas por fuentes antropogénicas o naturales. Dichas actividades se brindan en todas las etapas de vida (priorizando a niños y mujeres gestantes).</p> <p>La intervención consiste, previa identificación de factores de riesgo epidemiológicos y de salud ambiental en el entorno; en la administración de un paquete de atención integral a todos los grupos etarios, priorizando a niños menores de 12 años y gestantes, que residen en zonas consideradas de riesgo por contaminación ambiental, donde se evidencia exposición a algún metal pesado o sustancia química comprobada por resultado de las acciones de vigilancia sanitaria ambiental y vigilancia epidemiológica u otra fuente oficial, de acuerdo a los criterios establecidos en la normatividad vigente.</p> <p>Los servicios de salud que recibirá el grupo poblacional, según la red de servicios de salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención integral de salud en Establecimientos de Salud a personas expuestas a metales pesados. • Exámenes auxiliares, entre los cuales se encuentran la toma de muestras biológicas para el análisis de metales pesados u otras 					

Denominación del producto	3043997. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS
	<p>sustancias químicas, se realiza en el marco de la atención médica integral, a solicitud del médico tratante ante la evidencia clínica por exposición metales pesados u otras sustancias químicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de laboratorio confirmado por el INS de muestras biológicas (sangre u orina) de personas expuestas a metales pesados para obtener los valores de exposición a: Plomo, Arsénico, Mercurio y/o Cadmio. • Atención médica integral especializada y consejería para la entrega de resultados a personas expuestas a metales pesados, previa evaluación y solicitud de prueba, con resultados del dosaje de la muestra biológica, ya sea para Plomo, Arsénico, Mercurio y/o Cadmio. • Atención médica integral especializada a pacientes con intoxicación por Plomo, Arsénico, Mercurio y/o Cadmio; según normatividad vigente. <p>Implica la atención desde el primer (I) nivel de atención, hasta el tercer (III) nivel de atención, según sistema de referencia y contrareferencia y estado de salud de las personas expuestas a metales pesados, mediante atención presencial. La atención de salud a personas con exposición crónica a metales pesados, de acuerdo a la sintomatología por dicha exposición, podrá realizarse mediante atención presencial y/o telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y/o teleorientación) según corresponda, en el marco de la normativa vigente.</p>
2. Organización para la entrega del producto	<p><u>NIVEL NACIONAL</u></p> <p>MINSA: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación; brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas, definición operacionales y criterios de programación, características de puntos de atención del producto (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones y Estructura de costos.</p> <p>Listado de documentos normativos que sustentan la entrega del producto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 511-2007/MINSA, que aprueba la “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Intoxicación por Plomo”. • Resolución Ministerial N° 389-2011/MINSA, que aprueba la “Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Intoxicación por Arsénico”. • Resolución Ministerial N° 757-2013/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por Mercurio y la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por Cadmio”. • Resolución Ministerial N°400-2017/MINSA, que modifica la Guía Técnica: “Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Intoxicación por Plomo”, aprobada por Resolución Ministerial N° 511-2007/MINSA. <p><u>NIVEL REGIONAL</u></p>

Denominación del producto	3043997. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS
	<p>GERESA/DIRESA/DIRIS: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa el cumplimiento de la programación y planes de las actividades, a través del personal capacitado responsables de la estrategia sanitaria regional de metales pesados.</p> <p>UNIDADES EJECUTORAS: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p> <p>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento y entrega del producto. Registra las actividades realizadas en la historia clínica y en el formato HIS.</p>
3. Criterios de programación	<p>Establecimientos de salud que cuente con información oficial sobre fuentes de exposición a agentes contaminantes en su ámbito, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 20% de niños menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS en zonas urbanas. ➤ 80% de niños menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS en zonas rurales. <p>Fuente de Información: SIS. Listado de zonas y/o fuentes de exposición a metales pesados; comprobadas por vigilancia sanitaria ambiental y/o vigilancia epidemiológica u otra fuente oficial (MINAM, MINEM, OEFA, ANA).</p>
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto es igual a la meta física establecida en la actividad de "Evaluación Integral en el Primer de Nivel de Atención a Personas Expuestas a Metales Pesados".



PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 10.

Modelo Operacional del Producto

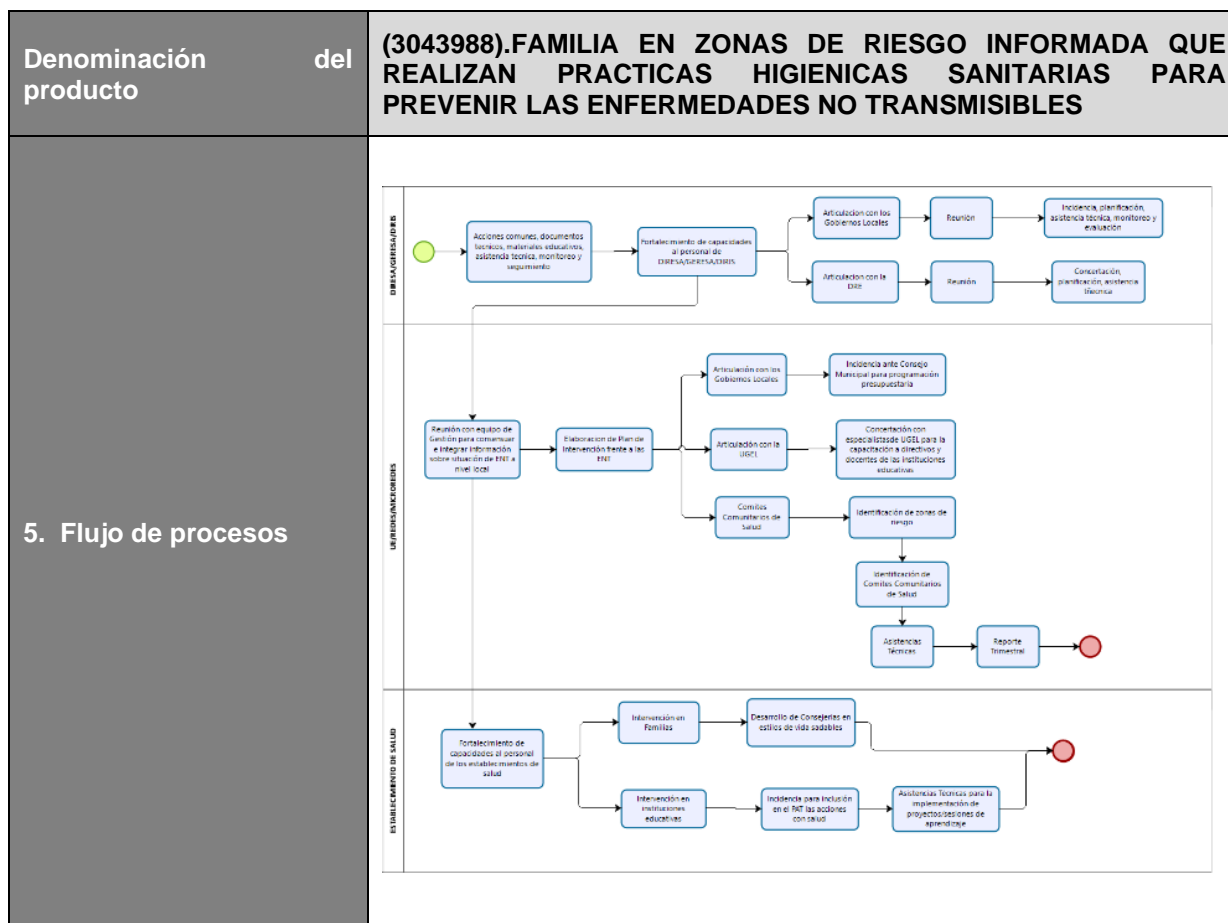
Denominación del producto	(3043988).FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias con niños, adolescentes o adulto mayor.
Responsable del diseño del producto	Dirección de Promoción de la Salud – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Responsable de la entrega del producto	<p>Para Salud: Establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada.</p> <p>Para Gobierno Local: Funcionarios de la Gerencia de Desarrollo Social o quien haga sus veces</p>

Denominación del producto	(3043988).FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Familias que reciben sesiones educativas y/o demostrativas en promoción de estilos de vida saludable					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de personas de 15 años a más que consumen al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición Operacional	<p>Reciben educación en estilos de vida saludables, orientada a generar cambios conductuales para el cuidado de la salud que contribuya a la calidad de vida de las familias. Los contenidos que se brindan corresponde a los estilos de vida saludable, los que se distribuyen según se indica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paquete básico: Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud Bucal ✓ Paquete completo, además del paquete básico considera: Salud Ocular, Sueño Adecuado y Gestión del Estrés; así como Reducción a la sobre exposición a Metales Pesados (sólo para aquellos distritos con riesgo de exposición a metales pesados) <p>El responsable de Promoción de la Salud capacitado realiza esta actividad a través de sesiones educativas y/o demostrativas, mediante reuniones comunitarias, reuniones de padres de familia, visitas domiciliarias o tele orientación, dirigidas a familias con niño, adolescente o adulto mayor. Se considera familia intervenida cuando al menos un miembro de la familia recibe el todo el paquete básico. Asimismo, se considera familia capacitada cuando al menos un miembro de la familia recibe el paquete completo</p> <p>Según las condiciones sanitarias, la actividad se desarrolla presencialmente en un local comunal, Institución Educativa, vivienda familiar u otro que se considere necesario; sin embargo, si las condiciones sanitarias u otras dificultades impiden su desarrollo presencial, esta puede desarrollarse de manera remota, como teleorientación o telegestión; mediante el uso de las tecnologías de la comunicación, como medios electrónicos o telefónicos, mediante videollamadas o videoconferencias.</p> <p>Para el desarrollo de estas actividades, el personal de salud deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las familias priorizadas (con niños, adolescentes o adultos mayores) y los actores sociales priorizados (Líderes de organizaciones sociales –incluye los Agentes Comunitarios en Salud, de Instituciones Educativas y de los Gobiernos Locales). ✓ Elaborar e implementar un cronograma de acciones por familia o comunidad priorizada. ✓ Realizar monitoreo y evaluación de las acciones implementadas con las familias y/o comunidades. ✓ Capacitar en estilos de vida saludable a los actores sociales (Líderes de organizaciones sociales –incluye los Agentes Comunitarios en Salud, de Instituciones Educativas y de los Gobiernos Locales) <p>Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades:</p>					

Denominación del producto	(3043988).FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividad 1: PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. (5005995) ✓ Actividad 2: CAPACITACION A ACTORES SOCIALES PARA LA PROMOCION DE PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA PREVENIR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (5005996) <p>Para la presente actividad, se considera como Actores Sociales a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoridades, funcionarios o servidores municipales ✓ Directivos y docente de institución educativa pública de básica regular ✓ Autoridades, administrativos y docentes universitarios o de institución superior no universitaria ✓ Agentes comunitarios en salud y otros líderes de las organizaciones comunitarias adscritas al gobierno local
2. Organización para la entrega del producto	<p>NIVEL NACIONAL</p> <p>MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto; así mismo, brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación.</p> <p>NIVEL REGIONAL</p> <p>GERESA/DIRESA/DIRIS: Adecua el marco normativo y los materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas; coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto; brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados; coordina con los Gobiernos Locales para el desarrollo de los productos según corresponda.</p> <p>NIVEL LOCAL</p> <p>REDES/MICRORREDES DE SALUD: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto según programación; brinda asistencia técnica al personal de salud de las Microredes y EESS; realiza incidencia ante los gobiernos locales para la implementación de programas y proyectos que contribuyen a la salud de la población como: agua y saneamiento, espacios públicos para promoción de la actividad física y de recreación familiar, quioscos y comedores saludables, entre otros. Asimismo, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados; coordina con los Gobiernos Locales para el desarrollo de los productos según corresponda.</p> <p>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades, brinda asistencia</p>

Denominación del producto	(3043988).FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
	técnica y acompaña la implementación de las acciones programadas con los diferentes actores sociales.
3. Criterios de programación	<p>100% de municipalidades tipo A, B, C, D y E. Este sub producto sólo será programado por el establecimiento de mayor capacidad resolutive ubicado dentro del distrito correspondiente</p> <p>Para todos los demás casos, la programación se realizará de acuerdo al nivel de cada establecimiento, según se indica:</p> <p><u>EESS I-1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 25 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 05 niños con exceso de peso de las instituciones educativas del nivel de educación inicial correspondiente a su jurisdicción ✓ 02 docentes de las instituciones educativas de inicial, correspondiente a su jurisdicción ✓ 10 personas de al menos 02 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p><u>EESS I-2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 50 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 10 niños con exceso de peso de las instituciones educativas del nivel de educación inicial correspondiente a su jurisdicción ✓ 25 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción ✓ 10 docentes de las instituciones educativas de inicial y primaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 25 personas de al menos 05 Comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p><u>EESS I-3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 25 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción ✓ 25 adolescentes con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación secundaria correspondiente a su jurisdicción ✓ 20 docentes de las instituciones educativas primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 50 personas de al menos 10 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p>EESS I-4</p>

Denominación del producto	(3043988).FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 150 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 50 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción ✓ 50 adolescentes con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación secundaria correspondiente a su jurisdicción ✓ 150 docentes de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 75 personas de al menos 15 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) ✓ 5 Autoridades y/o docentes por cada instituto superior y/o universidad licenciada por la SUNEDU <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Padrón SISFOH- Sistema de Focalización de Hogares. 2. Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). 3. Registro de organizaciones comunitarias adscritas al municipio priorizado 4. Clasificación municipal publicada por el MEF en año anterior 5. Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar distritos que presentan problemas en la No Trasmisible con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad). 6. Padrón de Universidades e instituciones con rango universitario publicado por la SUNEDU, https://www.sunedu.gob.pe/universidades-licenciadas/ así como https://www.sunedu.gob.pe/instituciones-con-rango-universitario/
4. Método de agregación de actividades a producto	<p>Para Salud:</p> <p>La meta física del producto se obtiene de la actividad 1: PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.</p>



COMUNICACIONES

Tabla N° 10. Modelo Operacional del Producto

Denominación del Producto	(3043987) POBLACIÓN INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD BUCAL, SALUD OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en general en riesgo de contraer enfermedades no trasmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)				
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud (Oficina General de Comunicaciones)				
Responsable de la entrega del producto	MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RED				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL

Denominación del Producto	(3043987) POBLACIÓN INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD BUCAL, SALUD OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Indicador de producción física de producto	Personas informadas sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de la población que conoce los riesgos de las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus), reconocen sus síntomas y signos, y sabe qué hacer en caso de presentarlos.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<p>Intervenciones comunicacionales destinadas a informar y orientar a la población en general sobre el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus), a través de mensajes claves en medios de comunicación masivos y/o alternativos, así como de voceros y/o periodistas capacitados, en zonas priorizadas según enfermedad no trasmisible prevalente. La ejecución de estas intervenciones tendrá en cuenta las efemérides oficiales del Ministerio de Salud.</p> <p>La población objetivo son los pobladores hombres y mujeres de todas las edades, con énfasis en aquellos que residen en zonas priorizadas por enfermedad prevalente.</p> <p>Las intervenciones comunicacionales las realizan los profesionales a cargo de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESA/GERESA/DIRIS y Redes de Salud, según corresponda, en coordinación con los responsables de los productos del programa presupuestal del nivel nacional y regional. Igualmente, cuenta con la participación del personal de salud en la implementación de las acciones, principalmente de movilización social.</p> <p>Esta información deberá ser adaptada al contexto regional y local por las oficinas de Comunicaciones de las DIRIS, DIRESA, GERESA y Redes de Salud de acuerdo a las zonas priorizadas por enfermedad prevalente, perfil de la población, adecuación cultural y comprenderá la siguiente temática: información a la población para el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).</p> <p>Este producto incluye la difusión a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Producción de spots radiales y televisivos. • Medios de comunicación masiva escrita, radial, televisiva. • Medios alternativos: animación socio cultural, movilización social, sesiones demostrativas, BTL, redes sociales, web 2.0, entre otras. • Periodistas, líderes de opinión y voceros capacitados que brindarán información sobre las medidas de prevención de las enfermedades no trasmisibles.

Denominación del Producto	(3043987) POBLACIÓN INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD BUCAL, SALUD OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
2. Organización para la entrega del producto	<p>Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora y socializa los planes de comunicaciones, planes de trabajo y documentos técnicos relacionados a la estrategia de comunicación para la prevención de enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). • Planifica, programa y organiza actividades para el logro de las metas del producto Población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no trasmisibles (salud bucal, salud ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). • Define los criterios de programación anual y población objetivo • Formula las definiciones operacionales y estructura de costo (listado de insumos) respecto a las acciones para informar a la población sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). • Actualiza el módulo de Sistema de Gestión de productos (Listado de Bienes y Servicios) • Brinda asistencia técnica a nivel regional. • Participa en conjunto con las áreas correspondientes para la evaluación anual y semestral. <p>DIRIS/DIRESA/GERESA/Redes de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecúa e implementa los planes y contenidos para ejecutar la estrategia de comunicaciones de las campañas de prevención de las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). • Capacita a comunicadores institucionales, periodistas, voceros y líderes de opinión. • Coordina programación y formulación de metas físicas y financieras del producto. • Realiza la programación, adquisición y distribución de los bienes y servicios. • Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por zona priorizada. • Realiza la programación, adquisición y distribución de los bienes y servicios comunicacionales. • Participa en conjunto con las áreas correspondientes para la evaluación anual y semestral.
3. Criterios de programación	<ul style="list-style-type: none"> • 20% de la población que accede a medios de comunicación masivos (radio, televisión y prensa escrita) y recibe la información sobre las medidas de prevención contra las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p>

<p>Denominación del Producto</p>	<p>(3043987) POBLACIÓN INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD BUCAL, SALUD OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Población estimada (Censo de Población y vivienda INEI, Encuesta demográfica y de salud familiar). • Estudios de rating (medios televisivos), audiencia (radios) y lectoría (prensa escrita) de los medios de comunicación donde se difunden los mensajes de prevención contra las enfermedades no trasmisibles. • Estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). • Información estadística de beneficiados y/o participantes en ferias informativas, movilizaciones sociales y actividades en espacios públicos masivos. • Directorio de medios de comunicación nacional, regional y local.
<p>4. Método de agregado de actividades a producto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información a la población para el cuidado de la salud de las enfermedades no trasmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).
<p>5. Flujo de procesos</p>	

3.5 ACTIVIDADES, TAREAS E INSUMOS

➤ SALUD OCULAR

Tabla N° 11.

Actividades de los productos

Tabla N° 11 – Actividades del Producto 1	
Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Actividad 1	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
	- Oftalmoscopia indirecta
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 2	
Denominación del producto	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Actividad 1	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
	- Cirugía Láser
	- Evaluación médica especializada para el control Post operatorio de ROP
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 3	
Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos.
Actividad 1	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos
	- Determinación de la agudeza visual
	- Refracción
	- Consulta Médica Especializada
	- Consejería Integral en Salud Ocular
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 4	
Denominación del producto	Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos
Actividad 1	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos

	- Prueba y Ajuste de Lentes
	- Evaluación médica para el control de tratamiento
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 5	
Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas.
Actividad 1	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas
	- Determinación de la agudeza visual
	- Consulta Médica Especializada
	- Consejería Integral en Salud Ocular
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 6	
Denominación del producto	Tratamiento y control de pacientes con cataratas.
Actividad 1	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de cataratas
	- Incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña
	- Faco Emulsificación
	- Evaluación médica para el control Post operatorio
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 7	
Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma
Actividad 1	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma
	- Determinación de Factores de Riesgo (Antecedente familiar, edad y Presión Intraocular)
	- Evaluación médica.
	- Consulta Médica Especializada
	- Consejería Integral en Salud Ocular
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 8	
Denominación del producto	Tratamiento y control de persona con Glaucoma
Actividad 1	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma
	- Entrega de Tratamiento
	- Evaluación médica para el control de tratamiento

Tabla N° 11 – Actividades del Producto 9	
Denominación del producto	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
Actividad 1	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética.
	- Determinación de la agudeza visual
	- Evaluación médica
	- Consulta Médica Especializada
	- Consejería Integral en Salud Ocular
Actividad 2	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética
	- Entrega de Tratamiento
	- Evaluación por médica para el control de tratamiento
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 10	
Denominación del producto	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
Actividad 1	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con Enfermedades Externas del Ojo
	- Examen de ojos y parpado.
	- Consulta Médica Especializada.
	- Consejería Integral en Salud Ocular
Actividad 2	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
	- Entrega de Tratamiento.
	- Evaluación médica para el control de tratamiento.
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 11	
Denominación del producto	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
Actividad 1	Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión
	- Consulta Médica Especializada.
	- Prueba especializada en refracción e imágenes
	- Consejería Integral en Salud Ocular

Actividad 2	Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico de Baja Visión
	Tratamiento con Ayudas– terapia de estimulación visual – terapia de rehabilitación visual en Baja Visión
	Control de personas con Baja Visión

SALUD BUCAL

Tabla N° 11

Actividades de los productos

Denominación producto	del	3000680. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA
Actividad 1		5006275. Atención estomatológica preventiva básica
		- Examen Estomatológico.
		- Instrucción de Higiene Oral.
		- Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.
		- Aplicación de Sellantes.
		- Aplicación de Flúor Barniz.
		- Aplicación de Flúor Gel.
		- Profilaxis Dental.

Denominación producto	del	3000681. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA
Actividad 1		5006276. Atención estomatológica recuperativa básica
		- Raspaje Dental
		- Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio.
		- Restauraciones Dentales con Resina.
		- Exodoncia Simple.

	- Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales.
	- Consulta estomatológica.

Denominación producto	del	3000682. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA
Actividad 1		5000106. Atención estomatológica especializada básica
		- Terapia pulpar
		- Terapia endodóntica
		- Tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar
		- Rehabilitación Protésica
		- Tratamiento periodontal
		- Tratamiento de Cirugía bucal y máxilo facial

DAÑOS NO TRASMISIBLES

Tabla N° 11

Actividades de los productos

Tabla N° 11 – Actividades del Producto 1		
Denominación producto:	del	VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
Actividad 1:		Evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles
SUB PRODUCTO 1.1		Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo.
SUB PRODUCTO 1.2		Personas de 12 y 17 años con valoración clínica de factores de riesgo.
SUB PRODUCTO 1.3		Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo.
SUB PRODUCTO 1.4		Personas de 30 a 39 años con valoración clínica de factores de riesgo.
SUB PRODUCTO 1.5		Personas de 40 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial

SUB PRODUCTO 1.6	Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial.
SUB PRODUCTO 1.7	Población que accede a laboratorios clínicos que cuentan con programa de evaluación de calidad para el diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles.
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 2	
Denominación del producto	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL
Actividad 2:	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial
SUB PRODUCTO 2.1	Manejo de emergencia o urgencia hipertensiva
SUB PRODUCTO 2.2	Tratamiento y control de personas con dislipidemia
SUB PRODUCTO 2.4	Paciente hipertenso de no alto riesgo controlado
SUB PRODUCTO 2.5	Pacientes con enfermedad cardiometabólica organizados que reciben educación para el control de la enfermedad.
SUB PRODUCTO 2.6	Personas hipertensas con tratamiento especializado
SUB PRODUCTO 2.7	Pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular
Tabla N° 11 – Actividades del Producto 3	
Denominación del producto	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES
Actividad 3:	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes
SUB PRODUCTO 3.1	Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglucémica en pacientes diabéticos
SUB PRODUCTO 3.2	Paciente diabético no complicado controlado
SUB PRODUCTO 3.3	Pacientes diabéticos con tratamiento especializado
SUB PRODUCTO 3.4	Valoración de complicaciones en personas con diabetes
SUB PRODUCTO 3.5	Manejo del sobrepeso y obesidad
SUB PRODUCTO 3.6	Manejo enfermedad renal diabética

METALES PESADOS

Tabla N° 11
Actividades de Productos

Denominación del producto:	TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS.
Actividad 1	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 11

Actividades de los productos

Denominación del producto	FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (3043988)
Actividad 1	Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles. (5005995).
	Subproducto 1: Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398801) -
Actividad 2	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	Subproducto 1: Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398802)
	Subproducto 2: Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal (4398803)
	Subproducto 3: Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos (4398804)

ACCIONES COMUNES

Tabla N° 12.

Modelo Operacional de la Actividad

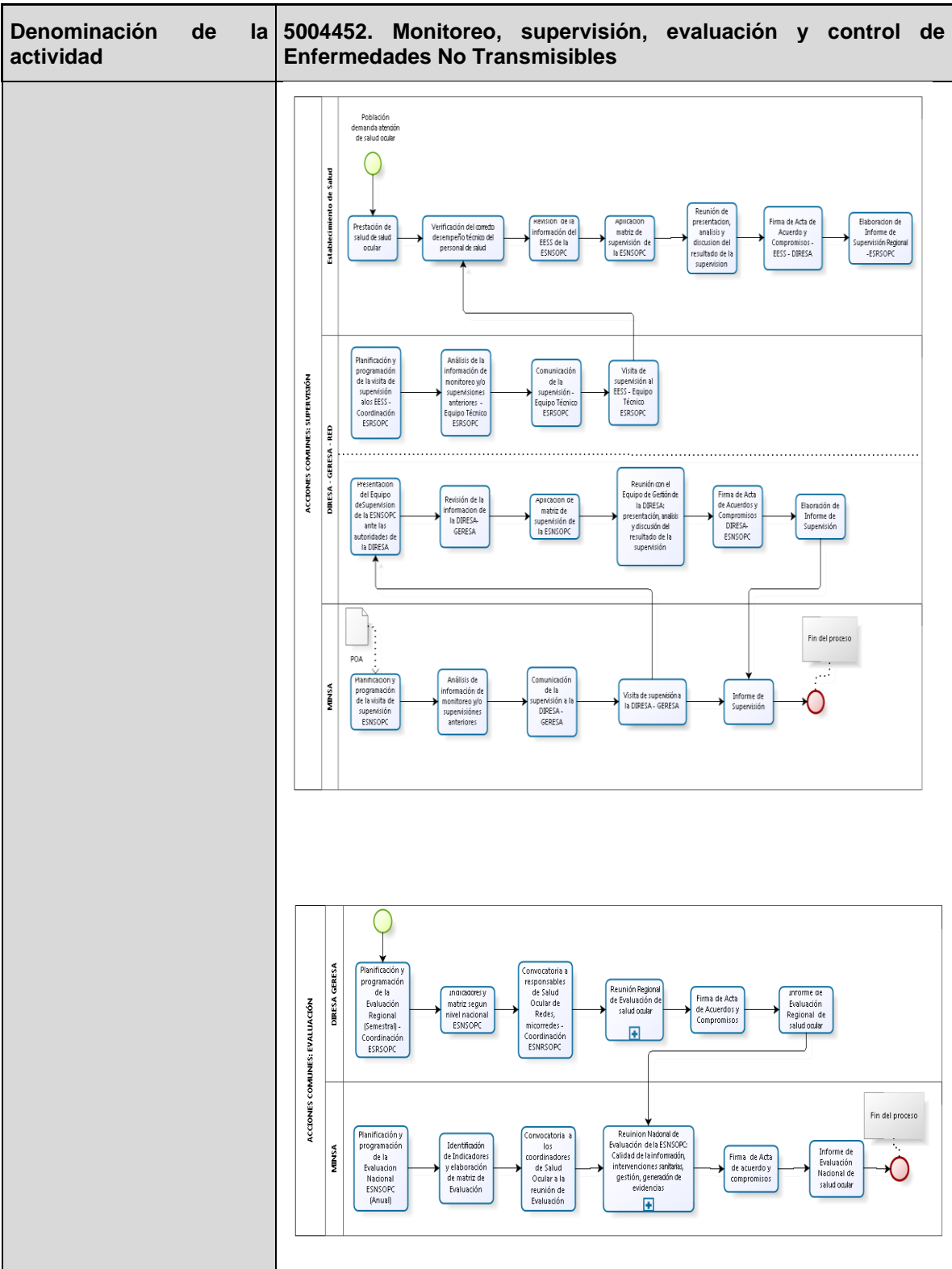
Denominación de la actividad	5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	060. Informe					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>La presente Actividad es el conjunto de procesos orientados a gerenciar el Programa Presupuestal de manera presencial y/o a distancia mediante telegestión según la normatividad vigente, para el logro de los objetivos y resultados, implica impulsar la Rectoría a través de la función de fiscalización.</p> <p>Asimismo las funciones de la administración implican la planificación, organización, dirección y control. En el marco del programa presupuestal se tendrá énfasis en el control (supervisión, monitoreo y evaluación).</p> <p>Para la programación de estas actividades se tendrá en cuenta los diferentes niveles (nacional, regional y local).</p> <p>Monitoreo del PP.- Es la verificación del avance y correcto cumplimiento de las actividades programadas, mediante el cual se realiza el seguimiento continuo de los procesos inmersos en los productos vinculados al Programa Presupuestal 0018 - Enfermedades No Trasmisibles (abarca los Problemas y Trastornos Cardiometabólicos, Bucales, Oculares y por metales pesados y sustancias químicas) de acuerdo a las normativa nacional vigentes.</p> <p>Las acciones están dirigidas a monitorear de manera presencial y/o en modalidad a distancia mediante telegestión con el uso de las tecnologías de información y comunicación, los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física, ejecución y calidad de gasto.</p> <p>Es función de los coordinadores de las estrategias que componen del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional)</p> <p>Asimismo este proceso nos servirá para verificar si las recomendaciones establecidas durante la supervisión se implementaron o no.</p> <p>El monitoreo del sistema de información del Programa Presupuestal es realizado por las direcciones y oficinas de estadística y epidemiología o quien haga sus veces en cada nivel administrativo (MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS) y el equipo técnico de las Estrategias Sanitarias inmersas en el programa.</p> <p>Los informes que se generan de las acciones de monitoreo deben contener como mínimo, los resultados del proceso de monitoreo, expresado en indicadores con el correspondiente análisis y las</p>					

Denominación de la actividad	5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles
	<p>acciones propuestas a ser implementadas. Dicho informe será remitido a los niveles inmediatos superiores, así como al Coordinador Técnico del programa presupuestal.</p> <p>Se utilizarán reportes estadísticos de actividades, sistema de vigilancia epidemiológica, HIS, SIS, SIGA, SIAF, SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño menor de 5 años y Gestante), documentos de adquisiciones, cuadros de distribución, entre otros. Estos serán definidos por cada ESN que compone el programa presupuestal.</p> <p>Supervisión del PP.- Es el proceso de verificación del correcto desempeño técnico de las personas dentro de los procesos, según la normativa nacional vigente. Incluye la interacción individual o grupal, de manera presencial y/o en modalidad a distancia mediante telegestión con el uso de las tecnologías de información y comunicación; basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) que culmina recomendando medidas correctivas para optimizar los resultados sanitarios, los cuales son verificados en el proceso de monitoreo.</p> <p>Esta actividad es realizada por el equipo técnico y su frecuencia es variable, idealmente implica un seguimiento trimestral del MINSA a las GERESA/DIRESA/DIRIS, de las GERESA/DIRESA/DIRIS a las Redes o Unidades Ejecutoras de Salud (UES) y de las Redes o UES a las Micro redes de Salud (IPRESS).</p> <p>Como paso previo a la supervisión se debe analizar la información disponible de los monitoreos y/o supervisiones anteriores; principalmente sobre los puntos críticos y limitaciones asociados con el cumplimiento de los objetivos, a fin de complementar las visitas, teniendo a bien fortalecer las competencias del personal de salud en aspectos técnicos específicos en el marco de los productos relacionados al Programa Presupuestal que inciden en los nudos críticos que impiden la adecuada entrega de los productos a la población o que limitan el logro de los resultados. En esta etapa también se tiene que comprometer al personal sujeto de supervisión en la adopción de medidas que permitan el logro de los objetivos propuestos.</p> <p>Evaluación del PP.- Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del Programa Presupuestal 0018 - Enfermedades No Transmisibles (abarca los Problemas y Trastornos Cardiometabólica, Bucal, Oculares, metales pesados y sustancias químicas) en relación con el cumplimiento de sus objetivos.</p> <p>La evaluación incluye el análisis del impacto de la intervención a partir del cumplimiento de las metas físicas, ejecución de presupuesto y calidad de gasto de cada sub producto como parte del producto establecido para la identificación de las situaciones y factores que conllevaron a la obtención del resultado esperado.</p> <p>Asimismo para la evaluación de las intervenciones del programa se procurará realizar la generación de evidencias científicas que provengan de un conocimiento explícito, sistemático y replicable, que</p>

Denominación de la actividad	5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles
	<p>aportaran a la caracterización de los problemas e intervenciones relacionados al programa estratégico.</p> <p>Los resultados obtenidos servirá en la toma de decisiones para fortalecer los procesos asistenciales en busca de los resultados propuestos.</p> <p>Los Coordinadores Técnicos del Programa Presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), realizan la evaluación de manera conjunta apoyados con las instancias según su competencia de manera presencial y/o en modalidad a distancia mediante telegestión con el uso de las tecnologías de información y comunicación. El INS, Epidemiología, Institutos especializados, comunicaciones, Administración y otros participan en el proceso de evaluación brindando información, evidencia científica, opiniones técnicas especializadas en coordinación con el responsable del Programa.</p> <p>Evaluación de Diagnóstico Especializado.- Procesos mediante los cuales se realiza la evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos* y los resultados obtenidos en términos de concordancia y reproducibilidad por los laboratorios de referencia nacional, regional y local, que permitan validar o desestimar los diagnósticos establecidos en los productos, sub productos de las actividades de investigación, vigilancia y transferencia tecnológica del programa presupuestal; comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia Laboratorial; es un proceso continuo y sistemático ejecutada por los laboratorios a nivel nacional, regional y local mediante procedimientos técnicos estandarizados, para generar información en la confirmación etiológica en las actividades de control, eliminación o erradicación de una enfermedad asociadas al programa presupuestal. • Transferencia tecnológica; que consiste en transferir métodos de ensayo, conocimientos y tecnologías para el fortalecimiento del diagnóstico especializado de laboratorio, considerando los aspectos técnicos, gestión, calidad y bioseguridad; comprende las siguientes etapas: capacitación, implementación, monitoreo y supervisión en la cual se hace imprescindible la programación de insumos de laboratorio. • Investigación; Proceso que busca generar nuevos conocimientos, información y desarrollo de nuevas tecnologías oportunas y confiables para ampliar las evidencias que sustentan las nuevas intervenciones aplicadas al diagnóstico de enfermedades transmisibles y no transmisibles de importancia en salud pública, incluyendo la validación, verificación de métodos de ensayo, estudios epidemiológicos, biomédicos, entre otros. • Programa de Evaluación Externa de la Calidad y Programa de Evaluación del desempeño (PEEC/PEED); Actividad en la que participa y organiza el INS a través de una

Denominación de la actividad	5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles
	<p>evaluación comparativa, retrospectiva periódica y objetiva de las pruebas de laboratorio realizadas al personal o a los laboratorios de los establecimientos de salud, de referencia regional, nacional e internacional.</p>
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional: MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional priorizados. (Responsable de Programa) ○ Monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional que incluye: Análisis de Situación de Salud, información Estadística, Indicadores de producción Física y de Resultados, ejecución presupuestal y calidad de gasto. (Responsable de Programa) ○ Evaluación semestral y anual del Programa Presupuestal. <p>Nivel Regional: GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. ○ Generación y difusión de reportes e informes estadísticos: Consulta ambulatoria (HIS), egresos y emergencias (SEM), hechos vitales (Defunciones) entre otros, es responsabilidad del personal que realiza la atención o actividad, de acuerdo a lo establecido por la Oficina General de Estadística para cada subsistema. Estas actividades se realizan diariamente. ○ Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos: Identificación y notificación epidemiológica de casos y sus determinantes de riesgo, es realizado por el epidemiólogo u otro personal de salud responsable de vigilancia epidemiológica de las unidades notificantes. Estas actividades se realizan diariamente. ○ Investigación basada en laboratorio, el Instituto Nacional de Salud realiza la recolección y procesamiento de muestras según corresponda para confirmar o descartar casos de enfermedades ○ Análisis de Situación de Salud: análisis de los indicadores de determinantes de la salud, morbilidad, mortalidad y respuesta social del programa presupuestal, con la finalidad de identificar los problemas más importantes, proponer correcciones o mejoras a las intervenciones de control y evaluar dichas intervenciones. Se elabora un documento anual el cual es realizado por personal de

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles</p>
	<p>las oficinas de epidemiología de las IGSS/DIRESA/GERESA y CDC.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Monitoreo de la calidad de información Estadística. ○ Procesamiento de la información: incluye digitación, control de calidad de los datos, consolidación de la información es responsabilidad de estadística, epidemiología según corresponda o quienes hagan sus veces en cada nivel
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>02 informes (01 semestral y 01 anual).</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>The flowchart illustrates the process flow for monitoring Non-Communicable Diseases across three organizational levels: Establecimiento de Salud, DIBESA-GERESA-RED, and MINSA. The process starts with 'Atención de salud Salud Ocular' leading to 'Generación de datos (registro y codificación según manual HIS de Salud Ocular)'. This is followed by 'Proceso de información (Digitación, verificación y consolidación de datos)', 'Control de calidad de la información', 'Análisis de la información', and 'Elaboración de Informe (mensual)'. A 'Vista de monitoreo (mensual)' is generated from the analysis. The process then moves to 'Control de calidad de información - Oficina de Estadística e Informática', 'Análisis de la información - Equipo Técnico de la ERSOPC', and 'Elaboración de informe - Reporte de avance de metas físicas y financieras - Coordinación de la ERSOPC'. Another 'Vista de monitoreo (mensual)' is generated. The final steps are 'Análisis de la información' and 'Elaboración de informe' at the MINSA level, leading to the 'Final del Proceso'.</p>



Denominación de la actividad	5004452. Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles																																																																																																																																																																																														
5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th colspan="12">CRONOGRAMA</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGOS</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaboración de Plan Integral de Monitoreo de intervenciones del PP ENT</td> <td>Documento</td> <td>1</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Equipo técnico ENT - MNSA</td> </tr> <tr> <td>Aprobación y ejecución del Plan Integral de Monitoreo de la intervenciones del PP ENT</td> <td>Plan aprobado</td> <td>1</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DGESP/DRESA/GERESADIRIS</td> </tr> <tr> <td>Priorización de regiones a supervisar</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Equipo técnico ENT - MNSA</td> </tr> <tr> <td>Ejecución del Plan Integral del Monitoreo</td> <td>Informe</td> <td>10</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Informe de los monitoreos realizados (asistencias técnicas)</td> <td>Informe</td> <td>10</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Plan de supervisión integral del PP ENT a nivel regional, priorizando las GERESA/DRESA/DIRIS</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Equipo técnico ENT - Regional</td> </tr> <tr> <td>Ejecución del plan de supervisión</td> <td>Informe</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA</td> </tr> <tr> <td>Informe de las supervisiones realizadas de las GERESA/DRESA/DIRIS priorizadas</td> <td>Informe</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA</td> </tr> <tr> <td>Evaluación de metas físicas y presupuestales</td> <td>Informe</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA, REDES DE SALUD</td> </tr> </tbody> </table>	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CRONOGRAMA												RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	Elaboración de Plan Integral de Monitoreo de intervenciones del PP ENT	Documento	1	X														Equipo técnico ENT - MNSA	Aprobación y ejecución del Plan Integral de Monitoreo de la intervenciones del PP ENT	Plan aprobado	1	X														DGESP/DRESA/GERESADIRIS	Priorización de regiones a supervisar	Informe	1	X														Equipo técnico ENT - MNSA	Ejecución del Plan Integral del Monitoreo	Informe	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD	Informe de los monitoreos realizados (asistencias técnicas)	Informe	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD	Plan de supervisión integral del PP ENT a nivel regional, priorizando las GERESA/DRESA/DIRIS	Informe	1		X													Equipo técnico ENT - Regional	Ejecución del plan de supervisión	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA	Informe de las supervisiones realizadas de las GERESA/DRESA/DIRIS priorizadas	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA	Evaluación de metas físicas y presupuestales	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA, REDES DE SALUD
	TAREAS				UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CRONOGRAMA												RESPONSABLE																																																																																																																																																																												
		ENE	FEB	MAR			ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																
	Elaboración de Plan Integral de Monitoreo de intervenciones del PP ENT	Documento	1	X														Equipo técnico ENT - MNSA																																																																																																																																																																													
	Aprobación y ejecución del Plan Integral de Monitoreo de la intervenciones del PP ENT	Plan aprobado	1	X														DGESP/DRESA/GERESADIRIS																																																																																																																																																																													
	Priorización de regiones a supervisar	Informe	1	X														Equipo técnico ENT - MNSA																																																																																																																																																																													
	Ejecución del Plan Integral del Monitoreo	Informe	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																													
	Informe de los monitoreos realizados (asistencias técnicas)	Informe	10		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo técnico ENT - MNSA DGESP/DRESA/GERESADIRIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																													
	Plan de supervisión integral del PP ENT a nivel regional, priorizando las GERESA/DRESA/DIRIS	Informe	1		X													Equipo técnico ENT - Regional																																																																																																																																																																													
	Ejecución del plan de supervisión	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA																																																																																																																																																																													
Informe de las supervisiones realizadas de las GERESA/DRESA/DIRIS priorizadas	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA																																																																																																																																																																														
Evaluación de metas físicas y presupuestales	Informe	2			X			X				X				X	Equipo técnico ENT - Regional, GERESA, DRESA, REDES DE SALUD																																																																																																																																																																														
6. Listado de insumos	Ver en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/																																																																																																																																																																																														

Denominación de la actividad	5004453. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Enfermedades No Transmisibles					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	080 Norma aprobada.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Consiste en el proceso a seguir para la formulación y aprobación de documentos normativos el cual se puede realizar de manera presencial y/o en modalidad a distancia mediante telegestión con el uso de las tecnologías de información y comunicación, en atención a los documentos normativos vigentes del MINSA.</p> <p><u>Desarrollo de documentos normativos:</u></p> <p>Corresponde al Nivel Nacional.⁷⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). - Impresión y distribución. - Presentación y difusión. - Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos. - Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos técnicos normativos. <p>Corresponde al Nivel Regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuación y aprobación si corresponde. - Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimientos de salud. - Difusión regional por diferentes medios. - Capacitación a personal de salud para la implementación de los DTN. - Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos a nivel regional y local. <p><u>Implementación de documentos técnicos:</u></p> <p>Se tiene en cuenta las siguientes etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La etapa de difusión es responsabilidad de la Dirección General – Oficina General o dependencia que elaboró el documento técnico normativo aprobado y la Oficina general de Comunicaciones a través de medios impresos – magnéticos o cibernéticos.⁷⁷ 					

⁷⁶ El Ministerio de Salud incluye a los Órganos de Línea y Órganos Públicos Ejecutores.

⁷⁷ La Oficina General de Estadística e Informática y la Oficina General de Comunicaciones o los que hagan sus veces, deberán mantener actualizada la base de datos de los documentos normativos vigentes en la página web del Ministerio de Salud.

Denominación de la actividad	5004453. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Enfermedades No Transmisibles
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La etapa de implementación, implica asegurar el proceso de información, educación, comunicación con pertinencia cultural y lingüística, así como el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud para la adecuada aplicación de los documentos normativos, mediante asistencias técnicas, seminarios, talleres o reuniones técnicas de manera presencial y/o en modalidad a distancia mediante telegestión con el uso de las tecnologías de información y comunicación, dirigidos al personal de salud de las dependencias, comprendidas en el ámbito de aplicación. Las actividades de capacitación considerará la programación de materiales didácticos y/o educativos, dispositivos médicos o productos sanitarios que se utilizarán en los eventos mencionados.
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel nacional: MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). • Impresión y distribución. • Socialización y difusión. • Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos. • Monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los documentos técnicos normativos. <p>Nivel regional: GERESA/DIRESA/ DIRIS/ DISAS/U.E/ REDES DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación y aprobación si corresponde. • Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimientos de salud. • Difusión regional por diferentes medios. • Capacitación a personal de salud para la implementación de los DTN. • Seguimiento, evaluación y asistencia técnica de la implementación de los Documentos Técnicos Normativos. <p>Establecimientos de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa los documentos normativos • Recibe asistencias técnicas • <input type="checkbox"/> Informa al nivel superior la implementación.
3. Criterios de programación	<p>Nivel Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de documentos normativos a ser aprobados en el periodo. <p>Nivel Regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DIRESA GERESA, DIRIS: 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>Denominación de la actividad</p>	<p>5004453. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Enfermedades No Transmisibles</p>																																																																																																																																																																																																																																		
	<ul style="list-style-type: none"> Red de Salud: 01 informe por actividad realizada (capacitación /evaluación) de los DNT aprobados y/o adecuados. 																																																																																																																																																																																																																																		
<p>4. Flujo de procesos</p>																																																																																																																																																																																																																																			
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th colspan="12">CRONOGRAMA</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGOS</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaboración de proyecto de documento normativo</td> <td>Proyecto</td> <td>1</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Equipo técnico DGESP -MINSVA</td> </tr> <tr> <td>Reuniones de trabajo con expertos</td> <td>Actas</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Equipo técnico DGESP -MINSVA</td> </tr> <tr> <td>Trámite administrativo para solicitar aprobación de DN</td> <td>Proyecto de norma</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DGESP/OGA/SG</td> </tr> <tr> <td>Aprobación de Documento Normativo</td> <td>Norma aprobada</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Secretaría General</td> </tr> <tr> <td>Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DGESP</td> </tr> <tr> <td>Impresión y distribución de los DN</td> <td>Impresiones</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DGESP</td> </tr> <tr> <td>Adecuación e implementación de Documento Normativo a EESS</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimiento de salud</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Difusión regional por diferentes medios.</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Capacitación a personal de salud para la implementación del DTN</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los DTN a nivel regional y local.</td> <td>Informe</td> <td>12</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>DGESP/DIRESA/GERESA</td> </tr> </tbody> </table> <p>NOTA: El tiempo va a depender del tipo de Documento normativo: NTS, Directiva, Guía</p>	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CRONOGRAMA												RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	Elaboración de proyecto de documento normativo	Proyecto	1	X	X	X												Equipo técnico DGESP -MINSVA	Reuniones de trabajo con expertos	Actas	2				X											Equipo técnico DGESP -MINSVA	Trámite administrativo para solicitar aprobación de DN	Proyecto de norma	1					X										DGESP/OGA/SG	Aprobación de Documento Normativo	Norma aprobada	1						X									Secretaría General	Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos	Informe	1							X	X							DGESP	Impresión y distribución de los DN	Impresiones	1								X	X						DGESP	Adecuación e implementación de Documento Normativo a EESS	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD	Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimiento de salud	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD	Difusión regional por diferentes medios.	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD	Capacitación a personal de salud para la implementación del DTN	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD	Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los DTN a nivel regional y local.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DGESP/DIRESA/GERESA
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA				CANTIDAD	CRONOGRAMA												RESPONSABLE																																																																																																																																																																																																																	
		ENE	FEB	MAR		ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																																																					
Elaboración de proyecto de documento normativo	Proyecto	1	X	X	X												Equipo técnico DGESP -MINSVA																																																																																																																																																																																																																		
Reuniones de trabajo con expertos	Actas	2				X											Equipo técnico DGESP -MINSVA																																																																																																																																																																																																																		
Trámite administrativo para solicitar aprobación de DN	Proyecto de norma	1					X										DGESP/OGA/SG																																																																																																																																																																																																																		
Aprobación de Documento Normativo	Norma aprobada	1						X									Secretaría General																																																																																																																																																																																																																		
Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos	Informe	1							X	X							DGESP																																																																																																																																																																																																																		
Impresión y distribución de los DN	Impresiones	1								X	X						DGESP																																																																																																																																																																																																																		
Adecuación e implementación de Documento Normativo a EESS	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																		
Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimiento de salud	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																		
Difusión regional por diferentes medios.	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																		
Capacitación a personal de salud para la implementación del DTN	Informe	1										X	X				DIRESA/GERESA/DI RIS/REDES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																		
Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los DTN a nivel regional y local.	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DGESP/DIRESA/GERESA																																																																																																																																																																																																																		
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos</p>																																																																																																																																																																																																																																		

Denominación de la actividad	5004453. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Enfermedades No Transmisibles
	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/

SALUD OCULAR

Tabla N° 12.

Modelo Operacional de la Actividad

Denominación de la actividad	5005991 Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a la identificación del recién nacido prematuro con factores de riesgo de desarrollar retinopatía de la prematuridad (Recién Nacido prematuro menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos y/o prematuro que requiere oxígeno), a fin de realizar la interconsulta a la especialidad de oftalmología para la determinación del diagnóstico oportuno de la Retinopatía de la Prematuridad – ROP (siglas en inglés de Retinopathy of Prematurity) en la cual se realiza la dilatación pupilar del RN para realizar la oftalmoscopia indirecta además de microscopia binocular u retinografía según criterio médico. Esta actividad se realiza en los hospitales del 2do y 3er nivel de atención y está a cargo del Médico Oftalmólogo capacitado en ROP. En los casos donde no se cuente con médico oftalmólogo capacitado en ROP, se realizará la referencial al Hospital que cuente con capacidad resolutive. Se brinda una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0081101 Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención. • 0081102 Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención. • 0081103 Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención. • 0081104 Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención. • 0081105 Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención. 					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional.</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) 					

Denominación de la actividad	5005991 Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente I-4 que cuenten con servicio de oftalmología y médico oftalmólogo capacitado en ROP ○ Se brinda la atención al recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad, tamizaje y diagnóstico, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral..
3. Criterios de programación	Corresponde al 100% de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para ROP (meta del Sub producto 81102) o el número mayor de Recién Nacidos prematuros con diagnóstico de ROP registrados los

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5005991 Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)</p>																																																																																																																			
	<p>últimos 3 años (meta del Sub producto 81103), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente: Sistema de Información en Salud (HIS), Reporte de la ESSOPC</p>																																																																																																																			
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad, RM N° 539-2006/MINSA.</p>																																																																																																																			
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (Acciones)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo - Lic. Enfermería, otro)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del RRHH EN ROP (Neonatólogo, Pediatra, Oftalmólogo, Anestesiólogo, Lic. Enfermería)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Tamizaje y diagnóstico</td> <td>Servicio de Oftalmología</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Monitoreo</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo - Lic. Enfermería, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X												Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del RRHH EN ROP (Neonatólogo, Pediatra, Oftalmólogo, Anestesiólogo, Lic. Enfermería)	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											Atenciones	Tamizaje y diagnóstico	Servicio de Oftalmología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X				X			Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS (Acciones)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																										
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																				
TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIEN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo - Lic. Enfermería, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																														
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del RRHH EN ROP (Neonatólogo, Pediatra, Oftalmólogo, Anestesiólogo, Lic. Enfermería)	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																													
	Atenciones	Tamizaje y diagnóstico	Servicio de Oftalmología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																			
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X				X																																																																																																					
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X																																																																																																															

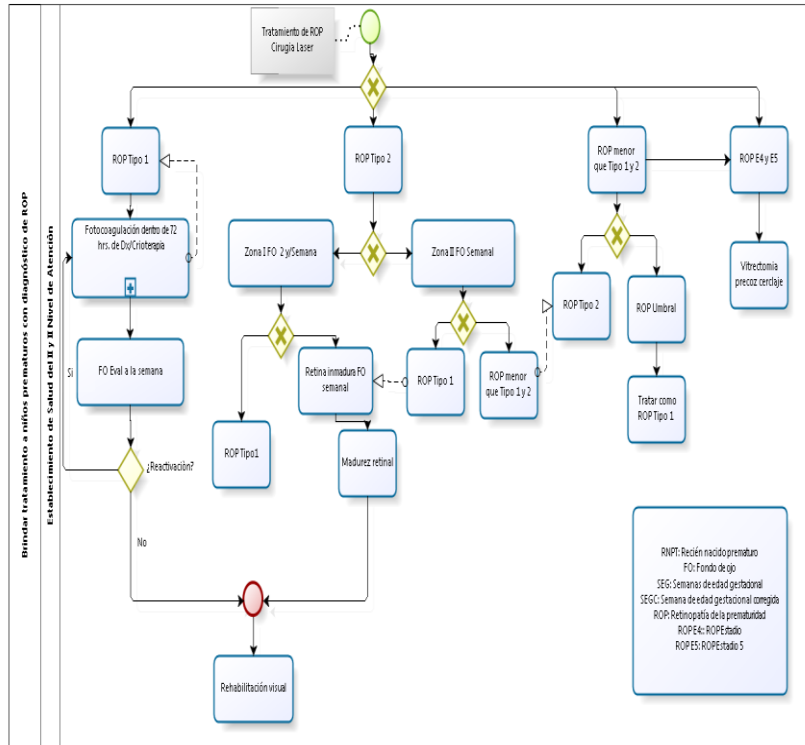
Denominación de la actividad	5005991 Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/

Denominación de la actividad	5005992 Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar el tratamiento especializado (laser – antiangiogénicos – terapia mixta o Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación), atención de complicaciones y control post quirúrgico al recién nacido prematuro con diagnóstico definitivo de Retinopatía de la Prematuridad (ROP) de acuerdo a normatividad vigente. Esta actividad se realiza en los hospitales del 2do y 3er nivel de atención y está a cargo del Médico Oftalmólogo capacitado en ROP. En los casos donde no se cuente con médico oftalmólogo capacitado en ROP, se realizará la referencial al Hospital que cuente con capacidad resolutive. Se brinda una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0081204 Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser • 0081205 Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con anti-angiogénicos • 0081206 Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser mas antiangiogénicos • 0081207 Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación. • 0081202 Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad. 					

Denominación de la actividad	5005992 Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
	<ul style="list-style-type: none"> • 0081208 Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo secundario a Retinopatía del Prematuro. • 0081209 Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Nistagmus secundario a Retinopatía del Prematuro. • 0081210 Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Estrabismo secundario a Retinopatía del prematuro • 0081211 Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Glaucoma secundario a Retinopatía del Prematuro • 0081212 Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Catarata secundaria a Retinopatía del Prematuro • 0081213 Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro. • 0081203 Diagnóstico, tratamiento quirúrgico y control especializado para recién nacido con retinopatía de la prematuridad mediante oferta móvil.
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. ○ Nivel Regional. <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos.

Denominación de la actividad	5005992 Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
	<p>Establecimientos de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente 1-4 que cuenten con servicio de oftalmología y médico oftalmólogo capacitado en ROP ○ Se brinda la atención al recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad, tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde a la sumatoria de meta establecida en los subproductos de tratamiento programados: láser (0081204) y/o anti-angiogénicos (0081205) y/o láser más antiangiogénicos (0081206) y/o Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación (0081207) y/o oferta móvil (0081203), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
4. Flujo de procesos	<p>Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad, RM N° 539-2006/MINSA.</p>

Denominación de la actividad 5005992 Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)



5. Diagrama de Gantt

PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL													
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
TRATAMIENTO Y CONTROL DE RN CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD	Fortalecimiento de la rectoria con apoyo de la Gestion con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoria con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo - Lic. Enfermería, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X												
	Fortalecimiento de la Gestion con Recursos Humanos	Capacitación del RRHH EN ROP (Neonatologo - Pediatra - Oftalmólogo - Anestesiologo - Lic. Enfermería)	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											
	Atenciones	Tratamiento y control	Servicio de Oftalmología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X				X			
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X													

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos <https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/>

Denominación de la actividad	5000111 Exámenes de tamizaje y diagnóstico de niños con errores refractivos					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar errores refractivos no corregidos en niños de 3 a 11 años de edad, mediante la determinación de la agudeza visual con cartilla específica y oclisor con agujero estenopeico, una vez identificado un niño con disminución de la agudeza visual es evaluado por el médico capacitado, quien determina un diagnóstico presuntivo y refiere al nivel inmediato superior que cuente con médico oftalmólogo, con la finalidad de realizar la confirmación diagnóstica del tipo de error refractivo a través del examen de refracción, de acuerdo a normatividad vigente. Esta actividad es realizada una vez al año, tanto el tamizaje por personal de salud capacitado, como el diagnóstico por médico oftalmólogo. Se brinda en los establecimientos de salud del 1er nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1) según capacidad resolutive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5001306 Tamizaje y detección de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años. • 5001302 Evaluación y despistaje de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años. • 5001304 Referencia de pacientes con errores refractivos. • 5001301 Diagnóstico de errores refractivos. • XXXXXXXX Diagnóstico de Ambliopía 					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, 					

Denominación de la actividad	5000111 Exámenes de tamizaje y diagnóstico de niños con errores refractivos
	<p>asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimientos de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud con población asignada, 1er nivel de atención y excepcionalmente II-1. ○ Se brinda la atención a los niños de 3 a 11 años, tamizaje y diagnóstico de errores refractivos, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde al 70% de niños(as) de 3 a 11 años de edad considerados en el sub producto de tamizaje (5001306) o el 80% de niños(as) afiliados al SIS de 3 a 11 años de edad programados para referencia en el subproducto de diagnóstico de errores refractivos (5001302), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
4. Flujo de procesos	<p>Guía de Práctica Clínica para la Detección. Diagnóstico, Tratamiento y Control de Errores Refractivos en Niñas y Niños mayores de 3 años y Adolescentes. - RM N °648-2014/MINSA.</p>

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000111 Exámenes de tamizaje y diagnóstico de niños con errores refractivos</p>																																																																																																																			
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (Acciones)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad Medida</th> <th colspan="12">META RSICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico - Lic. Enfermería, TMO, otro)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del Personal de Salud en Determinación de la Agudeza Visual y Examen de los Ojos y de la Visión.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Tamizaje de Agudeza Visual</td> <td>Personal de Salud capacitado</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Monitoreo</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META RSICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico - Lic. Enfermería, TMO, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en Determinación de la Agudeza Visual y Examen de los Ojos y de la Visión.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											Atenciones	Tamizaje de Agudeza Visual	Personal de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X				X			Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS (Acciones)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META RSICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																										
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																				
TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico - Lic. Enfermería, TMO, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																													
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en Determinación de la Agudeza Visual y Examen de los Ojos y de la Visión.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																													
	Atenciones	Tamizaje de Agudeza Visual	Personal de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																			
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X				X																																																																																																					
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X																																																																																																															
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																			

Denominación de la actividad	5000112 Brindar tratamiento a pacientes con diagnostico de errores refractivos					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades que permiten brindar el tratamiento de un error refractivo a los niños de 3 a 11 años de edad mediante la entrega de lentes correctores (a medida) y su control posterior, de acuerdo a la normatividad vigente. Se brinda en establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente en el 1er nivel (I-3 o I-4) con capacidad resolutive u oferta móvil. Esta actividad es realizada por el médico oftalmólogo y/o tecnólogo médico en optometría. Se brinda una vez al año. Cabe señalar que el beneficiario debe escoger su lente para reforzar su uso, y debe ser entregado en compañía de sus padres y/o apoderados, luego de una consejería sobre el buen uso de los mismos. Una vez que se entregó el tratamiento, se programan 02 controles (a los 3 y 6 meses) con la finalidad de evaluar la adherencia al tratamiento (verificación del uso de lentes) y determinar el desarrollo del estado refractivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5001402 Tratamiento de errores refractivos • 5001401 Control de pacientes con errores refractivos • 5001403 Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos • Xxxx Tratamiento de Ambliopía • xxxxxTerapia de Estimulación Visual en Ambliopía 					

2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>En el gobierno nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en Establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente I-3 o I-4 con médico oftalmólogo. ○ Brinda la atención a los niños de 3 a 11 años, tratamiento y control de errores refractivos, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	Corresponde al 100% de niños(as) de 3 a 11 años de edad afiliados al SIS programados para tratamiento de un Error Refractivo

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000112 Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos</p>
	<p>diagnosticado, se considera la sumatoria de la meta de los Sub productos de tratamiento de errores refractivos (5001402) y oferta móvil (5001403), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>Guía de Práctica Clínica para la Detección. Diagnóstico, Tratamiento y</p> <pre> graph TD Start([Diagnóstico presuntivo de error refractivo por médico general]) -.-> Eval[Evaluación de caso: Refracción consulta por médico oftalmólogo] Eval --> Confirma{¿Se confirma diagnóstico?} Confirma -- Si --> Ajuste[Prueba y ajuste de lentes, entrega de lentes corrector seleccionado, consejería] Confirma -- No --> Ident[Identificación de otra patología] Ajuste --> Control([Control en un año]) Ident --> Trat[Tratamiento de la patología según capacidad resolutive] Trat --> Refer[Generar referencia] </pre> <p>Control de Errores Refractivos en Niñas y Niños mayores de 3 años y Adolescentes. – RM N° 648-2014/MINSA</p>
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	

Denominación de la actividad	5000112 Brindar tratamiento a pacientes con diagnostico de errores refractivos																		
	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL													
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
TRATAMIENTO Y CONTROL DE ERRORES REFRACTIVOS	Fortalecimiento de la Gestion con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoria con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo -TMO)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													
	Atenciones	Prueba y Ajuste de Lentes - Tratamiento de Errores Refractivos	Profesional de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X					X			
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X														
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/																		

Denominación de la actividad	5000109 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas						
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X		GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada						
Modelo operacional de la actividad							
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos realizados con el objetivo de detectar y diagnosticar oportunamente a las personas de 50 años a más de edad con disminución de la agudeza visual o ceguera causada probablemente por catarata; mediante la determinación de la agudeza visual con cartilla y ocluser con agujero estenopeico, las personas identificadas serán evaluadas por médico capacitado, quien referirá los casos probables al establecimiento de salud que cuente con médico oftalmólogo para confirmación diagnóstica de Catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a la persona, acerca de la catarata y su tratamiento.</p> <p>El tamizaje es realizado por personal de salud capacitado en los establecimientos de salud con población asignada (1er nivel y excepcionalmente II-1), asimismo el diagnóstico lo realiza el médico</p>						

Denominación de la actividad	5000109 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas
	<p>oftalmólogo en establecimientos del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente 1er nivel. Se realiza una (01) vez al año.</p> <p>Consideración: en los casos de catarata congénita es el conjunto de actividades dirigidas a niños menores de 5 años (con énfasis en los menores de 3 meses de nacido), con finalidad de detectar y referir oportunamente la catarata congénita, mediante el examen de reflejo rojo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5001101 Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención. • 5001102 Evaluación y despistaje de catarata. • 5001105 Consejería para control y detección oportuna de catarata. • 5001103 Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención. • 5001104 Diagnóstico de ceguera por catarata. • 5001106 Examen de apoyo al diagnóstico en laboratorio. • 5001107 Examen de apoyo al diagnóstico en cardiología. • 5001108 Examen de apoyo al diagnóstico en imágenes.

Denominación de la actividad	5000109 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 50 años a más de edad, tamizaje y diagnóstico de catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000109 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas</p>
<p>3. Criterios programación</p>	<p>Corresponde al 80 % de la población de 50 años de edad a más afiliadas al Seguro Integral de Salud (meta del Sub producto de Tamizaje - 5001101) o 58% de las personas de 50 años de edad a más programadas para referencia (meta del Sub producto de Diagnóstico – 5001104), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>“Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, detección diagnóstico y tratamiento de Catarata” – RM N° 537/MINSA</p> <pre> graph TD Start([Detección de caso en la comunidad]) --> Exam[Examen de Agudeza visual por enfermera o médico general] Exam --> D1{¿Ve igual o menor a 20/200?} D1 -- Si --> EvalGen[Evaluación por el médico general] D1 -- No --> Cont1[Control periódico] EvalGen --> D2{¿Diagnóstico presuntivo de catarata?} D2 -- Si --> EvalOft[Evaluación por médico oftalmólogo] D2 -- No --> Cont2[control periódico] EvalOft --> D3{¿Diagnóstico de catarata?} D3 -- Si --> Consej[Consejería, opciones de tratamientos exámenes prequirúrgicos] D3 -- No --> Cont3[Consulta de otras especialidades oftalmológicas] Consej --> Trat[Tratamiento quirúrgico] Cont1 --> End(()) Cont2 --> End Cont3 --> End Trat --> End </pre>

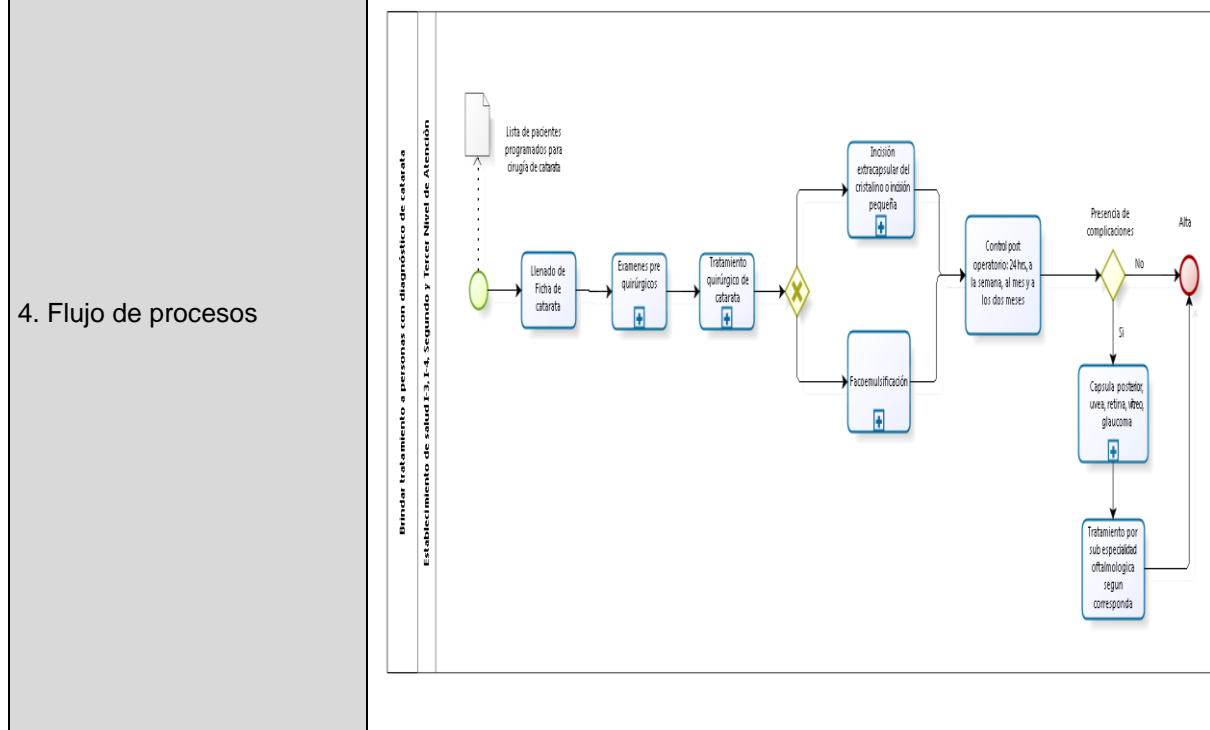
Denominación de la actividad	5000109 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas																				
5. Diagrama de Gantt	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL															
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS		Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico - Lic. Enfermería, TMO, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													
			Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en Determinación de la Agudeza Visual y Examen de los Ojos y de la Visión.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X												
			Atenciones	Tamizaje de Agudeza Visual	Personal de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe			X			X				X					
Acciones de Control			Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X															
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/																				

Denominación de la actividad	5000110 Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de catarata					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar el tratamiento quirúrgico y controles post operatorios a la persona de 50 años a más de edad con diagnóstico de catarata, según normatividad vigente. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo, quien determina la técnica quirúrgica a realizar según tipo de catarata y comorbilidades (Extracapsular, Mininuc o Facoemulsificación). Se realiza en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, con capacidad resolutive, con excepción del nivel I-4. Se brinda una vez al año. Cabe señalar que finalizado el acto quirúrgico se realizan 04 controles postoperatorios: al día siguiente, a la semana, al mes y los dos meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5001209 Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña • 5001208 Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Facoemulsificación • 5001204 Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata • 5001205 Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control • 5001201 Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo • 5001202 Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma • 5001203 Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina • 5001206 Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Úvea • 5001207 Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de la capsula posterior • 5001210 Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para personas con Catarata 					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) 					

Denominación de la actividad	5000110 Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de catarata
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. Nivel Regional. GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 50 años a más de edad, tratamiento y control de catarata, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde al 100% de las personas de 50 años a más que recibirán tratamiento por una Catarata diagnosticada, se considera la sumatoria de la meta de los Sub productos de Cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña – 5001209 y/o Facoemulsificación - 5001208 y/o Oferta móvil - 5001210, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>

Denominación de la actividad 5000110 Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de catarata

“Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, detección diagnóstico y tratamiento de Catarata” – RM N° 537/MINSA



5. Diagrama de Gantt

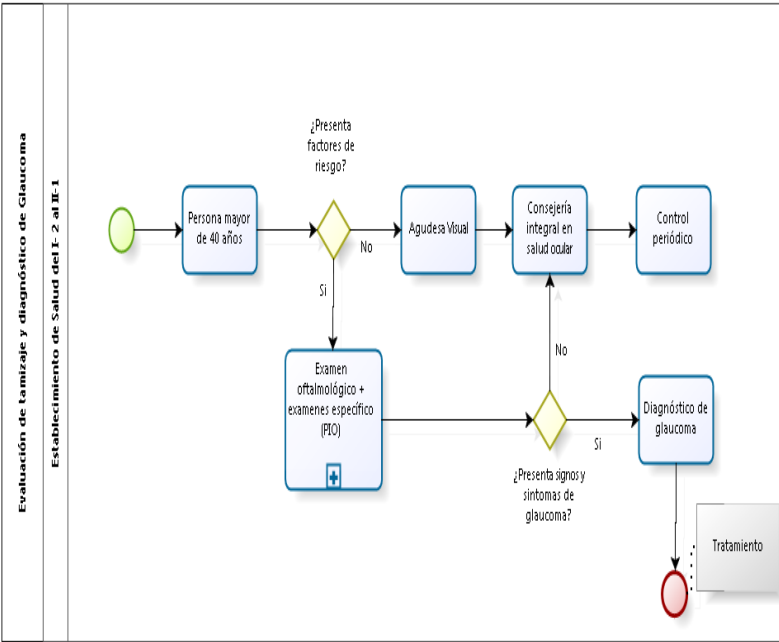
PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	Fortalecimiento de la Gestion con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoria con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Oftalmólogo con capacidad quirúrgica - Lic. Enfermería, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X											
	Fortalecimiento de la Gestion con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Ocular Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X										
	Coordinación Local	Coordinación con Familia - Persona y/o apoderado sobre acto quirúrgico, duración y cuidados	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Atenciones	Cirugía de Carata Extracapsular	Personal de Salud capacitado	HIS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Atenciones	Control Post Operatorio (al día siguiente, a la semana, al mes y dos meses)	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X												

6. Listado de insumos Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos

Denominación de la actividad	5000110 Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de catarata
	https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/

Denominación de la actividad	5005993 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a identificar factores de riesgo (familiar en primer grado con glaucoma, Edad igual o mayor de 40 años y aumento de la presión intraocular – PIO mayor de 21 mmHg en uno o ambos ojos) y diagnosticar precozmente casos de glaucoma, a personas de 40 años a más de edad. Una vez identificado 02 factores de riesgo, la persona pasa a evaluación por médico capacitado para establecer el diagnóstico presuntivo y su posterior referencia al siguiente nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo, quien determinará el diagnóstico definitivo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. La actividad de tamizaje está a cargo del personal de salud capacitado de establecimientos de salud con población asignada (1er nivel de atención y excepcionalmente II-1), asimismo el diagnostico se realiza en establecimiento de salud del 2do y 3er nivel de atención excepcionalmente 1er nivel. Se realiza una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0081301 Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención • 0081305 Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención • 0081302 Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma • 0081303 Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención • 0081304 Diagnóstico de Glaucoma 					

Denominación de la actividad	5005993 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). ○ Brinda la atención a personas de 40 años a más de edad, tamizaje y diagnóstico de glaucoma, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutoria.

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5005993 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 25% de la población de 40 años a más afiliada al Seguro Integral de Salud (meta del Sub producto 0081301) o el 14% de las personas programadas en referencia para diagnóstico y tratamiento de glaucoma (meta del Sub producto 0081304), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>Anteproyecto de Documento Normativo: Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de Glaucoma</p>  <pre> graph TD Start(()) --> A[Persona mayor de 40 años] A --> B{¿Presenta factores de riesgo?} B -- No --> C[Agudeza Visual] C --> D[Consejería integral en salud ocular] D --> E[Control periódico] B -- Si --> F[Examen oftalmológico + exámenes específico (PIO)] F --> G{¿Presenta signos y síntomas de glaucoma?} G -- Si --> H[Diagnóstico de glaucoma] G -- No --> D H --> I[Tratamiento] </pre>

Denominación de la actividad	5005993 Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma																			
	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL														
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
5. Diagrama de Gantt		Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico - Lic. Enfermería, otro)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													
	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en Determinación de la Agudeza Visual y Examen de los Ojos y de la Visión. Factores de Riesgo de Glaucoma.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X												
		Atenciones	Tamizaje de Agudeza Visual	Personal de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X					X			
		Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X														
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/																			

Denominación de la actividad	5005994 Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a brindar el tratamiento y control a personas de 40 años a más de edad con diagnóstico de glaucoma, incluye la entrega de fármacos anti glaucomatosos – tratamiento quirúrgico, ciclodestructivo y/o láser según la determinación realizada por el médico oftalmólogo capacitado, quien está a cargo de la actividad. Se realiza en los establecimientos de salud del 2do y 3er nivel de atención, excepcionalmente en el 1er nivel de atención. Asimismo, se considera 02 controles médicos al año: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control, puede variar según evolución del paciente y criterio médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0081401 Tratamiento de Glaucoma • 0081402 Control de personas con Glaucoma 					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto 					

Denominación de la actividad	5005994 Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma
	<p>en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas de 40 años a más de edad, tratamiento y control de glaucoma, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
3. Criterios de programación	<p>Corresponde al 100% de personas de 40 años a más de edad programadas con diagnóstico de glaucoma que recibirán tratamiento (meta del Sub producto de Tratamiento – 0081401), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
4. Flujo de procesos	Anteproyecto de Documento Normativo: Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de Glaucoma

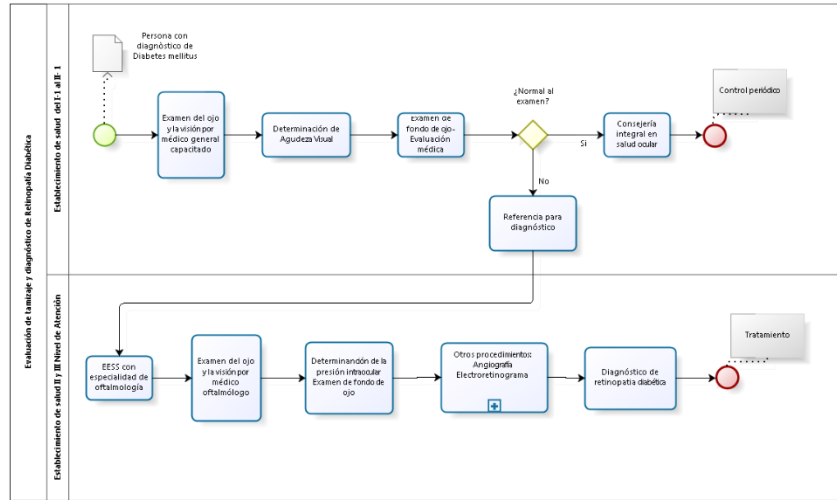
<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5005994 Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma</p>																																																																																																		
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="width: 100%; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Glaucoma de Angulo Abierto</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Establecimiento de Salud del III y III Nivel de Atención</p> </div> <div style="width: 100%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small; margin: 0;">Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Glaucoma con Angulo Cerrado</p> <p style="font-size: x-small; margin: 0;">Establecimiento de Salud del III y III Nivel de Atención</p> </div> </div>																																																																																																		
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #0070C0; color: white;"> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (Acciones)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr style="background-color: #0070C0; color: white;"> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONA CON GLAUCOMA</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Otolmólogo -TMO)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Consulta Especializada - Tratamiento Glaucoma</td> <td>Profesional de Salud capacitado</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Monitoreo</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de DIRESA</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (Acciones)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONA CON GLAUCOMA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Otolmólogo -TMO)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X												Atenciones	Consulta Especializada - Tratamiento Glaucoma	Profesional de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X			X				Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS (Acciones)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																									
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																			
TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONA CON GLAUCOMA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud-CAS. (Médico Otolmólogo -TMO)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																													
	Atenciones	Consulta Especializada - Tratamiento Glaucoma	Profesional de Salud capacitado	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																		
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe				X			X			X																																																																																					
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de DIRESA	Informe	X																																																																																														
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																		

Denominación de la actividad	5006230 Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos que se realizan a la persona con diabetes mellitus orientados a identificar riesgo de retinopatía diabética y su confirmación diagnóstica. Una vez detectado una persona con diagnóstico de diabetes mellitus, se realiza la determinación de la agudeza visual, e independientemente de las manifestaciones clínicas, se deriva al médico capacitado para la evaluación y diagnóstico presuntivo de la persona, para su posterior referencia al establecimiento de salud con médico oftalmólogo para su confirmación diagnóstica según normatividad vigente. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. La actividad de detección está a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud con población asignada (1er nivel de atención y excepcionalmente II-1) y el diagnóstico está a cargo del médico oftalmólogo capacitado. Se brinda una (01) vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0086501 Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención. • 0086502 Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética • 0086503 Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética. • 0086504 Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética en el primer nivel de atención. • 0086505 Diagnóstico de Retinopatía Diabética. • 0086506 Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina • 0086507 Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina 					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. 					

	<p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). ○ Brinda la atención a personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, detección y diagnóstico de Retinopatía Diabética, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3.Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 10 % más del número de personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus del año anterior (meta del Sub producto de detección) o el 23% de personas programadas para referencia (meta del Sub producto para el diagnóstico de Retinopatía Diabética), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>

4. Flujo de procesos

Anteproyecto de Documento Normativo: Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Retinopatía Diabética



5. Diagrama de Gantt

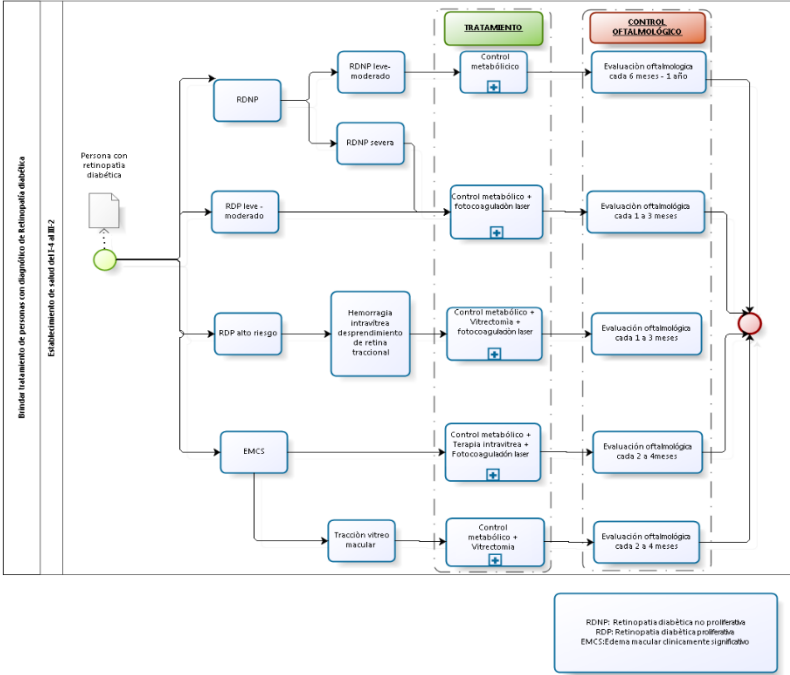
PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL														
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC			
3000865 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X												
	Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Atenciones	detección de personas con factores de riesgo /signos o síntomas	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Atenciones	Diagnóstico por médico oftalmólogo	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X														

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Denominación de la actividad	5006231 Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a brindar el tratamiento y control a personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética, según normatividad vigente. Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo capacitado, quien determina la opción terapéutica y la frecuencia necesaria en el control de la persona atendida (no obstante, se realiza 1er control a los 2 meses del inicio de tratamiento y el 2do control a los 4 meses del primer control). Se realiza en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención con capacidad resolutive. Se brinda una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0086508 Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser • 0086509 Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos • 0086510 Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía • 0086511 Control de personas con Retinopatía Diabética 					

2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a personas con Diabetes Mellitus, tratamiento y control de Retinopatía Diabética, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>100% de personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética programadas para tratamiento, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p>Anteproyecto de Documento Normativo: Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Retinopatía Diabética</p>  <p>RDNP: Retinopatía diabética no proliferativa RDP: Retinopatía diabética proliferativa EMCS: Edema macular clínicamente significativo</p>

5. Diagrama de Gantt	PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
	3000865 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X											
		Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X										
		Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados postquirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Atenciones	Tratamiento especializado	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Atenciones	Control y seguimiento de paciente	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X				X				X	
Acciones de Control		Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X													
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)																	

Denominación de la actividad	5006232 Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	438 - Persona Tamizada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a detectar y diagnosticar enfermedades externas del ojo (parpado y conjuntiva) en personas de diferentes etapas de vida. Esta actividad está a cargo del personal de salud capacitado, quien realiza un examen ocular externo (ojos y párpados); en algunos casos se requiere exámenes de laboratorio (tomar muestra para frotis de secreción conjuntival, estudio de pestañas, cultivo y antibiograma) y en caso requiera mayor estudio, se realizará la referencia al establecimiento de salud que cuente con médico oftalmólogo para el diagnóstico especializado y posterior tratamiento. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería en salud ocular. Se brinda una vez al año.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0086601 Detección de persona con Enfermedades Externas del Ojo. • 0086602 Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo. • 0086603 Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo • 0086604 Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención. • 0086605 Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo. 					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES). ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). ○ Brinda la atención a la persona con Enfermedad Externa del parpado y conjuntiva, tamizaje y diagnóstico, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive.
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral. 																																																																																																																																				
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100 de personas detectadas con Enfermedades Externas del Ojo (Conjuntivitis-Blefaritis-Orzuelo-Chalazión y Tracoma) o la sumatoria de subproductos de diagnóstico (1er nivel y especializados), según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>																																																																																																																																				
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD Start(()) --> A[Persona con sintomatología ocular externa] A --> B[Examen del ojo] B --> C{¿Ojo rojo y/o nudo en el párpado?} C -- Si --> D[Diagnóstico enfermedad externa del ojo] C -- No --> E[Control Periódico] D --> F{¿Presenta signos de alarma?} F -- No --> G[Tratamiento específico] F -- Sí --> H[Referencia EESS con capacidad resolutive] G --> End(()) H --> End </pre>																																																																																																																																				
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (ACCIONES)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordinación Local</td> <td>Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>detección de personas con factores de riesgo /signos o síntomas</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Diagnóstico por médico oftalmólogo</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X												Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atenciones	detección de personas con factores de riesgo /signos o síntomas	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atenciones	Diagnóstico por médico oftalmólogo	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																																											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																					
3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																																															
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																																														
	Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																				
	Atenciones	detección de personas con factores de riesgo /signos o síntomas	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																				
	Atenciones	Diagnóstico por médico oftalmólogo	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																				
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X																																																																																																																																
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																																																																				

Denominación de la actividad	5006233 Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a brindar el tratamiento y control a personas de diferentes etapas de vida con diagnóstico de Enfermedad Externa del Ojo (Conjuntivitis-Chalazión-Orzuelo-Blefaritis-Tracoma). Esta actividad está a cargo del médico capacitado y/o médico oftalmólogo capacitado. Se realiza en los establecimientos de salud del 1er, 2do y 3er nivel de atención según corresponda. Se brinda una vez al año. Asimismo, se considera 02 controles médicos al año: Primer control a los 3 meses y el segundo control a los 6 meses del primer control, puede variar según evolución del paciente y criterio médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0086606 Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo • 0086607 Tratamiento especializado de complicaciones de párpado • 0086608 Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea • 0086609 Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con transplante de cornea • 0086610 Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo 					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. ○ Nivel Regional. <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brinda la atención a la persona con diagnóstico de una Enfermedad Externa del parpado y conjuntiva, tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100% de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo (Conjuntivitis-Blefaritis-Orzuelo-Chalazión y Tracoma)</p>

	<p>programadas para tratamiento del 1er nivel de atención y especializado, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>																																																																																																																																																					
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph LR Start(()) --> A[Tratamiento específico y medidas generales] A --> B[Reevaluar en 7-30 días según caso] B --> C{¿Mejoría?} C -- Si --> D[Alta y orientación de medidas preventivas] C -- No --> E[Referencia al EESS con capacidad resolutive] D --> End(()) </pre> <p>TRATAMIENTO Y CONTROL DE ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO Establecimiento de salud del primer nivel de atención</p>																																																																																																																																																					
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (ACCIONES)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordinación Local</td> <td>Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados postquirúrgicos.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Tratamiento especializado</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Control y seguimiento de paciente</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Monitoreo</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X												Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X											Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados postquirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atenciones	Tratamiento especializado	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atenciones	Control y seguimiento de paciente	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X			X			X				Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																																																												
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																						
3000866 - Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																																																																
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																																																															
	Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados postquirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																					
	Atenciones	Tratamiento especializado	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																					
	Atenciones	Control y seguimiento de paciente	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																					
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X			X			X																																																																																																																																								
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X																																																																																																																																																	
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																																																																																					

Denominación de la actividad	Xxxx Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas al diagnóstico, tratamiento y control de Baja Visión en personas de diferentes etapas de vida. Estas actividades están a cargo del médico oftalmólogo capacitado del establecimiento de salud con capacidad resolutive, quien realiza los procedimientos especializados para obtener el diagnóstico según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Baja Visión • Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión • Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión brinda una vez al año. 					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud de los 3 niveles de atención, según su capacidad resolutive. ○ Brinda la atención a la persona con Baja Visión: diagnóstico tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
---	---

<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100 de personas con Baja Visión que recibe tratamiento, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>																																																																																																																								
<p>4. Flujo de procesos</p>																																																																																																																									
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (ACCIONES)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordinación Local</td> <td>Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Diagnóstico por médico oftalmólogo capacitado</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X												Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atenciones	Diagnóstico por médico oftalmólogo capacitado	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X													
PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																															
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																									
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																																			
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de Salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																																		
	Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																							
	Atenciones	Diagnóstico por médico oftalmólogo capacitado	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																							
	Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe	X																																																																																																																				
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																																																								

Denominación de la actividad	Xxxxx Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	460 - Persona Tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas al diagnóstico, tratamiento y control de Baja Visión en personas de diferentes etapas de vida. Estas actividades están a cargo del médico oftalmólogo capacitado del establecimiento de salud con capacidad resolutive, quien realiza los procedimientos especializados para brindar el tratamiento y control según corresponda. Se brinda una vez al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con Ayudas en Baja Visión • Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión • Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión • Capacitación en Interacción con una persona con baja visión • Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión • Control de personas con Baja Visión 					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica y evalúa su implementación. (ESNSOPC). ○ Consolida la programación a nivel nacional de metas físicas y requerimiento de insumos estratégicos. (ESNSOPC) ○ Realiza el análisis de disponibilidad de medicamentos y el proceso para la adquisición y distribución de insumos estratégicos para salud ocular a nivel nacional según corresponda. (DIGEMID-CENARES) ○ Supervisión y monitoreo trimestral del avance de metas físicas de los establecimientos de salud a nivel nacional y regional. <p>Nivel Regional.</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Adecua, difunde e implementa el marco normativo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, asimismo coordina y brinda asistencia técnica para la implementación de intervenciones sanitarias. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces coordinan con las Unidades Ejecutoras para verificar, analizar y consolidar la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto requerido. ○ Las Unidades Ejecutoras definen sus puntos de atención para cada producto/subproducto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces a través de las Unidades Ejecutoras realizan los procesos de adquisiciones, contrataciones, asignaciones y distribución de bienes y servicios complementarios a los establecimientos de salud de su ámbito y monitorea su disponibilidad. ○ Las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces y las Unidades Ejecutoras realizan la verificación de la calidad de gasto del presupuesto asignado según corresponda al Producto y sus subproductos. <p>Establecimiento de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se realiza en los establecimientos de salud de los 3 niveles de atención, según su capacidad resolutive. ○ Brinda la atención a la persona con Baja Visión: diagnóstico tratamiento y control, de acuerdo a la normatividad vigente. ○ Programa la meta física de acuerdo a los criterios establecidos por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera. ○ Coordina con la Unidad Ejecutora la programación de metas físicas y el cuadro de necesidades (recursos humanos, equipamiento biomédico, medicamentos e insumos estratégicos) según su capacidad resolutive. ○ Brinda a la Unidad Ejecutora información oportuna de las intervenciones sanitarias que realiza según su programación de manera trimestral.
---	--

<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Corresponde al 100 de personas con Baja Visión que recibe tratamiento, según corresponda al nivel de atención y capacidad resolutive.</p> <p>Fuente de Información: Sistema de Información en Salud (HIS) - Reporte de la ESSOPC.</p>																																																																																																																																																																
<p>4. Flujo de procesos</p>	<p style="text-align: right;"><small>Reporte de</small> bizagi <small>flow</small></p>																																																																																																																																																																
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS (ACCIONES)</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión</td> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Capacitación del Personal de salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coordinación Local</td> <td>Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atendones</td> <td>Tratamiento con Ayuda - terapia de estimulación visual - terapia de rehabilitación visual</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Atendones</td> <td>Control y seguimiento de paciente</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Monitoreo</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acciones de Control</td> <td>Evaluación</td> <td>ESSOPC a nivel de UE</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X												Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atendones	Tratamiento con Ayuda - terapia de estimulación visual - terapia de rehabilitación visual	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Atendones	Control y seguimiento de paciente	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X				X				X				Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X													
PRODUCTO	TAREAS (ACCIONES)						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	META FISICA - PROGRAMACIÓN MENSUAL																																																																																																																																																							
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																	
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS (Lic. Enfermería-Médico-Médico Oftalmólogo)	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																																																																											
	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Capacitación del Personal de salud en el Cuidado Integral de Salud Ocular - Cirugía Segura.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X																																																																																																																																																										
	Coordinación Local	Coordinación con Familia-Persona y/o apoderado sobre acto médico quirúrgico, duración y cuidados post quirúrgicos.	ESSOPC a nivel de UE	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																															
	Atendones	Tratamiento con Ayuda - terapia de estimulación visual - terapia de rehabilitación visual	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																														
	Atendones	Control y seguimiento de paciente	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																														
	Acciones de Control	Monitoreo	ESSOPC a nivel de UE	Informe				X				X				X																																																																																																																																																	
Acciones de Control	Evaluación	ESSOPC a nivel de UE	Informe		X																																																																																																																																																												
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																																																																																																

SALUD BUCAL

Tabla N° 12.

Modelo Operacional de la Actividad

Denominación de la actividad	5006275. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA																					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL																	
Unidad de medida del Indicador de producción física	Persona atendida																					
Modelo operacional de la actividad																						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de procedimientos estomatológicos preventivos que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento. Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de diagnosticar, prevenir y/o controlar enfermedades del sistema estomatognático así como promover prácticas adecuadas de higiene bucal en la población.</p> <p>Comprende los siguientes subproductos:</p> <table border="1"> <tr> <td>(0068001)</td> <td>Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales</td> <td>(5000602)</td> <td>Aplicación de Flúor Barniz</td> </tr> <tr> <td>(0068002)</td> <td>Examen Estomatológico</td> <td>(5000603)</td> <td>Aplicación de Flúor Gel</td> </tr> <tr> <td>(0068003)</td> <td>Instrucción de Higiene Oral</td> <td>(5000606)</td> <td>Profilaxis Dental</td> </tr> <tr> <td>(5000601)</td> <td>Aplicación de Sellantes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						(0068001)	Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	(5000602)	Aplicación de Flúor Barniz	(0068002)	Examen Estomatológico	(5000603)	Aplicación de Flúor Gel	(0068003)	Instrucción de Higiene Oral	(5000606)	Profilaxis Dental	(5000601)	Aplicación de Sellantes		
(0068001)	Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	(5000602)	Aplicación de Flúor Barniz																			
(0068002)	Examen Estomatológico	(5000603)	Aplicación de Flúor Gel																			
(0068003)	Instrucción de Higiene Oral	(5000606)	Profilaxis Dental																			
(5000601)	Aplicación de Sellantes																					
2. Organización para la entrega del producto	<p>EN EL GOBIERNO NACIONAL</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. 																					

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIREAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional. • Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado.
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>100% de la meta física programada para el subproducto examen estomatológico en establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención.</p> <p>Fuente HIS MINSA</p>

<p>4. Flujo procesos de</p>																																																																																																																						
<p>5. Diagrama Gantt de</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">PERÍODO DE EJECUCIÓN MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA</td> <td rowspan="2">Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacitación del RRIII en Actividades Estomatológicas Preventivas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Tratamiento</td> <td>Servicio de Odontología</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Acciones de Control</td> <td>Supervisión y Monitoreo</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERÍODO DE EJECUCIÓN MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X												Capacitación del RRIII en Actividades Estomatológicas Preventivas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X												Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Supervisión y Monitoreo	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe				X		X					X				Evaluación	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe	X													
PRODUCTO	TAREAS						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERÍODO DE EJECUCIÓN MENSUAL																																																																																																												
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																						
ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X																																																																																																																
		Capacitación del RRIII en Actividades Estomatológicas Preventivas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X																																																																																																															
	Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																				
	Acciones de Control	Supervisión y Monitoreo	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe				X		X					X																																																																																																							
Evaluación		Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe	X																																																																																																																		
<p>6. Listado insumos de</p>	<p>Ver en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																					

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5006276. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA</p>					
<p>Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa)</p>	<p>GN</p>	<p>X</p>	<p>GR</p>	<p>X</p>	<p>GL</p>	
<p>Unidad de medida del Indicador de producción física</p>	<p>Persona tratada</p>					
<p>Modelo operacional de la actividad</p>						

1. Definición operacional	<p>Conjunto de procedimientos estomatológicos recuperativos que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento. Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de restablecer la salud y función de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.</p>												
	Listado de subproductos:												
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="549 591 683 667">0068101</td> <td data-bbox="687 591 927 667">Raspaje Dental</td> <td data-bbox="932 591 1066 667">5000703</td> <td data-bbox="1070 591 1362 667">Exodoncia Simple</td> </tr> <tr> <td data-bbox="549 667 683 792">5000701</td> <td data-bbox="687 667 927 792">Debridación de los procesos infecciosos bucodentales</td> <td data-bbox="932 667 1066 792">5000704</td> <td data-bbox="1070 667 1362 792">Restauraciones dentales con ionómero de vidrio</td> </tr> <tr> <td data-bbox="549 792 683 860">5000702</td> <td data-bbox="687 792 927 860">Consulta Estomatológica</td> <td data-bbox="932 792 1066 860">5000705</td> <td data-bbox="1070 792 1362 860">Restauraciones dentales con resina</td> </tr> </table>	0068101	Raspaje Dental	5000703	Exodoncia Simple	5000701	Debridación de los procesos infecciosos bucodentales	5000704	Restauraciones dentales con ionómero de vidrio	5000702	Consulta Estomatológica	5000705	Restauraciones dentales con resina
0068101	Raspaje Dental	5000703	Exodoncia Simple										
5000701	Debridación de los procesos infecciosos bucodentales	5000704	Restauraciones dentales con ionómero de vidrio										
5000702	Consulta Estomatológica	5000705	Restauraciones dentales con resina										
2. Organización para la entrega del producto	<p>EN EL GOBIERNO NACIONAL</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIREAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p>												

	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional. • Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado. 																																																																																																																																													
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>Sumatoria de las metas físicas de los 06 subproductos recuperativos en los establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de atención. Fuente HIS MINSA</p>																																																																																																																																													
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD Inicio((Inicio)) --> Requiere[Requiere atención estomatológica recuperativa] Requiere --> Poblacion[Población que requiere tratamiento recuperativo] Poblacion --> Fin((Fin)) </pre> <p>Producto 2: Atención Estomatológica Recuperativa Paciente Cirujano Dentista asistido por Personal de Apoyo (Asistente Dental)</p>																																																																																																																																													
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">PERIODO DE EJECUCION MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">ATENCIÓN ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA</td> <td rowspan="2">Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Recuperativas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Atenciones</td> <td>Tratamiento</td> <td>Servicio de Odontología</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Acciones de Control</td> <td>Supervisión y Monitoreo</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERIODO DE EJECUCION MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ATENCIÓN ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X																	Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Recuperativas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X																	Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Acciones de Control	Supervisión y Monitoreo	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe				X			X				X								Evaluación	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe	X																	
PRODUCTO	TAREAS						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERIODO DE EJECUCION MENSUAL																																																																																																																																				
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																														
ATENCIÓN ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X																																																																																																																																								
		Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Recuperativas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X																																																																																																																																							
	Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																								
	Acciones de Control	Supervisión y Monitoreo	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe				X			X				X																																																																																																																														
		Evaluación	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe	X																																																																																																																																								
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																																													

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000106. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA BÁSICA</p>
-------------------------------------	---

Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL													
Unidad de medida del Indicador de producción física	Persona tratada																	
Modelo operacional de la actividad																		
1. Definición operacional	<p>Conjunto de procedimientos estomatológicos especializados que se entregan a la población en la modalidad presencial en oferta fija y/o móvil y en la modalidad a distancia (Telesalud) de corresponder de acuerdo al procedimiento. Realizado exclusivamente por el cirujano dentista quien debe ser asistido por un asistente dental y/o personal de apoyo en establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención; con la finalidad de restablecer la salud del sistema estomatognático y en la salud general.</p> <p>Listado de subproductos:</p> <table border="1"> <tr> <td>5000814</td> <td>Terapia pulpar</td> <td>5000804</td> <td>Rehabilitación protésica</td> </tr> <tr> <td>5000815</td> <td>Terapia endodóntica</td> <td>5000816</td> <td>Tratamiento periodontal</td> </tr> <tr> <td>500818</td> <td>Tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar</td> <td>5000817</td> <td>Tratamiento quirúrgico bucal y máxilo facial</td> </tr> </table>						5000814	Terapia pulpar	5000804	Rehabilitación protésica	5000815	Terapia endodóntica	5000816	Tratamiento periodontal	500818	Tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar	5000817	Tratamiento quirúrgico bucal y máxilo facial
5000814	Terapia pulpar	5000804	Rehabilitación protésica															
5000815	Terapia endodóntica	5000816	Tratamiento periodontal															
500818	Tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar	5000817	Tratamiento quirúrgico bucal y máxilo facial															
2. Organización para la entrega del producto	<p>EN EL GOBIERNO NACIONAL</p> <p>MINSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora, aprueba y difunde el marco normativo que estandariza la entrega del producto. • Elabora, aprueba y difunde las definiciones operacionales y criterios de programación. • Administra el Sistema de Gestión de Productos. • Monitorea la programación y ejecución de metas físicas y financieras, así como los indicadores de desempeño. • Brinda asistencia técnica a las GERESAS, DIREAS, DIRIS y Redes de salud a nivel nacional. <p>EN EL GOBIERNO REGIONAL:</p> <p>GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, elabora y coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. • Monitorea, supervisa y evalúa la entrega del producto. 																	

	<ul style="list-style-type: none"> • A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. • A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. <p>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brinda y supervisa la atención estomatológica de acuerdo a la normatividad vigente. • Programa la meta física de acuerdo a la cartera de servicio y a los criterios establecidos por el nivel nacional. • Realiza el requerimiento de insumos, equipos, instrumental, recurso humano, etc.; para el cumplimiento de lo programado. 																																																																																																																										
<p>3. Criterio de programación</p>	<p>Sumatoria de las metas físicas de los 06 subproductos especializados en los establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de atención. Fuente HIS MINSA</p>																																																																																																																										
<p>4. Flujo de procesos</p>																																																																																																																											
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRODUCTO</th> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">SUBTAREAS</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th rowspan="2">Unidad de Medida</th> <th colspan="12">PERIODO DE EJECUCION MENSUAL</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA</td> <td rowspan="2">Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos</td> <td>Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Especializadas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)</td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Acciones de Control</td> <td>Atenciones</td> <td>Tratamiento</td> <td>Servicio de Odontología</td> <td>HIS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Supervisión y Monitoreo</td> <td></td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Informe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Evaluación</td> <td></td> <td>Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA</td> <td>Informe</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRODUCTO	TAREAS	SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERIODO DE EJECUCION MENSUAL												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X													Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Especializadas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X													Acciones de Control	Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Supervisión y Monitoreo		Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe				X			X					X					Evaluación		Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe	X												
PRODUCTO	TAREAS						SUBTAREAS	RESPONSABLE	Unidad de Medida	PERIODO DE EJECUCION MENSUAL																																																																																																																	
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY				JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																											
ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA	Fortalecimiento de la Gestión con Recursos Humanos	Fortalecimiento de la rectoría con apoyo de profesionales de la salud - CAS. (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe		X																																																																																																																					
		Capacitación del RRHH en Actividades Estomatológicas Especializadas (Cirujano Dentista, Asistente Dental)	Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de U. E.	Informe			X																																																																																																																				
	Acciones de Control	Atenciones	Tratamiento	Servicio de Odontología	HIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																								
		Supervisión y Monitoreo		Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe				X			X					X																																																																																																										
		Evaluación		Dirección o Estrategia de Salud Bucal a nivel de DIRESA/GERESA	Informe	X																																																																																																																					
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																										

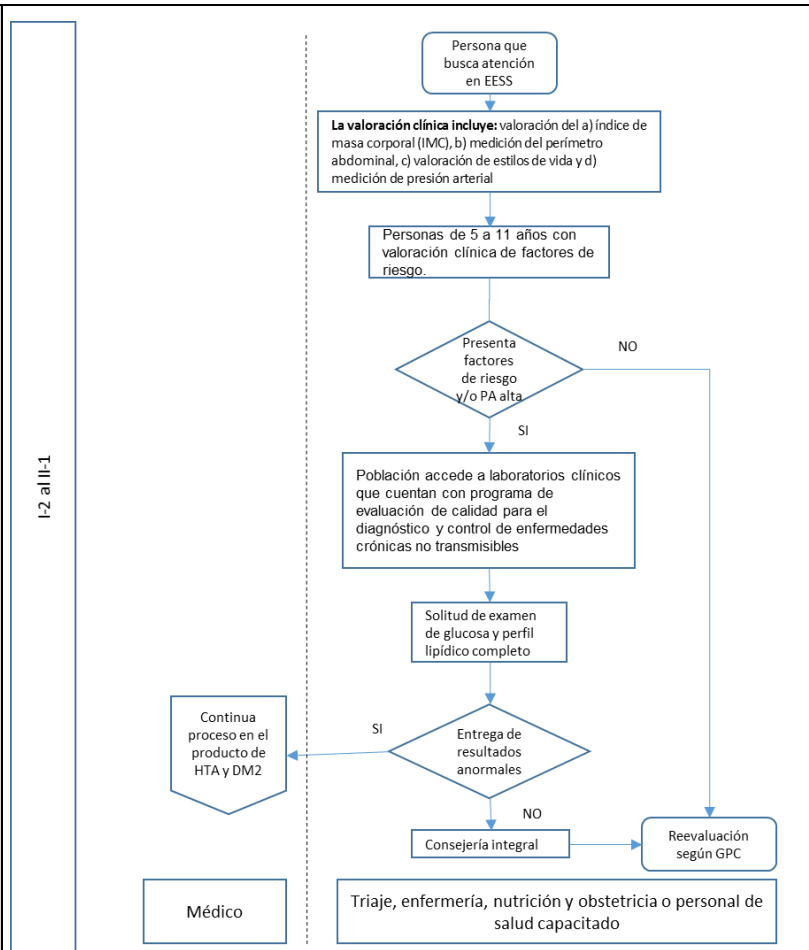
DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Tabla N° 12
Modelo Operacional de la Actividad

EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.1	Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades realizadas por profesional de salud, para valorar del índice de masa corporal (IMC) calculado según la GPC y estilos de vida en personas de 5 a 11 años, si se identifican factores de riesgo se solicitaran exámenes de laboratorio para descartar hiperglicemia y dislipidemia, se debe programar una segunda atención para la entrega de resultados. Se emplea aproximadamente 20 minutos.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.</p> <p>El personal de salud capacitado del establecimiento realizan para las acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar del índice de masa corporal (IMC), - Medición de la presión arterial y evaluación de estilos de vida (Evaluación del nivel de actividad física y evaluación nutricional); si se identifican factores de riesgo se realiza la referencia para la evolución de laboratorio, se recibe contrareferencia y se realiza la entrega de resultados por el médico. Establecimientos I-3, I-4 y II-1 - 					
3. Criterios de programación	10% de la población de 5 a 11 años, afiliados al SIS. Fuente: SIS					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT	X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X											X
T3	Distribución de tallímetros, tensiómetros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Personas	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X										
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiómetro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X											X
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Personas	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X										
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X										
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhídrido 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X											
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X										
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotómetro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X											X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X										

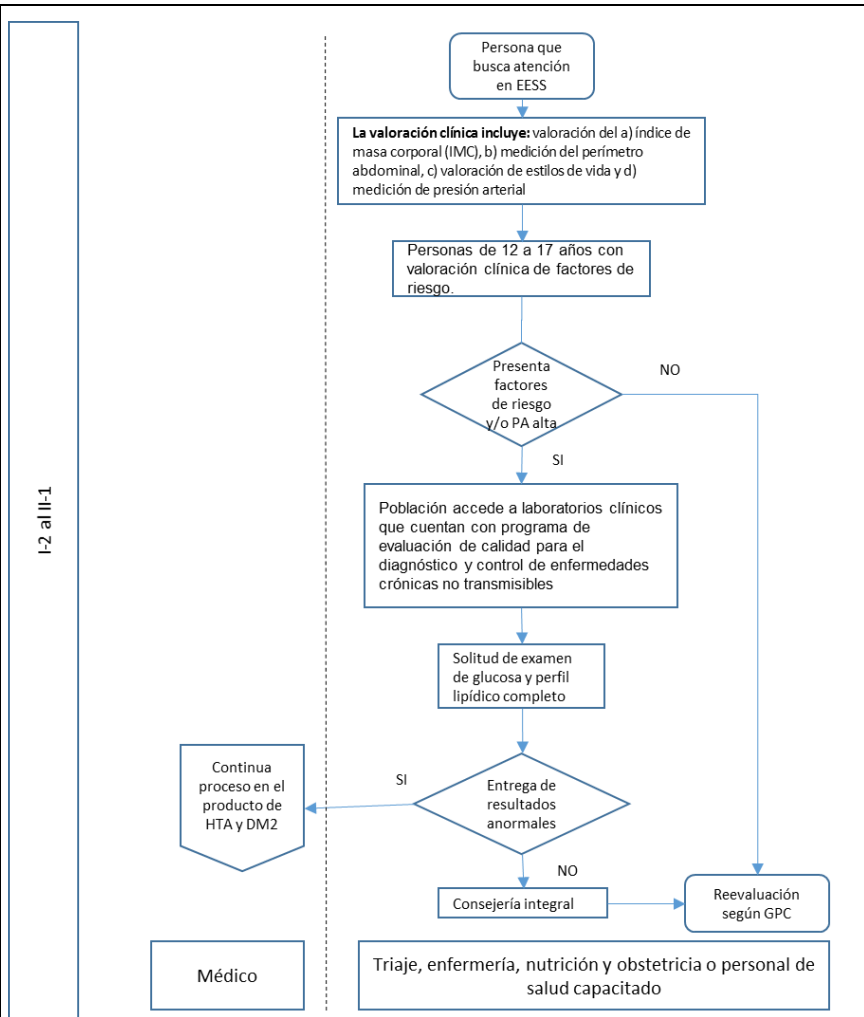
6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.2	Personas de 12 y 17 años con valoración clínica de factores de riesgo.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades realizadas por profesional de la salud, para valoración clínica en personas 12 a 17 años, si se identifican factores de riesgo se debe solicitar exámenes de laboratorio para descartar hiperglicemia y dislipidemia y programar segunda atención para la entrega de resultados. Se emplea 20 minutos.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.</p> <p>El personal de salud capacitado del establecimiento realizan para las acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar del índice de masa corporal (IMC), - Medición de la presión arterial y evaluación de estilos de vida (Evaluación del nivel de actividad física y evaluación nutricional); si se identifican factores de riesgo se realiza la referencia para la evolución de laboratorio, se recibe contrareferencia y se realiza la entrega de resultados por el médico. Establecimientos I-3, I-4 y II-1 - 					
3. Criterios de programación	10% de la población de 12 a 17 años, afiliados al SIS. Fuente: SIS					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Distribución de tallímetros, tensiómetros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhidra 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. .Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.3	Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 18 a 29 años.</p> <p>Par la valoración clínica corresponde lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo del índice de masa corporal (IMC), • Medición del perímetro abdominal, • Medición de la presión arterial y estilos de vida; • Consejería Nutricional (Modificación de estilos de vida) • factores de riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos. <p>Si tienen factores de riesgo como: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial solicitar exámenes de laboratorio de glucosa y perfil lipídico;</p> <p>Asimismo, en personas que tienen historia familiar de DM2, antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico y IMC <25 kg/m2 solicitar exámenes de laboratorio de glucosa y/o tolerancia oral a la glucosa. En estas personas, la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una re-evaluación clínica de sus factores de riesgo anual así como modificación de sus estilos de vida.</p> <p>En el caso tener resultados anormales de glucosa, o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión.</p> <p>La consulta médica dura 15 minutos.</p>					

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>10% de la población 18 a 29 años afiliados al SIS. Fuente: SIS</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px; writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">I-2 al II-1</div> <div style="flex-grow: 1;"> <pre> graph TD A[Persona que busca atención en EESS] --> B[La valoración clínica incluye: valoración del a) índice de masa corporal (IMC), b) medición del perímetro abdominal, c) valoración de estilos de vida y d) medición de presión arterial] B --> C[Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo.] C --> D{Presenta factores de riesgo y/o PA alta} D -- NO --> F[Reevaluación según GPC] D -- SI --> E[Población accede a laboratorios clínicos que cuentan con programa de evaluación de calidad para el diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles] E --> G[Solicitud de examen de glucosa y perfil lipídico completo] G --> H{Entrega de resultados anormales} H -- SI --> I[Continua proceso en el producto de HTA y DM2] H -- NO --> J[Consejería integral] J --> F </pre> <p>Médico</p> <p>Triage, enfermería, nutrición y obstetricia o personal de salud capacitado</p> </div> </div>

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Distribución de tallímetros, tensiometros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X												
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhidra 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

5. Diagrama de Gantt

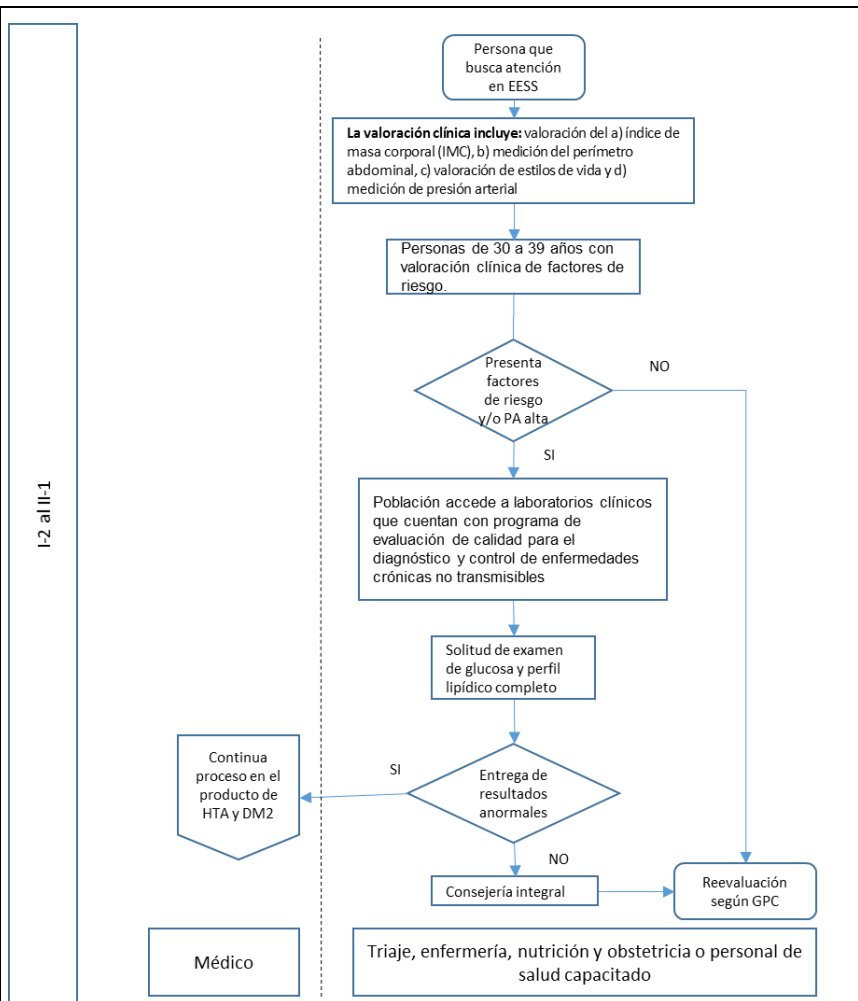
6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.4	Personas de 30 a 39 años con valoración clínica de factores de riesgo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 30 a 39 años. Para la valoración clínica corresponde lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración del índice de masa corporal (IMC), • Perímetro abdominal, • Medición de la presión arterial y estilos de vida; <p>si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 15 minutos.</p> <p>Si tienen factores de riesgo, sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial solicitar exámenes de laboratorio de glucosa y perfil lipídico; asimismo, en personas que tienen historia familiar de DM2, antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico y IMC <25 kg/m² solicitar exámenes de laboratorio de glucosa y/o tolerancia oral a la glucosa. En estas personas, la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una re-evaluación clínica de sus factores de riesgo anual así como modificación de sus estilos de vida.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.					
3. Criterios de programación	10% de la población 30 a 39 años, afiliados al SIS. Fuente: SIS					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Distribución de tallímetros, tensiometros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED	X													X
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhidra 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X													
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED	X													X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

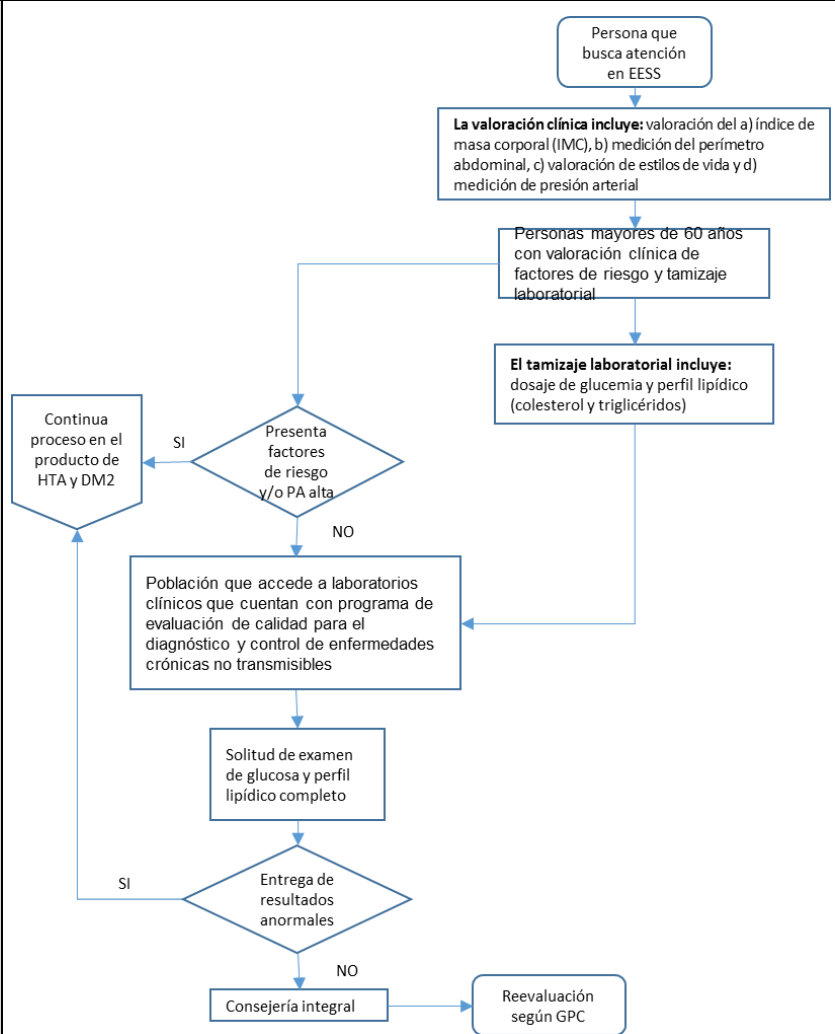
Tabla 12. Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.5	Personas de 40 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 40 a 59 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa basal en ayunas o tolerancia oral de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan una alteración en los exámenes de laboratorio, ya que deben ser derivados para manejo.</p> <p>En caso de resultados normales de los exámenes de laboratorio, y presencia de otros factores de riesgo se realiza la consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual.</p> <p>La consulta médica dura 15 minutos.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.					
3. Criterios de programación	10% de la población 40 a 59 años, afiliados al SIS. Fuente: SIS					

Tabla 12. .Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.6	Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona evaluada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas mayores de 60 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición de la presión arterial y perímetro abdominal; como tamizaje laboratorial corresponde: dosaje de glucemia basal en ayunas, perfil lipídico completo (colesterol total, HDL, LDL calculado y triglicéridos), creatinina sérica (cálculo de la tasa de filtración glomerular). Incluye consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados.</p> <p>En caso de resultados normales de los exámenes de laboratorio, y presencia de otros factores de riesgo se realiza la consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual.</p> <p>La consulta médica dura 15 minutos.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1.					
3. Criterios de programación	10% de la población de 60 años, afiliados al SIS. Fuente: SIS					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma																		
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D							
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X		X	X	X													
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X																X	
T3	Distribución de tallímetros, tensiómetros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X																
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiómetro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED	X																X		
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X																
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhidra 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																	
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotómetro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED	X																X		
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED		X																	

6. Listado de insumos

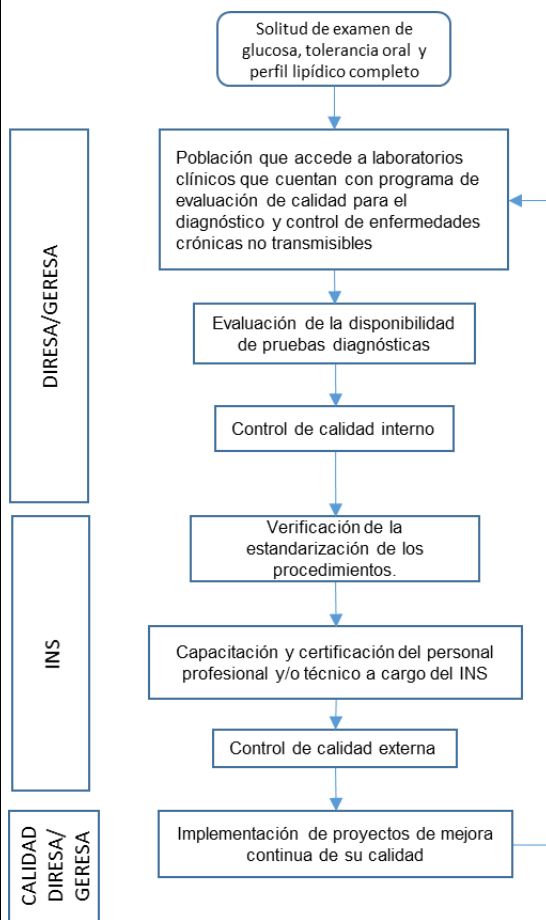
Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. .Modelo Operacional De La Actividad - Evaluación Clínica Y Tamizaje Laboratorial De Personas Con Riesgo De Padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Denominación de la actividad	EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES					
SUB PRODUCTO 1.7	Población que accede a laboratorios clínicos que cuentan con programa de evaluación de calidad para el diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	EVALUACION					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades orientadas a garantizar la fiabilidad de las mediciones en los laboratorios de bioquímica de los establecimientos de salud y los laboratorios de referencia regional, a través de la implementación de un sistema de gestión de la calidad.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de calidad interno. • Control de calidad externa. • Evaluación de la disponibilidad de pruebas diagnósticas. • Verificación de la estandarización de los procedimientos. • Capacitación del personal profesional y/o técnico a cargo del INS. • Implementación de proyectos de mejora continua de su calidad <p>El Instituto Nacional de Salud, emiten las normas para el control de calidad interna y externa, capacitan al personal, monitorean y realizan informes semestrales y anuales de las capacidades, nivel de implementación, difusión, capacitación y certificación del personal.</p> <p>Los informes son a nivel de laboratorios de los establecimientos de salud, a nivel de redes, a nivel regional y a nivel Nacional. Los informes deben ser entregados a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de Categoría INS, DIRIS, DIRESA, GERESA, Red					
3. Criterios de programación	Para la evaluación de la DIRESA/GERESA o DIRIS: una evaluación al 50% de laboratorios de su ámbito.					

Para la evaluación del INS: 01 evaluación al 20% de laboratorios de referencia regional
 Fuente: SIS

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Distribución de tallímetros, tensiometros, estetoscopios y cintas métricas según T2	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T4	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T5	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T6	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T7	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T8	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), creatinina, glucosa anhidra 75g.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
Sub Producto 2.1	MANEJO DE EMERGENCIA O URGENCIA HIPERTENSIVA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	G		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Comprende acciones para el manejo de la emergencia o urgencia hipertensiva.</p> <p>Urgencia hipertensiva, Es una situación en la que la presión arterial se ve gravemente elevada (180 o superior para la presión sistólica o 110 o superior para la presión diastólica), pero no hay daño orgánico asociado. Aquellos que experimentan puede o no experimentar uno o más de estos síntomas: dolor de cabeza intenso, dificultad para respirar, hemorragias nasales o ansiedad severa.</p> <p>La atención de la urgencia hipertensiva incluye: 1. control de las funciones vitales, 2. tratamiento reajuste y/o dosificación adicional de medicamentos antihipertensivos por vía oral, a menudo no requiere hospitalización. Puede ser manejada inicialmente en los establecimientos de primer nivel y ser referido de ser el caso, para ser tratada en el II nivel.</p> <p>Emergencia hipertensiva, cuando la presión arterial alcanza niveles que dañan órganos, ocurren generalmente en los niveles de presión arterial superiores o iguales a 180 sistólica o 120 diastólica, pudiendo ocurrir a niveles más bajos en pacientes cuya presión arterial no había sido previamente alta. Las consecuencias de la presión arterial no controlada en este rango pueden ser graves e incluir: Ictus, pérdida de consciencia, pérdida de la memoria, ataque al corazón, daño a los ojos y los riñones, pérdida de la función renal, disección aórtica, angina de pecho (dolor de pecho inestable) edema pulmonar (acumulación de líquido en los pulmones) entre otros.</p> <p>La atención de la emergencia hipertensiva incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta de emergencia, 2. Hospitalización, 3. Monitorización continua de la presión arterial y 					

	<p>4. Manejo farmacológico, además la determinación de órgano blanco afectado, cuando corresponda. Corresponde al II o III nivel de atención.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, técnico de enfermería y técnico de laboratorio.</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4 , II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E)</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>100% de personas atendidas con diagnóstico de crisis hipertensivas (urgencias y emergencias) reportadas el año anterior.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD A[Persona con PAS ≥ 180 y/o PAD ≥ 110] --> B[Evaluación de la funciones vitales] B --> C{Sin daño a órgano blanco} C -- SI --> D[Urgencia hipertensiva] C -- NO --> E[Emergencia hipertensiva] D --> F[Tratamiento y reevaluación] F --> G{Control de PA} G -- SI --> H[Alta con indicaciones] G -- NO --> I[Referencia a emergencia del II o III nivel] E --> I I --> J[Hospitalización, monitorización continua de la presión arterial y el manejo farmacológico, además la determinación de órgano blanco afectado] J --> H </pre>

ID	DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma																		
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D							
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X	X													
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X																X	
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X																X	
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T5	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X																	
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos) y creatinina	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																	
T8	Disponibilidad de medicamentos antihipertensivos	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X																
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X															X		
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X																

5. Diagrama de Gantt

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. .Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
Sub Producto 2.2	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DISLIPIDEMIA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a personas con dislipidemia de dieciocho (18) años a más que se brinda en establecimientos de salud con población asignada y cuentan con profesional médico.</p> <p>La intervención del tratamiento y control de personas con dislipidemia incluye:</p> <p>1. consulta médica por lo menos cada 3 meses, donde se realizarán los siguientes procedimientos: control de la presión arterial, medición del IMC y perímetro abdominal,</p>					

	<p>2. exámenes de laboratorio según corresponda, 3. Estratificación del riesgo cardiovascular global 4. Consulta nutricional o consejería nutricional, 5. consejería/prescripción de actividad física según guía técnica y 6. Consulta Psiquiatría (Interconsulta a centro de salud mental comunitaria)</p> <p>Si el paciente con dislipidemia tiene un riesgo cardiovascular $\geq 10\%$ deberá recibir atorvastatina de 20 mg.</p> <p>Si el establecimiento de salud contara con nutricionista, el paciente deberá ser atendido en consulta nutricional, de lo contrario el médico tratante o profesional de salud capacitado realizará la consejería nutricional. El médico emplea al menos 15 minutos.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista y personal de laboratorio</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4 , II-1)</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>10% adicional de personas atendidas del año previo con diagnóstico de dislipidemia.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD A[Persona con dislipidemia ≥ 18 años] --> B[Seguimiento de exámenes de laboratorio, presión arterial, medición del IMC, perímetro abdominal.] B --> C[Consulta médica] C --> D{Cuenta con nutricionista} D -- SI --> E[Consulta nutricional] D -- NO --> F[Consejería nutricional por profesional de salud capacitado] E --> G[Consejería/prescripción de actividad física] F --> G G --> H[Consulta médica cada 3 meses] H --> I{Control de dislipidemia} I -- SI --> J[Reevaluación según GPC] I -- NO --> C </pre>

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC.	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X												
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos) y creatinina	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T8	Disponibilidad de medicamentos antihipertensivos	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X											
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED		X												

5. Diagrama de Gantt

6. Listado de insumos

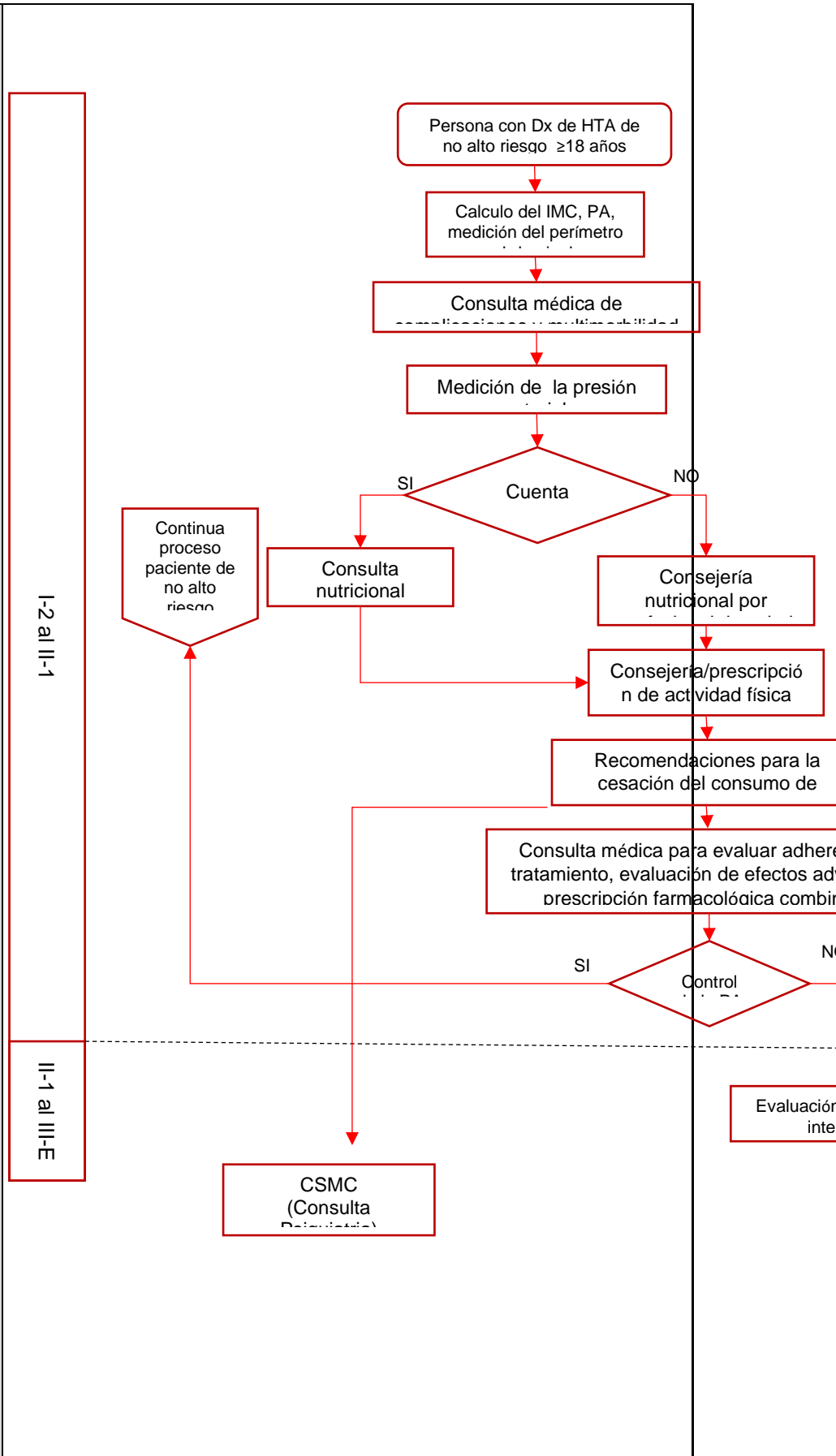
Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
Sub Producto 2.4	PACIENTE HIPERTENSO DE NO ALTO RIESGO CONTROLADO					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Intervención dirigida a personas con hipertensión arterial de no alto riesgo cardiovascular (riesgo cardiovascular bajo o moderado) de 18 años a más, con la finalidad de brindar tratamiento integral para el control de su enfermedad que han sido tipificados como controlados. Incluye el manejo de complicaciones y multimorbilidades según riesgo cardiovascular.					

	<p>Se considera tratamiento integral al paciente controlado, cuando el paciente recibe al menos una consulta médica mensual cada 3 meses y en el no controlado, recibe al menos consulta mensual hasta que se controle.</p> <p>El paciente controlado, es aquel que teniendo el tratamiento instaurado, reporta en al menos 4 de 6 controles (mayor o igual a 75% de los controles) una presión arterial menor de 140/90mmHg o dentro de meta terapéutica establecida para su caso.</p> <p>Se considera paciente hipertenso de no alto riesgo a las personas con hipertensión arterial con riesgo cardiovascular global bajo o moderado (ver guía de práctica clínica).</p> <p>La intervención incluye para el paciente de no alto riesgo controlado :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta médica mensual o trimestral (depende si es controlado o no controlado), donde se realizarán los siguientes procedimientos: re-evaluar la adherencia al tratamiento, evaluación de efectos adversos y prescripción farmacológica combinada, 2. consulta de enfermería mensual de control de la presión arterial, 3. medición del IMC, 4. perímetro abdominal, 5. consulta o consejería nutricional, y 6. consulta por profesional capacitado de consejería/prescripción de actividad física y 7. Consulta Psiquiatría. (Interconsulta a centro de salud mental comunitaria) <p>Si el establecimiento de salud cuenta con nutricionista, el paciente deberá ser atendido en consulta nutricional, de lo contrario el médico tratante o profesional de salud capacitado realizará la consejería nutricional según guía técnica , para ese propósito. El médico emplea al menos 15 minutos.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería y personal de laboratorio.</p>
2. Organización para la ejecución de la actividad	Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4 , II-1)
3. Criterios de programación	Incrementar 10% al total de personas atendidas con hipertensión arterial de no alto riesgo controlado en el último año.

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ID</th> <th rowspan="2">DENOMINACION DE LA TAREA</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="12">Cronograma</th> </tr> <tr> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1</td> <td>Capacitación al personal de salud</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS</td> <td>IE y responsable de la ES ENT</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los equipos del EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>Calibración de equipos (balanza y tensiometro)</td> <td>Informe</td> <td>100% de los equipos del EESS</td> <td>Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.</td> <td>Pecosa</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T6</td> <td>Control de calidad interno del equipo de bioquímica</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T7</td> <td>Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos) y creatinina</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T8</td> <td>Disponibilidad de medicamentos antihipertensivos</td> <td>Informe</td> <td>100% de los equipos del EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T9</td> <td>Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T10</td> <td>Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T11</td> <td>Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de la DIRESA/RED</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	IE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X											T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X													X	T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X		T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	T5	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X													T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X													T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos) y creatinina	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X													T8	Disponibilidad de medicamentos antihipertensivos	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X													T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X													T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X		T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X												
ID	DENOMINACION DE LA TAREA						UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma																																																																																																																																																																																																																																																
		E	F	M	A	M				J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																																																																																																																																										
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	IE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																																	
T2	Evaluación de la situación y necesidad de equipos estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X													X																																																																																																																																																																																																																																							
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X																																																																																																																																																																																																																																								
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y calculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																							
T5	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X																																																																																																																																																																																																																																																			
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																																																																																																																																																																																																																																																			
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos) y creatinina	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																																																																																																																																																																																																																																																			
T8	Disponibilidad de medicamentos antihipertensivos	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																																			
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																																																																																																																																																																																																																																																			
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X																																																																																																																																																																																																																																								
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T10	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X																																																																																																																																																																																																																																																			
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)																																																																																																																																																																																																																																																									

Tabla 12. .Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
SUB PRODUCTO 2.5	PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA ORGANIZADOS QUE RECIBEN EDUCACIÓN PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona capacitada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención que se brinda en establecimientos de salud que brindan regularmente servicios para el tratamiento y control de pacientes con enfermedad hipertensiva o diabética, donde se haya conformado alguna organización de personas con enfermedad cardiometabólica (diabetes o hipertensión). Incluye el desarrollo de las siguientes actividades:</p> <p>(C0009) Sesión educativa: participan como máximo de 15 personas por actividad, tiene una duración aproximada de 30 minutos.</p> <p>(C0010) Sesión demostrativa: participan entre 8 a 15 personas por evento, tienen una duración estimada de 45 minutos.</p> <p>(C0012) Sesión de grupo de ayuda mutua: participan por lo menos 8 personas, tiene una duración estimada de 30 minutos.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E					
3. Criterios de programación	<p>Incremento de por lo menos 10% de personas que han asistido al menos a una de las tres actividades (sesiones educativa, sesión demostrativa o sesión de grupo de ayuda mutua) el año anterior.</p> <p>Fuente: Reporte HIS.</p>					

<p>4. Flujo de procesos</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;"> I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E </div> <pre> graph TD A[Persona con Dx de HTA de no alto riesgo y/o DM-1 o DM-2] --> B[Participación en grupos organizados] B --> C[Sesión educativa 15 personas] B --> D[Sesión demostrativa 8 a 15 personas] B --> E[Sesión de grupo de ayuda mutua 8 personas] </pre>																																																																																			
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ID</th> <th rowspan="2">DENOMINACION DE LA TAREA</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="12">Cronograma</th> </tr> <tr> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1</td> <td>Capacitación al personal de salud</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS</td> <td>UE y responsable de la ES ENT</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para capacitación.</td> <td>Pecosa</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>Kit de maquetas para la preparación de alimentos en las sesiones demostrativas</td> <td>Pecosa</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de la DIRESA/RED</td> <td></td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X	X								T2	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para capacitación.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											T3	Kit de maquetas para la preparación de alimentos en las sesiones demostrativas	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de la DIRESA/RED		X	X	X									
ID	DENOMINACION DE LA TAREA						UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma																																																																										
		E	F	M	A	M				J	J	A	S	O	N	D																																																																				
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X	X																																																																										
T2	Distribución de padron nominal y materiales impresos y de escritorio para capacitación.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X																																																																													
T3	Kit de maquetas para la preparación de alimentos en las sesiones demostrativas	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de la DIRESA/RED		X	X	X																																																																												
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																			

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
SUB PRODUCTO 2.6	PERSONAS HIPERTENSAS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona tratada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a personas con diagnóstico de hipertensión arterial de alto y muy alto riesgo, con una o varias complicaciones, que se encuentran clínicamente estable. El manejo integral especializado requiere de la intervención de especialista en: nefrología, oftalmología, endocrinología, cardiología o medicina interna, nutrición; incluye consulta médica, hospitalización, evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestaciones tardía de enfermedad.</p> <p>Según corresponda el manejo es ambulatorio o con internamiento, incluyendo evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestación tardía de enfermedad.</p> <p>El paquete de atención de la presente producto, incluye:</p> <p>Establecimiento (I-1 a I-4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Médica : Consiste en la evaluación prescripción farmacológica y efectos adversos (RAM); se valora la complejidad del problema, y se elabora el plan de intervención ambulatoria mensual, el cual consta de 20 minutos: • Control de presión arterial mensual • Evaluación del IMC • Perímetro abdominal, <p>Establecimiento (II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Médica especializada (II-1, II-2, II-E, III-1, III-2, III-E), consta de cada 3 meses y consta de 30 minutos • Endocrinología con exámenes auxiliares: • Control de la glucemia plasmática o hemoglobina glucosilada, • Nefrología con exámenes auxiliares: • Creatinina, y razón albuminuria/creatinina, • Oftalmología: evaluación de la retina • Consulta Psicología • Consulta con Nutrición • Consulta con psiquiatría 					

	<p>Incluye exámenes de laboratorio según criterio médico, si el establecimiento no cuenta con el especialista deberá ser referir a un establecimiento de salud con la capacidad resolutive correspondiente.</p> <p>Se deben realizar interconsultas para valoración de otras complicaciones y comorbilidades (Retinopatía hipertensiva, cardiopatía y vasculopatía, coagulación y vasculopatía, dislipidemia, daño hepático u otro),</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista, personal de laboratorio y otro según complejidad.</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Incrementar 10% al total de personas atendidas con hipertensión arterial de alto riesgo y muy alto riesgo en el último año.</p> <p>Fuente: Reporte HIS y Registro de egresos hospitalarios del año anterior.</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD Start[Personas con diabetes mellitus con alguna o varias complicaciones, clínicamente estables] --> Dec1{Cuenta con especialista} Dec1 -- SI --> Integ[Manejo integral por especialista] Dec1 -- NO --> Fin1[/Continua proceso en EESS con especialistas/] Integ --> Amb[Manejo ambulatorio cada 3 meses] Integ --> Intern[Manejo con internamiento] Amb --> Gluc[Control de la glucemia o hemoglobina glucosilada] Intern --> Dec2{Cuenta con nutricionista} Dec2 -- SI --> Nut[Consulta nutricional] Dec2 -- NO --> Con[Consejería nutricional por profesional de salud capacitado] Gluc --> PA[Control de presión arterial, cálculo del IMC, perímetro abdominal] Con --> Edu[Educación o consejería en control de diabetes] PA --> Med[Consulta médica para prescripción farmacológica, evaluar adherencia al tratamiento y de efectos adversos] Edu --> Rec[Recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol] Med --> Pie[Evaluación y educación sobre pie diabético] Rec --> Act[Consejería/prescripción de actividad física] Pie --> Comp[Valoración y control de complicaciones, morbilidades asociadas y manifestación tardía de enfermedad] Comp --> Fin2[/Continua proceso de valoración de complicaciones en personas con diabetes 1 vez al año/] </pre>

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma														
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X										
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X													X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X													X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X												
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X												
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), albuminuria, creatinina y Hb1c	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X													
T8	Disponibilidad de medicamentos hipoglucemiantes	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X												
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X												
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X													X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X												

5. Diagrama de Gantt

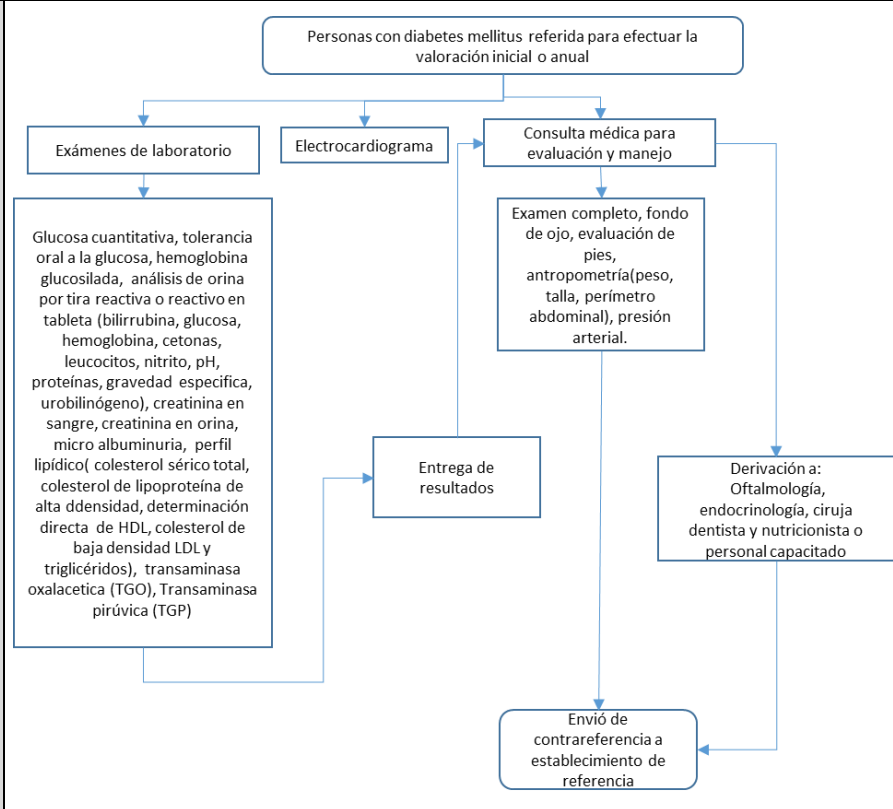
6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. .Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Hipertensión Arterial

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL					
SUB PRODUCTO 2.7	PACIENTES HIPERTENSOS CON ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA EVALUADO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a personas de 18 años a más con hipertensión arterial (incluye diabéticos) implica definir claramente el riesgo cardiovascular inicial o revalorar su riesgo. (Incluye a las personas referidas de otros establecimientos de menor nivel resolutivo).</p> <p>La estratificación se realiza al menos una vez al año a todo paciente con hipertensión, incluye evaluación del riesgo cardiovascular global según guía de práctica clínica aprobada Resolución Ministerial N° 1120-2017/MINSA.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, técnico de enfermería y personal de laboratorio</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E					
3. Criterios de programación	<p>10% adicional de las personas atendidas el año anterior a los que se les ha calculado el riesgo cardiovascular.</p> <p>Fuente: Reporte HIS</p>					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padrón nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), albuminuria, creatinina y Hb1c	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T8	Disponibilidad de medicamentos hipoglucemiantes	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X											
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

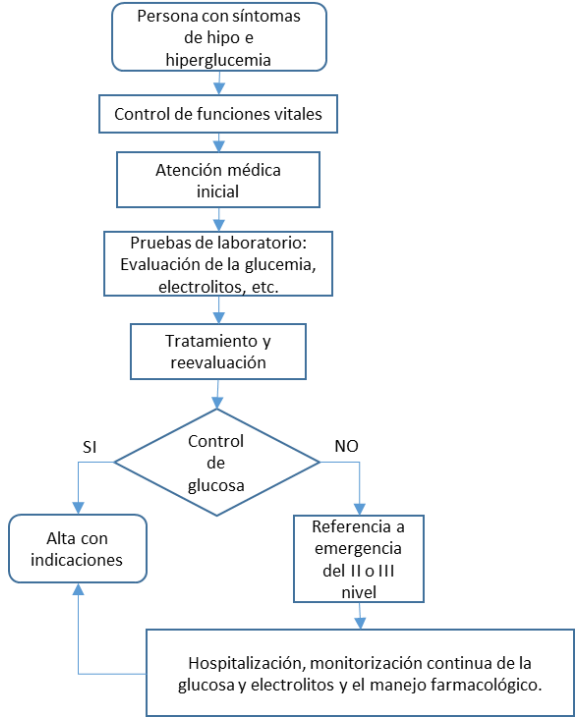
6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.1	MANEJO BÁSICO DE CRISIS HIPOGLUCÉMICA O HIPERGLUCÉMICA EN PACIENTES DIABÉTICOS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a brindar manejo a la persona con hipoglucemia o crisis hiperglucémica.</p> <p>Manejo Básico de crisis Hipoglucemia o Hiperglucemia en pacientes diabéticos Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- atención médica inicial 2.- control de funciones vitales, 3.- pruebas de laboratorio, 4.- tratamiento según guía de práctica clínica y referencia, de ser el caso. <p>La hipoglucemia se define como una concentración de glucemia menor a 70 mg/dl, con o sin síntomas.</p> <p>Las crisis hiperglucémicas como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucemia, generalmente mayores de 250 mg/dl. Las dos formas de presentación de la descompensación hiperglucémica severa son: el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y la cetoacidosis diabética (CAD) o una combinación de ambas.</p> <p>Tiempo empleado: según evolución clínica.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, técnico de enfermería y personal de laboratorio.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría (I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2. III-E)					
3. Criterios de programación	El 100% de las personas atendidas por hipoglucémica o crisis hiperglucémica reportados el año anterior. Fuente: HIS .					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
T1	Disponibilidad de medicamentos hipoglucemiantes, (solución salina, insulinas, según PNUME)	Informe	100% de los EESS	Responsable de ENT de la DIRESA/RED/hospitales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T2	Capacitación en el manejo de MANEJO BÁSICO DE CRISIS HIPOGLUCÉMICA O HIPERGLUCÉMICA EN PACIENTES DIABÉTICOS a a los profesionales de salud.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ENT de la DIRESA/RED/hospitales	X	X											
T3	Evaluación de equipos de monitoreo de la glucosa y equipos de laboratorio.	Informe	100% de los EESS	Responsable de ENT de la DIRESA/RED/hospitales	X	X											
T5	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS				X									
T6	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS				X									
T7	Evaluación de disponibilidad de mobiliario para hospitalización	Patrimonio	100% de los EESS	Responsable de ENT de la DIRESA/RED/hospitales		X	X										
T8	Programación de plan de reposición de equipos de laboratorio	Informe	100% de los EESS	Responsable de ENT de la DIRESA/RED/hospitales					X								

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.3	PACIENTE DIABÉTICO NO COMPLICADO CONTROLADO					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	PERSONA ATENDIDA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención que se brinda a personas con diabetes mellitus sin complicaciones (personas con diabetes sin retinopatía, examen simple de orina con proteínas negativo o microalbuminuria categoría A1 y pie diabético con evaluación de monofilamento negativa), que han logrado alcanzar las siguientes metas de control cardiometabólica: Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl en dos mediciones o hemoglobina glucosilada menor de 7% (o según meta terapéutica de Hb1Ac) en los últimos 6 meses, y presión arterial menor de 140/80 mmHg. El paciente no controlado es quien no alcanza las metas de control cardiometabólica a pesar del tratamiento inicial instaurado.</p> <p>La intervención al paciente diabético no complicado consiste en los siguientes procedimientos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una consulta médica cada tres meses (paciente controlado) y una vez al mes (paciente no controlado) para re-evaluar la adherencia al tratamiento, evaluación de efectos adversos y prescripción farmacológica, control de la glucemia o hemoglobina glucosilada, control de presión arterial 2. Consulta de enfermería mensual, medición de la glicemia capilar, cálculo del IMC, medición del perímetro abdominal, educación o consejería en control de diabetes 3. consulta por profesional capacitado en prescripción/indicación de actividad física, 4. Consulta para la cesación del consumo de tabaco y recomendaciones para la reducción del consumo alcohol. <p>En toda consulta se incluye la evaluación inicial, educación, que se establece en el anexo N°5 de la GPC manejo de diabetes en el primer nivel de atención. La consulta incluye evaluación del pie diabético dislipidemia, complicaciones renales y oculares según GPC de complicaciones crónicas.</p> <p>Incluye referencia para evaluación por especialista (oftalmólogo, endocrinólogo, nefrólogo, cirujano dentista, nutricionista u otro según establece la GPC), para precisar el manejo y tratamiento de posibles complicaciones, comorbilidades/multimorbilidades o manifestaciones</p>					

	<p>tardías de la enfermedad, e inadecuado control metabólico por 3 a 6 meses.</p> <p>Al menos 1 vez al año, se realizarán una consulta para valoración de complicaciones y comorbilidades a través de referencia (Retinopatía diabética, cardiopatía y vasculopatía, neuropatía diabética, pie diabético, nefropatía diabética, dislipidemia, daño hepático u otro), incluye exámenes de laboratorio según criterio médico, si el establecimiento no cuenta con el especialista deberá ser referir a un establecimiento de salud con la capacidad resolutive correspondiente.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista y personal de laboratorio</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-2, I-3, I-4 y II-1.</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Incrementar 10% al total de personas atendidas con diabetes mellitus no complicadas en el año anterior.</p> <p>Fuente: HIS</p>
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph TD Start([Persona con diabetes mellitus sin complicaciones: (personas con diabetes sin retinopatía o retinopatía no proliferativa leve, nefropatía mayor o igual a 60ml/min y pie diabético Wagner 0 ó 1)]) --> Glu{Glucemia en ayunas entre 70 a 130 mg/dl en 2 mediciones} Glu -- NO --> Cont1[Continúa proceso paciente diabético no complicado no controlado con tratamiento] Glu -- SI --> ConsMed[Consulta médica 1 vez cada trimestre] ConsMed --> Nut{Cuenta con nutricionista} Nut -- SI --> ConsNut[Consulta nutricional] ConsNut --> ConNut[Consejería nutricional por profesional de salud capacitado] ConNut --> ConAct[Consejería/prescripción de actividades físicas] ConAct --> Edu[Educación o consejería en control de diabetes] Edu --> Rec[Recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol] Rec --> Cont2[Continúa proceso de valoración de complicaciones en personas con diabetes 1 vez al año] ConsMed --> ContPA[Control de presión arterial, cálculo del IMC, perímetro abdominal] ContPA --> ContGlu[Control de la glucemia o hemoglobina glucosilada] ContGlu --> ConsMed2[Consulta médica para prescripción farmacológica, evaluar adherencia al tratamiento y de efectos adversos] ConsMed2 --> Eval[Evaluación por especialista (oftalmólogo, endocrinólogo, cirujano dentista según GPC)] Eval --> Cont2 </pre>

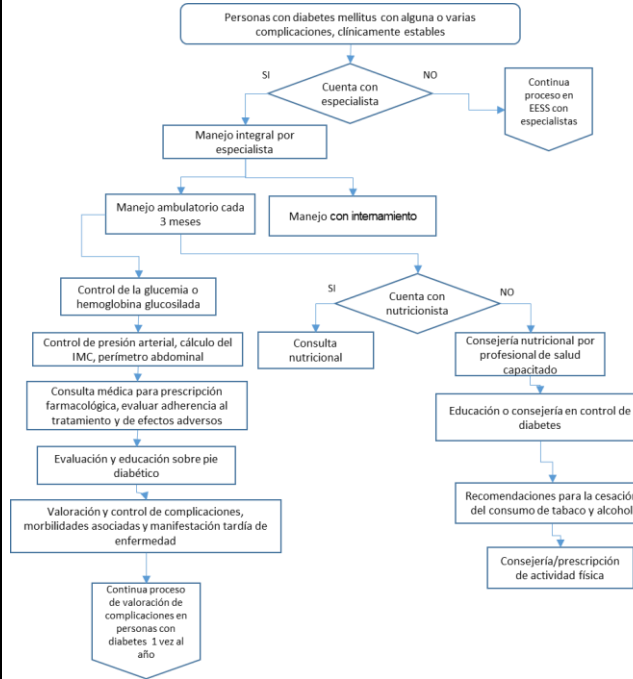
5. Diagrama de Gantt	ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma											
						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X							
	T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X										X
	T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X									X	
	T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X									
	T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X									
	T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), albuminuria, creatinina y Hb1c	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X										
	T8	Disponibilidad de medicamentos hipoglucemiantes	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X									
	T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X									
	T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X									X	
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X										
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)																

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.4	PACIENTES DIABÉTICOS CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Intervención dirigida a personas con diagnóstico de diabetes, con alguna o varias complicaciones, clínicamente estables, tipificada para su manejo en establecimientos de salud del 2° y 3° nivel. El manejo integral requiere de especialistas en nefrología, dermatología, oftalmología, traumatología, farmacología, otorrinolaringología, infectología, ginecología, gastroenterología, cardiología, cardiovascular, neurología,					

	<p>endocrinología, medicina interna, psiquiatría, neumología, dietética, urología, odontología.</p> <p>Según corresponda el manejo es ambulatorio o con internamiento, incluyendo evaluaciones complementarias multidisciplinarias, exámenes bioquímicos y otras pruebas según criterio médico para valorar y controlar complicaciones, morbilidades asociadas y manifestación tardía de enfermedad.</p> <p>La consulta médica se realiza al menos cada 3 meses, donde se realizarán los siguientes procedimientos: control de la glucemia o hemoglobina glucosilada, control de presión arterial, medición del IMC, perímetro abdominal, consulta y consejería nutricional, prescripción/indicación de actividad física y recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol; prescripción farmacológica, valoración de la adherencia y evaluación de efectos adversos. En esta consulta se incluye la evaluación y educación sobre pie diabético.</p> <p>Si el establecimiento de salud no contara con la especialidad requerida referir.</p> <p>Cada 3 meses se realiza exámenes de laboratorio (Glucosa cuantitativa y/o Glucosa en tira reactiva y/o Hemoglobina glucosilada), e inspección de extremidades inferiores.</p> <p>Al menos 1 vez al año, se realizarán una consulta para valoración de complicaciones y comorbilidades (Retinopatía diabética, cardiopatía y vasculopatía, neuropatía diabética, pie diabético, nefropatía diabética, dislipidemia, daño hepático u otro), incluye exámenes de laboratorio según criterio médico, si el establecimiento no cuenta con el especialista deberá ser referir a un establecimiento de salud con la capacidad resolutive correspondiente.</p> <p>Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera, nutricionista y personal de laboratorio.</p>
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Es realizada en los establecimientos de salud de categoría II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 Y III-E</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>Incremento de 10% de atenciones a personas con diabetes mellitus realizado el año anterior</p> <p>Fuente: Reporte HIS y reporte de egresos hospitalarios del año anterior.</p>

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X								
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X											X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X											X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X											
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X										
T7	Disponibilidad de reactivos de bioquímica (glucosa, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos), albuminuria, creatinina y Hb3c.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X											
T8	Disponibilidad de medicamentos hipoglucemiantes	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS	X	X	X										
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X										
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica: espectrofotometro, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X									X		
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X										

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

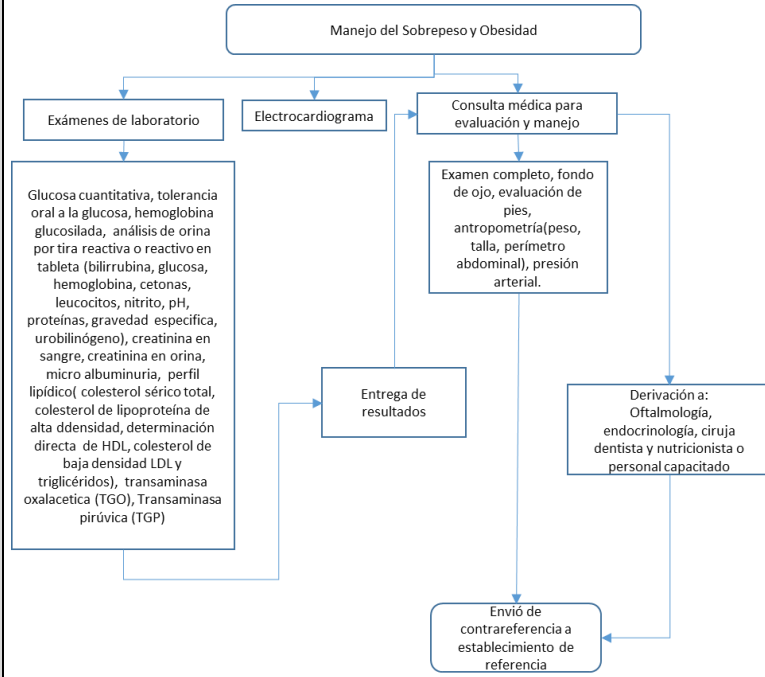
Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.5	VALORACIÓN DE COMPLICACIONES EN PERSONAS CON DIABETES					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a personas con diagnóstico definitivo de diabetes que han sido referidas para efectuar la valoración inicial o anual de sus complicaciones/comorbilidades tardías de la enfermedad. Se brinda en establecimientos de salud categoría a partir del I-4.</p> <p>Incluye:</p> <p>Exámenes de laboratorio (Glucosa cuantitativa, tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, micro albuminuria, perfil lipídico(colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).</p> <p>Electrocardiograma</p> <p>Consulta médica para evaluación y manejo. Historia y examen completo y decisión médica. Médico emplea 30 minutos y realiza fondo de ojo, evaluación de pies, antropometría (peso, talla, perímetro abdominal), presión arterial y frecuencia cardiaca, evaluación nutricional.</p> <p>Deriva a paciente para evaluación por el oftalmólogo (en su defecto a medico capacitado), endocrinólogo (en su defecto a médico internista), cirujano dentista y nutricionista (en su defecto personal capacitado).</p> <p>Otros procedimientos según criterio médico.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E					
3. Criterios de programación	Incrementar el 10% de personas atendidas con diabetes mellitus complicada atendidos el año anterior.					

<p>4. Flujo de procesos</p>																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ID</th> <th rowspan="2">DENOMINACIÓN DE LA TAREA</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="12">Cronograma</th> </tr> <tr> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> <th>S</th> <th>O</th> <th>N</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T1</td> <td>Capacitación al personal de salud</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS</td> <td>JE y responsable de la ES ENT</td> <td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>T2</td> <td>Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los equipos del EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS</td> <td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td>T3</td> <td>Calibración de equipos (balanza y tensiometro)</td> <td>Informe</td> <td>100% de los equipos del EESS</td> <td>Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED</td> <td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td> </tr> <tr> <td>T4</td> <td>Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS</td> <td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td> </tr> <tr> <td>T5</td> <td>Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.</td> <td>Pecosa</td> <td>100% de los EESS</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED</td> <td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>T6</td> <td>Control de calidad interno del equipo de bioquímica</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>T7</td> <td>tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, albuminuria, perfil lipídico/ colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>T9</td> <td>Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS</td> <td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>T10</td> <td>Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica y de diagnóstico: espectrofotometro, tonometro, retinoscopio, potenciales evocados, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED</td> <td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td> </tr> <tr> <td>T11</td> <td>Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11</td> <td>Informe</td> <td>100% de los EESS con laboratorio</td> <td>Responsable de la DIRESA/RED</td> <td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	ID	DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	JE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X															T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X																X	T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X															X		T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X																	T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																	T7	tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, albuminuria, perfil lipídico/ colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																	T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica y de diagnóstico: espectrofotometro, tonometro, retinoscopio, potenciales evocados, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X															X		T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X															
ID	DENOMINACIÓN DE LA TAREA						UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma																																																																																																																																																																																																																																																											
		E	F	M	A	M				J	J	A	S	O	N	D																																																																																																																																																																																																																																																					
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	JE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																																												
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X																X																																																																																																																																																																																																																																															
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X															X																																																																																																																																																																																																																																																
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																																																																																																																																															
T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED		X																																																																																																																																																																																																																																																															
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																																																																																																																																																																																																																																																															
T7	tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, albuminuria, perfil lipídico/ colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X																																																																																																																																																																																																																																																															
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X																																																																																																																																																																																																																																																														
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica y de diagnóstico: espectrofotometro, tonometro, retinoscopio, potenciales evocados, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X															X																																																																																																																																																																																																																																																
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																				

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.6	MANEJO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención dirigida a personas con diagnóstico definitivo de diabetes que han sido referidas para efectuar la valoración inicial o anual de sus complicaciones/comorbilidades tardías de la enfermedad. Se brinda en establecimientos de salud categoría a partir del I-4.</p> <p>Incluye:</p> <p>Exámenes de laboratorio (Glucosa cuantitativa, tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, micro albuminuria, perfil lipídico(colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).</p> <p>Electrocardiograma</p> <p>Consulta médica para evaluación y manejo. Historia y examen completo y decisión médica. Médico emplea 30 minutos y realiza fondo de ojo, evaluación de pies, antropometría (peso, talla, perímetro abdominal), presión arterial y frecuencia cardiaca, evaluación nutricional.</p> <p>Deriva a paciente para evaluación por el oftalmólogo (en su defecto a medico capacitado), endocrinólogo (en su defecto a médico internista), cirujano dentista y nutricionista (en su defecto personal capacitado).</p> <p>Otros procedimientos según criterio médico.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E					
3. Criterios de programación	Incrementar el 10% de personas atendidas con diabetes mellitus complicada atendidos el año anterior.					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACION DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiometros, tallímetros, cinta metrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T7	tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, albuminuria, perfil lipídico(colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacética (TGO), Transaminasa pirúvica (TGP).	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica y de diagnóstico: espectrofotometro, tonometro, retinoscopio, potenciales evocadosr, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.7	MANEJO ENFERMEDAD RENAL DIABETICA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención que se brinda a personas con enfermedad renal diabética en estadio del 1 al 3 y microalbuminuria según GPC de complicaciones crónicas de diabetes. Incluye la consulta de diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico y consulta o consejería nutricional.</p> <p>La intervención se aplica los siguientes procedimientos: 1. la consulta médica para evaluar la adherencia al tratamiento, evaluación de efectos adversos y prescripción farmacológica, control de la glucemia o hemoglobina glucosilada, control de presión arterial, control de creatinina sérica (4 veces al año) control de la dislipidemia, progresión de enfermedad renal crónica (disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) > 5ml/min/1.73m2 en un año) 2. Consulta de enfermería mensual, medición de la glicemia capilar, cálculo del IMC, medición del perímetro abdominal, educación o consejería en control de diabetes, 3. Consulta por profesional capacitado en prescripción/indicación de actividad física.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-4, II-1, II-2, II-E, III-1, III-2 y III-E					
3. Criterios de programación	Incrementar el 10% de personas atendidas con diabetes mellitus complicada atendidos el año anterior.					

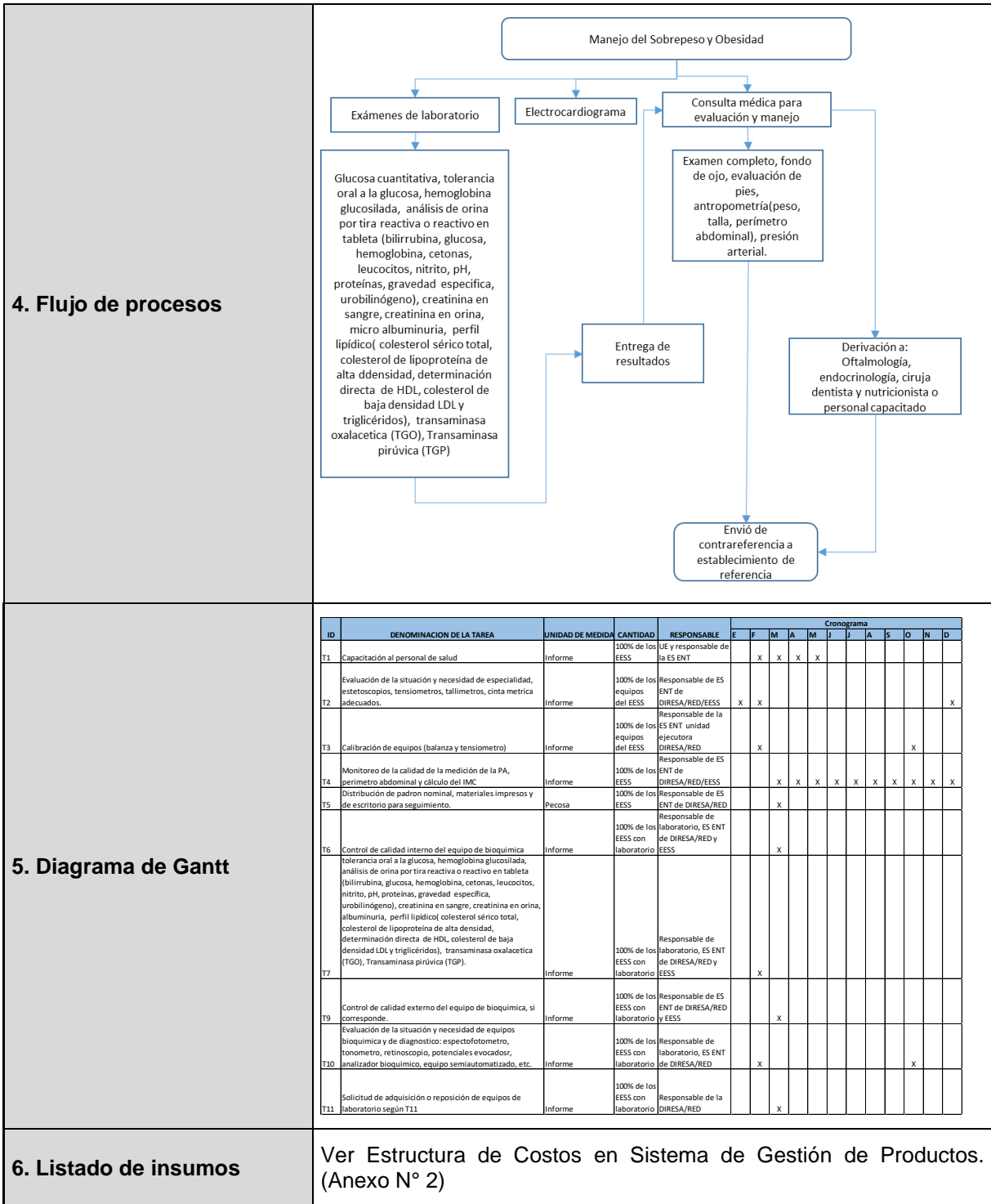
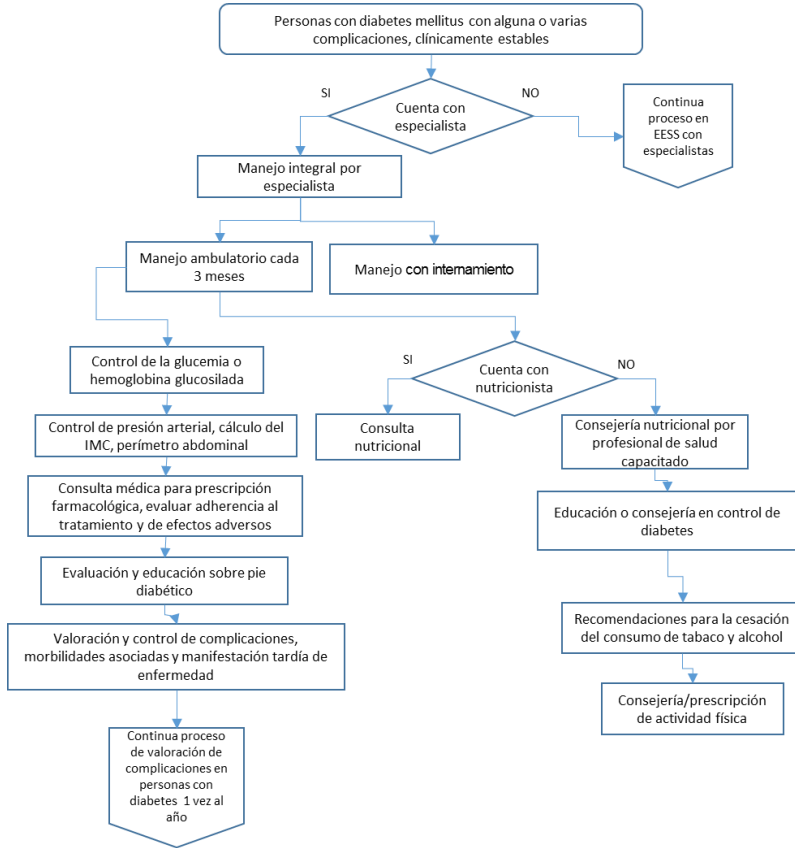


Tabla 12. Modelo Operacional de La Actividad - Brindar Tratamiento A Personas Con Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación de la actividad	BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS					
SUB PRODUCTO 3.7	MANEJO ENFERMEDAD RENAL DIABETICA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervención que se brinda a personas con enfermedad renal diabética en estadio del 1 al 3 y microalbuminuria según GPC de complicaciones crónicas de diabetes. Incluye la consulta de diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico y consulta o consejería nutricional.</p> <p>La intervención se aplica los siguientes procedimientos: 1. la consulta médica para evaluar la adherencia al tratamiento, evaluación de efectos adversos y prescripción farmacológica, control de la glucemia o hemoglobina glucosilada, control de presión arterial, control de creatinina sérica (4 veces al año) control de la dislipidemia, progresión de enfermedad renal crónica (disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) > 5ml/min/1.73m2 en un año) 2. Consulta de enfermería mensual, medición de la glicemia capilar, cálculo del IMC, medición del perímetro abdominal, educación o consejería en control de diabetes, 3. Consulta por profesional capacitado en prescripción/indicación de actividad física.</p>					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizada en los establecimientos de salud de categoría I-2, I-3, I-4 al II-1					
3. Criterios de programación	Incrementar el 10% de personas atendidas con diabetes mellitus y diagnóstico de enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención el año previo.					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

ID	DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	Cronograma													
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
T1	Capacitación al personal de salud	Informe	100% de los EESS	UE y responsable de la ES ENT		X	X	X	X									
T2	Evaluación de la situación y necesidad de especialidad, estetoscopios, tensiómetros, tallímetros, cinta métrica adecuados.	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS	X	X												X
T3	Calibración de equipos (balanza y tensiometro)	Informe	100% de los equipos del EESS	Responsable de la ES ENT unidad ejecutora DIRESA/RED		X												X
T4	Monitoreo de la calidad de la medición de la PA, perímetro abdominal y cálculo del IMC	Informe	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED/EESS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
T5	Distribución de padron nominal, materiales impresos y de escritorio para seguimiento.	Pecosa	100% de los EESS	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED			X											
T6	Control de calidad interno del equipo de bioquímica tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glucosilada, análisis de orina por tira reactiva o reactivo en tableta (bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno), creatinina en sangre, creatinina en orina, albuminuria, perfil lipídico (colesterol sérico total, colesterol de lipoproteína de alta densidad, determinación directa de HDL, colesterol de baja densidad LDL y triglicéridos), transaminasa oxalacetica (TGO), Transaminasa piruvica (TGP).	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T7		Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED y EESS		X												
T9	Control de calidad externo del equipo de bioquímica, si corresponde.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de ES ENT de DIRESA/RED y EESS			X											
T10	Evaluación de la situación y necesidad de equipos bioquímica y de diagnóstico: espectrofotometro, tonometro, retinoscopio, potenciales evocados, analizador bioquímico, equipo semiautomatizado, etc.	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de laboratorio, ES ENT de DIRESA/RED		X												X
T11	Solicitud de adquisición o reposición de equipos de laboratorio según T11	Informe	100% de los EESS con laboratorio	Responsable de la DIRESA/RED			X											

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos. (Anexo N° 2)

METALES PESADOS

Tabla N° 12

Modelo Operacional de la Actividad

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona Atendida					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Conjunto de actividades desarrolladas en los EESS, que brinda el personal de salud capacitado a personas expuestas a metales pesados ya sean estas; por fuentes antropogénicas o naturales. Dichas actividades se brindan en todas las etapas de vida (priorizando a niños y mujeres gestantes).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral en el primer de nivel de atención a personas expuestas a metales pesados. • Toma de muestras para dosaje de metales pesados, personas expuestas a fuentes contaminantes. • Personas expuestas a metales pesados con prueba de laboratorio confirmado por el INS. • Atención de salud a personas con valores de plomo de 1 a 9.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo I). • Atención de salud a personas con valores de plomo de 10 a 19.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo II). • Atención de salud a personas con valores de plomo de 20 a 44.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo III). • Atención de salud a personas con valores de plomo de 45 a 69.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo IV). • Atención de salud a personas con valores de plomo mayor de 70 ug/dl (Categoría de exposición al plomo V). • Complicaciones de la administración del tratamiento quelante CIE 10:Y57.2. • Complicaciones de la intoxicación por metales pesados / T56.0. • Dosaje de seguimiento de metales pesados a personas en Categoría de exposición a plomo II. • Dosaje de seguimiento de metales pesados a personas en Categoría de exposición a plomo III. • Dosaje de seguimiento de metales pesados a personas en Categoría de exposición a plomo IV y V. • Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a arsénico. • Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a arsénico. 					

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud a personas con exposición crónica a arsénico. • Tratamiento quelante en la intoxicación por arsénico. • Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a mercurio. • Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a mercurio. • Atención de salud a personas con exposición crónica a mercurio. • Tratamiento quelante en la intoxicación por mercurio. • Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a cadmio. • Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a cadmio. • Atención de salud a personas con exposición crónica a cadmio. • Tratamiento quelante en la intoxicación por cadmio. <p>Implica la atención desde el primer (I) nivel de atención, hasta el tercer (III) nivel de atención, según sistema de referencia y contrareferencia y estado de salud de las personas expuestas a metales pesados; mediante atención presencial. La atención de salud a personas con exposición crónica a metales pesados, de acuerdo a la sintomatología por dicha exposición, podrá realizarse mediante atención presencial y/o telemedicina (teleconsulta, telemonitoreo y/o teleorientación) según corresponda, en el marco de la normativa vigente.</p>
2. Organización para la ejecución de la actividad	<p><u>NIVEL NACIONAL</u></p> <p>MINSA: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación; brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas, definición operacionales y criterios de programación, características de puntos de atención del producto (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones y Estructura de costos.</p> <p><u>NIVEL REGIONAL</u></p> <p>GERESA/DIRESA/DIRIS: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa el cumplimiento de la programación y planes de las actividades, a través del personal capacitado responsables de la estrategia sanitaria regional de metales pesados.</p> <p>UNIDADES EJECUTORAS: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.</p>

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS
	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento y entrega del producto. Registra las actividades realizadas en la historia clínica y en el formato HIS.
3. Criterios de programación	<p><u>Evaluación Integral en el Primer de nivel de Atención a personas expuestas a metales pesados:</u> Solo programan establecimientos de salud que cuente con información oficial sobre fuentes de exposición a metales pesados en su ámbito, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de niños menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS en zonas urbanas. • 80% de niños menores de 12 años y gestantes afiliados al SIS en zonas rurales. <p>Fuente: SIS. Listado de zonas y/o fuentes de exposición a metales pesados; comprobadas por vigilancia sanitaria ambiental y/o vigilancia epidemiológica u otra fuente oficial (MINAM, MINEM, OEFA, ANA).</p> <p><u>Toma de muestras para dosaje de metales pesados, personas expuestas a fuentes contaminantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% de la meta del Sub producto "Evaluación Integral en el Primer de Nivel de Atención a Personas Expuestas a Metales Pesados". <p>Fuente: Meta del Sub producto "Evaluación Integral en el Primer de Nivel de Atención a Personas Expuestas a Metales Pesados".</p> <p><u>Personas expuestas a metales pesados con prueba de laboratorio confirmado por el INS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% de la meta de la Sub producto "Toma de muestras para dosaje de Metales Pesados, Personas Expuestas a Fuentes Contaminantes". <p>Fuente: Meta de la Sub producto "Toma de muestras para dosaje de Metales Pesados, Personas Expuestas a Fuentes Contaminantes"</p> <p><u>Atención de salud a personas con valores de plomo de 1 a 9.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo I):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 75% de la población a la que se toma muestra para dosaje (Plomo).* <p>*Población objetivo para toma de muestra para dosaje de plomo: 82.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p>Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p><u>Atención de salud a personas con valores de plomo de 10 a 19.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo II):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de la población a la que se toma muestra para dosaje (Plomo).* <p>*Población objetivo para toma de muestra para dosaje de plomo: 82.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p>Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p>

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS
	<p><u>Atención de salud a personas con valores de plomo de 20 a 44.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo III):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3% de la población a la que se toma muestra para dosaje (Plomo).* <p>*Población objetivo para toma de muestra para dosaje de plomo: 82.2% de la meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p>Fuente: Meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p><u>Atención de salud a personas con valores de plomo de 45 a 69.9 ug/dl (Categoría de exposición al plomo IV):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.5% de la población a la que se toma muestra para dosaje (Plomo).* <p>*Población objetivo para toma de muestra para dosaje de plomo: 82.2% de la meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p>Fuente: Meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p><u>Atención de salud a personas con valores de plomo mayor de 70 ug/dl (Categoría de exposición al plomo V):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0.5% de la población a la que se toma muestra para dosaje (Plomo).* <p>*Población objetivo para toma de muestra para dosaje de plomo: 82.2% de la meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p>Fuente: Meta del Sub producto “Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS”.</p> <p><u>Complicaciones de la administración del tratamiento quelante (CIE 10: Y57.2):</u></p> <p>50% de la meta de los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Salud a Personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL(Categoría de exposición al plomo V). • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Mercurio. • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Arsénico. • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Cadmio. <p>Fuente: Meta de los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Salud a Personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL(Categoría de exposición al plomo V). • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Mercurio. • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Arsénico. • Tratamiento Quelante en la intoxicación por Cadmio. <p><u>Complicaciones de la intoxicación por metales pesados (CIE10:T56.0):</u></p> <p>1 a 2% de la meta de los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de Salud a Personas con valores de plomo de 45 a 69.9 µg/dL (Categoría de Exposición al plomo IV).

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de Salud a Personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL (Categoría de exposición al plomo V). Fuente: Meta de los subproductos: • Atención de Salud a Personas con valores de plomo de 45 a 69.9 µg/dL (Categoría de Exposición al plomo IV). • Atención de Salud a Personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL (Categoría de exposición al plomo V). <p><u>Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo II:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% de la meta del subproducto: "Atención de salud a personas con valores de plomo de 10 a 19.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo II)". Fuente: Meta del subproducto "Atención de salud a personas con valores de plomo de 10 a 19.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo II)". <p><u>Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo III:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% de la meta del subproducto: "Atención de salud a personas con valores de plomo de 20 a 44.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo III)". Fuente: Meta del subproducto "Atención de salud a personas con valores de plomo de 20 a 44.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo III)". <p><u>Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición al Plomo IV y V:</u></p> <p>80% de la meta de los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud a personas con valores de plomo de 45 a 69.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo IV). • Atención de salud a personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL (Categoría de exposición al plomo V). <p>Fuente: Meta de los subproductos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud a personas con valores de plomo de 45 a 69.9 µg/dL (Categoría de exposición al plomo IV). • Atención de salud a personas con valores de plomo mayor de 70 µg/dL (Categoría de exposición al plomo V). <p><u>Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a arsénico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de población objetivo para dosaje de arsénico.* *Población objetivo para dosaje de arsénico: 0.3% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <p><u>Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a arsénico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3% de población objetivo para dosaje de arsénico.* *Población objetivo para dosaje de arsénico: 0.3% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".

Denominación de la actividad	5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS
	<p>Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Atención de salud a personas con exposición crónica a arsénico.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 77% de población objetivo para dosaje de arsénico.* <p>*Población objetivo para dosaje de arsénico: 0.3% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Tratamiento Quelante en la intoxicación por Arsénico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0.5 a 1% de la población objetivo para dosaje de Arsénico.* <p>*Población objetivo para dosaje de arsénico: 0.3% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a mercurio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 15% de la población objetivo para dosaje de Mercurio.* <p>*Población objetivo para dosaje de mercurio: 11.35% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a mercurio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de la población objetivo para dosaje de Mercurio.* <p>*Población objetivo para dosaje de mercurio: 11.35% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Atención de salud a personas con exposición crónica a mercurio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% de la población objetivo para dosaje de Mercurio.* <p>*Población objetivo para dosaje de mercurio: 11.35% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". <u>Tratamiento quelante en la intoxicación por mercurio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0.5 a 1% de la población objetivo para dosaje de Mercurio.* <p>*Población objetivo para dosaje de mercurio: 11.35% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p>

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS</p>
	<p><u>Atención de salud a personas con exposición aguda no complicada a cadmio.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% de la población objetivo para dosaje de Cadmio.* <p>*Población objetivo para dosaje de cadmio: 0.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p><u>Atención de salud a personas con exposición aguda complicada a cadmio.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3% de la población objetivo para dosaje de Cadmio.9 <p>*Población objetivo para dosaje de cadmio: 0.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p><u>Atención de salud a personas con exposición crónica a cadmio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 87% de la población objetivo para dosaje de Cadmio.* <p>*Población objetivo para dosaje de cadmio: 0.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p> <p><u>Tratamiento quelante en la intoxicación por Cadmio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0.5 a 1% de la población objetivo para dosaje de cadmio.* <p>*Población objetivo para dosaje de cadmio: 0.2% de la meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS". Fuente: Meta del Sub producto "Personas Expuestas a Metales Pesados con prueba de Laboratorio Confirmado por el INS".</p>

<p>Denominación de la actividad</p>	<p>5000103. EXÁMENES DE TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR INTOXICACIÓN DE METALES PESADOS</p>																																																																																																																		
<p>4. Flujo de procesos</p>																																																																																																																			
<p>5. Diagrama de Gantt</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DENOMINACIÓN DE LA TAREA</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="12">CRONOGRAMA</th> </tr> <tr> <th>E</th> <th>F</th> <th>M</th> <th>A</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>J</th> <th>A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elaboración del Plan de Intervención Integral de Salud en Metales Pesados</td> <td>Informe</td> <td>1</td> <td>MINSA/DIRESA/U.E.</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacitación integral de salud en Metales Pesados</td> <td>Informe</td> <td>2</td> <td>DIRESA/U.E.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación Integral de Salud en el I nivel de Atención a personas expuestas a metales pesado</td> <td>Persona atendida</td> <td>100% de personas expuestas a metales pesados</td> <td>EE.SS.</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Dosaje de metales pesados a personas expuestas a fuentes contaminantes</td> <td>Muestra tomada</td> <td>100% de personas expuestas a metales pesados con manifestaciones clínicas de intoxicación</td> <td>EE.SS./INS</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento de personas afectadas por metales pesados</td> <td>Persona tratada</td> <td>100% de personas afectadas por metales pesados</td> <td>EE.SS.</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Monitoreo de las actividades programadas en la Estrategia Sanitaria de Metales Pesados</td> <td>Informe</td> <td>12</td> <td>MINSA/DIRESA/U.E.</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </tbody> </table>	DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA												E	F	M	A	M	J	J	A	Elaboración del Plan de Intervención Integral de Salud en Metales Pesados	Informe	1	MINSA/DIRESA/U.E.	X	X	X									Capacitación integral de salud en Metales Pesados	Informe	2	DIRESA/U.E.						X						Evaluación Integral de Salud en el I nivel de Atención a personas expuestas a metales pesado	Persona atendida	100% de personas expuestas a metales pesados	EE.SS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Dosaje de metales pesados a personas expuestas a fuentes contaminantes	Muestra tomada	100% de personas expuestas a metales pesados con manifestaciones clínicas de intoxicación	EE.SS./INS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Tratamiento de personas afectadas por metales pesados	Persona tratada	100% de personas afectadas por metales pesados	EE.SS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Monitoreo de las actividades programadas en la Estrategia Sanitaria de Metales Pesados	Informe	12	MINSA/DIRESA/U.E.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DENOMINACIÓN DE LA TAREA	UNIDAD DE MEDIDA					CANTIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA																																																																																																											
		E	F	M	A			M	J	J	A																																																																																																								
Elaboración del Plan de Intervención Integral de Salud en Metales Pesados	Informe	1	MINSA/DIRESA/U.E.	X	X	X																																																																																																													
Capacitación integral de salud en Metales Pesados	Informe	2	DIRESA/U.E.						X																																																																																																										
Evaluación Integral de Salud en el I nivel de Atención a personas expuestas a metales pesado	Persona atendida	100% de personas expuestas a metales pesados	EE.SS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																					
Dosaje de metales pesados a personas expuestas a fuentes contaminantes	Muestra tomada	100% de personas expuestas a metales pesados con manifestaciones clínicas de intoxicación	EE.SS./INS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																					
Tratamiento de personas afectadas por metales pesados	Persona tratada	100% de personas afectadas por metales pesados	EE.SS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																					
Monitoreo de las actividades programadas en la Estrategia Sanitaria de Metales Pesados	Informe	12	MINSA/DIRESA/U.E.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																					
<p>6. Listado de insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																		

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 12.

Modelo Operacional de la Actividad

Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles

Denominación de la Actividad	Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles. (5005995)					
Identifique los niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida del indicador de producción física	641. Familia capacitada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles (4398801)</p> <p>Esta actividad está dirigida a las familias con niños, adolescentes o adultos mayores, de los distritos con mayor población urbana (según clasificación del Ministerio de Economía y Finanzas, distritos cuyas municipalidades son tipo A, B, C, D y E)</p> <p>La actividad consiste en conducir sesiones educativas y/o demostrativas, dirigidas a las familias y, según las condiciones sanitarias, pueden ser presencial o por teleorientación. Las sesiones se realizan de manera colectiva, en grupos de hasta por 25 personas; a quienes se les brinda conocimientos sobre los estilos de vida saludables, orientados a generar cambios conductuales para el cuidado de la salud que contribuya a la calidad de vida de las familias.</p> <p>Los contenidos corresponden a los estilos de vida y se brindan por paquetes, según se indica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paquete Básico; comprende los siguientes temas: Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud Bucal ✓ Paquete Completo; además del paquete básico, se agregan los siguientes temas: Salud Ocular, Sueño Adecuado y Gestión del Estrés; así como Reducción a la sobre exposición a Metales Pesados (éste último tema, sólo se programa en aquellos distritos con riesgo de exposición a metales pesados) 					

	<p>La actividad la realiza el responsable de promoción de la salud del establecimiento, a través de sesiones educativas y/o demostrativas, mediante reuniones comunitarias, reuniones de padres de familia, visitas domiciliarias o tele orientación, dirigidas a familias con niño, adolescente o adulto mayor. Se considera familia intervenida cuando al menos un miembro de la familia recibe el todo el paquete básico. Asimismo, se considera familia capacitada cuando al menos un miembro de la familia recibe el paquete completo</p> <p>Según las condiciones sanitarias, la actividad se desarrolla presencialmente en un local comunal, Institución Educativa, vivienda familiar u otro que se considere necesario; sin embargo, si las condiciones sanitarias u otras dificultades impiden su desarrollo presencial, esta puede desarrollarse de manera remota, con el uso de las tecnologías de la comunicación, como medios electrónicos o telefónicos, mediante videollamadas o videoconferencias</p> <p>Las sesiones educativas y/o sesiones demostrativas estarán orientadas a fortalecer conocimientos en la importancia de las prácticas saludables y recomendaciones para facilitar el cambio conductual; por ello se abordarán los siguientes contenidos</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Alimentación Saludable: Consumo de frutas, verduras, granos integrales y semillas; reducir el consumo de productos refinados (sal, azúcar, otros) y evitar productos procesados (con octógonos)✓ Actividad Física: Vida activa regular en los siguientes dominios: doméstico o familiar, laboral, educativo, recreativo y transporte; así como evitar las actividades sedentarias.✓ Sueño Adecuado: Cantidad y calidad del sueño nocturno; rituales previos al sueño; alimentación; mantenimiento los ritmos circadianos.✓ Gestión del Estrés: Identificación de las situaciones estresantes y las emociones que generan; elementos distractores; reinterpretación de la realidad; ubicación en el presente y organización a corto plazo.✓ Salud Bucal: Correcto cepillado dental y uso del hilo dental; insumos para el cepillado dental; momentos del cepillado dental; medidas preventivas en salud bucal y evitar alimentos no cariogénicos.✓ Salud Ocular: Postura e iluminación en la visión; Distancia de exposición a medios visuales y audiovisuales; ejercicios visuales; higiene; protección ocular; alimentación. Así cómo la adherencia a lentes correctores, según corresponda✓ Metales Pesados: Identificación de los Metales Pesados; evitar la exposición o sobre exposición; desintoxicación del cuerpo; higiene de los alimentos y cuidado del agua. <p>Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 20 horas por año como mínimo.</p>
--	---

<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p><u>NIVEL NACIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. <p><u>NIVEL REGIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Brinda capacitación al personal de salud de redes y micro redes en sesiones educativas para la entrega del servicio. <p><u>NIVEL LOCAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • RED/MICROREDES DE SALUD: Brinda asistencia técnica al personal de salud de los establecimientos. Las unidades ejecutoras garantizan los bienes e insumos para la entrega del producto. Monitorea y evalúa. • ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Se informa sobre sus organizaciones sociales de base, articula y coordina las convocatorias y brinda las sesiones educativas y demostrativas a las familias. Reporta en el HIS.
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>La programación se realizará de acuerdo al nivel de cada establecimiento, según se indica:</p> <p><u>EESS I-1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 25 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 05 niños con exceso de peso de las instituciones educativas del nivel de educación inicial correspondiente a su jurisdicción <p><u>EESS I-2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 50 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 10 niños con exceso de peso de las instituciones educativas del nivel de educación inicial correspondiente a su jurisdicción ✓ 25 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción <p><u>EESS I-3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 100 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS ✓ 25 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción

	<p>✓ 25 adolescentes con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación secundaria correspondiente a su jurisdicción</p> <p>EESS I-4</p> <p>✓ 150 familias (con niño, adolescente o adulto mayor) que viven en la jurisdicción del EESS</p> <p>✓ 50 niños con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación primaria correspondiente a su jurisdicción</p> <p>✓ 50 adolescentes con exceso de peso de una institución educativa del nivel de educación secundaria correspondiente a su jurisdicción.</p> <p>Fuente de información para la programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrón SISFOH- Sistema de Focalización de Hogares. • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). • Registro de organizaciones comunitarias adscritas al municipio priorizado • Clasificación municipal publicada por el MEF en año anterior • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar distritos que presentan problemas en la No Trasmisible con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad). 																																																																
<p>4. Flujo de procesos</p>	<pre> graph LR A(()) --> B[Identificación de familias en zonas de riesgo según mapa de sectorización y ficha familiar] B --> C[Elaboración e implementación de un cronograma de acciones para el desarrollo de las consejerías] C --> D[Desarrollo de las consejerías en domicilio de las familias] D --> E(()) </pre>																																																																
<p>5. Diagrama de Grant</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAREAS</th> <th>UNIDAD DE MEDIDA</th> <th>CANTIDAD</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificación de familias en zonas de riesgo según mapa de sectorización y ficha familiar</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Elaboración e implementación de un cronograma de acciones para el desarrollo de las consejerías</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desarrollo de las consejerías en domicilio de las familias</td> <td>Entrega de las consejerías</td> <td>3</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Identificación de familias en zonas de riesgo según mapa de sectorización y ficha familiar	Reunión	1	Personal de salud	x												Elaboración e implementación de un cronograma de acciones para el desarrollo de las consejerías	Reunión	1	Personal de salud		x											Desarrollo de las consejerías en domicilio de las familias	Entrega de las consejerías	3	Personal de salud			x		x		x					
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																		
Identificación de familias en zonas de riesgo según mapa de sectorización y ficha familiar	Reunión	1	Personal de salud	x																																																													
Elaboración e implementación de un cronograma de acciones para el desarrollo de las consejerías	Reunión	1	Personal de salud		x																																																												
Desarrollo de las consejerías en domicilio de las familias	Entrega de las consejerías	3	Personal de salud			x		x		x																																																							
<p>6. Listado de Insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																

Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)					
Identifique los niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida del indicador de producción física	088. Persona capacitada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Los actores sociales (Funcionario o servidor municipal; docente y directivos de institución educativa pública de Educación Básica y Superior; autoridades, docentes y administrativos de universidades; Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad) reciben información relacionada a la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles, a fin de cada actor social desarrolle acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida y las prácticas saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionario municipal: funcionarios o servidor de la municipalidad reciben información de la situación de salud local enfatizando en las enfermedades no trasmisibles; a fin de motivar la implementación de políticas locales que mejoren las condiciones de vida y promuevan estilos de vida saludable • Docente de institución educativa: en los tres niveles de la educación básica (inicial, primaria y secundaria) los docentes y directivos; así como autoridades y docentes de educación superior (universitaria y no universitaria) reciben información del personal de salud capacitado y sobre la cual desarrolla sesiones y/o proyectos de aprendizaje en estilos de vida saludables y cuidado de la salud; asimismo, implementan políticas para mejorar las condiciones de estudio y/o de trabajo. • Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad, adscritas o no al Gobierno Local, reciben información del personal de salud capacitado para la movilización comunitaria orientada a mejorar las condiciones de vida y promover estilos de vida saludable y hábitos para el cuidado de la salud que contribuyan a la 					

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)</p>
	<p>disminución de las enfermedades no trasmisibles en su comunidad.</p> <p>Esta actividad es desarrollada por el personal de salud capacitado de la Diresa/Geresa/Red/Microred de Salud, según corresponda, cumple un rol facilitador de la acción intersectorial y de la participación comunitaria según problema sanitario priorizado. La red/microred de salud, según corresponda, realizará las gestiones con la Unidad de Gestión Local – UGEL para que se incluya los temas de salud en la capacitación anual dirigida a directivos y docentes; así mismo coordina con las universidades; y con los Agentes Comunitarios de Salud y otros líderes de la comunidad, realiza las reuniones de coordinación con el gobierno local y talleres de capacitación y seguimiento a las acciones de vigilancia comunitaria</p> <p>FUNCIONARIOS MUNICIPALES SENSIBILIZADOS PARA LA GENERACIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (4398802)</p> <p>Esta actividad es realizada por el responsable de Promoción de la Salud del establecimiento de mayor capacidad resolutive presente en el distrito, quien comparte información bimestral a las autoridades, funcionarios o servidores municipales, sobre la situación de las enfermedades no trasmisibles a nivel local, a fin que implementen políticas, programas, proyecto y/o desarrollen acciones dirigidas a mejorar condiciones que favorezcan las prácticas saludables de alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión del estrés, salud bucal, salud ocular y evitar la sobre exposición a metales pesados.</p> <p>Se realiza a través de al menos ocho reuniones de trabajo con el gobierno local, desarrolladas en ambientes de la Municipalidad, Establecimiento de Salud o donde acuerden, la duración variará, de acuerdo al tipo de reunión.</p> <p>✓ Reunión de planificación, considera una reunión de incidencia y tres reuniones de planificación. La reunión de incidencia se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito presentar la problemática, así como la propuesta de intervenciones a realizar para mejorar las condiciones de vida de la población; se desarrolla en una reunión de un tiempo máximo de 60 minutos. La reunión de planificación, se realiza con el o los técnicos designado por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales; tiene como propósito elaborar un</p>

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>cronograma anual o multianual de intervenciones para mejorar las condiciones de vida y reducir las condiciones obesogénicas en el distrito. Se realiza en tres reuniones, cada una durante 60 minutos en promedio.</p> <p>✓ Reunión de organización, se realiza con el o los técnicos designados por la autoridad municipal y/o funcionarios municipales. Tiene como propósito acompañar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida. Se consideran al menos tres reuniones, de una duración promedio de 60 minutos cada una.</p> <p>✓ Reunión de evaluación, se realiza ante el consejo municipal, funcionarios municipales y los técnicos designados por la autoridad municipal; tiene como propósito evaluar la implementación de políticas, programas, proyectos o acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Se realiza en una reunión de una duración promedio de 60 minutos. (1 Reunión)</p> <p>Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 04 horas por año como mínimo</p> <p>Unidad de medida</p> <ul style="list-style-type: none"> • 088 persona capacitada <p>Criterio de programación:</p> <p>100% de municipalidades tipo A, B, C, D y E, con al menos dos funcionarios y/o servidores capacitados.</p> <p>Este sub producto sólo será programado por el establecimiento de mayor capacidad resolutive ubicado dentro del distrito correspondiente</p> <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clasificación municipal publicada por el MEF en año anterior. <p>DOCENTES COMPROMETIDOS QUE DESARROLLAN ACCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE, ACTIVIDAD FISICA, SALUD OCULAR Y SALUD BUCAL (4398803)</p>

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>El responsable de Promoción de la Salud del establecimiento, micro red o red de salud realizan acciones según su nivel de intervención.</p> <p>El personal de la Red de Salud en articulación con la DIRESA/GERESA, o quien haga sus veces, realiza cuatro reuniones de asistencia técnica a las universidades y/o institutos superiores, según sea el caso, realizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunión de Incidencia, se realiza con las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables, para la conformación o fortalecimiento del Comité de Gestión de Universidades Saludables. Tiene una duración de 60 minutos (1 Reunión) ✓ Reunión de Planificación, se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables, con quién se elabora la programación conjunta de proyectos y/o actividades a realizar por cada institución. Tiene una duración de 120 minutos. (1 Reunión) ✓ Reunión de asistencia técnica, se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito acompañar la implementación proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo. Se consideran al menos dos reuniones de una duración promedio de 30 minutos cada una. (2 Reuniones) ✓ Reunión de evaluación, se realiza con los responsables del Comité de Gestión de Universidades e Institutos Saludables. Tiene como propósito evaluar la implementación de proyectos y/o actividades dirigidas a mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; asimismo se analizan los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y se formulan las recomendaciones para las instituciones comprometidas. Tiene una duración promedio de 60 minutos. (1 Reunión) ✓ Reunión de informe, se realiza ante las autoridades universitarias o de institutos superiores, así como los responsables de Universidades o Institutos Saludables. Tiene como propósito presentar el informe de intervenciones a realizadas para mejorar las condiciones de estudio y/o trabajo; el mismo que contiene los logros, avances de resultados, puntos críticos, lecciones aprendidas y recomendaciones. Tiene una duración promedio de 20 minutos. (1 Reunión) <p>Estas actividades se realizan en el local de la Universidad, Instituto Superior, o la que se designe para tales fines.</p>

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>El personal de la Red de Salud y Micro Red, realizan cuatro reuniones de asistencia técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incidencia ante la Unidad de Gestión Educativa Local – UGEL, para la programación conjunta con de la hoja de ruta para la capacitación en su ámbito, dirigida a docentes y directivos. Se realiza en una reunión de 60 minutos. (1 Reunión) ✓ Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación inicial, en los temas: Alimentación Saludable, Actividad Física, Salud Bucal, Salud Ocular. Se realiza en un taller de 4 horas (1 Reunión) ✓ Capacitación a docentes y directivos de instituciones educativas del nivel de educación primaria, en los temas: Alimentación Saludable, Actividad Física, Sueño Adecuado, Salud Bucal, Salud Ocular. Se realiza en un taller de 5 horas (1 Reunión) ✓ Capacitación a tutores y directivos de instituciones educativas del nivel de educación secundaria, en los temas: Alimentación Saludable, Actividad Física, Sueño Adecuado, Gestión del Estrés, Salud Bucal, Salud Ocular y Evitar la sobre exposición a Metales Pesados. Se realiza en un taller de 6 horas. (1 Reunión) <p>Estas actividades se realizan en el local de la UGEL o la que se designe para tales fines.</p> <p>El personal del Establecimiento de Salud, realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incidencia a los directivos y docentes capacitados de su jurisdicción, para la programación anual de proyectos y sesiones de aprendizaje. Una reunión de 30 minutos ✓ Acompañamiento al personal directivo en las acciones de monitoreo pedagógico de los proyectos y sesiones de aprendizaje. Una reunión de 30 minutos. ✓ Capacitación a padres de familia, se realiza mediante sesiones educativas desarrolladas por el personal de salud y se dirige a los padres de familia convocados por el docente o directivo. Consta de dos sesiones, de una duración de 90 minutos cada una; la primera sesión se desarrollarán contenidos de estilos de vida saludable y la segunda sesión se desarrollarán los contenidos de cuidado de la salud. <p>Estas actividades se realizan en la Institución Educativa.</p>

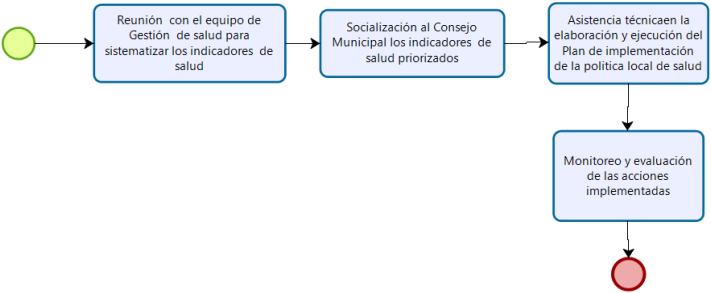
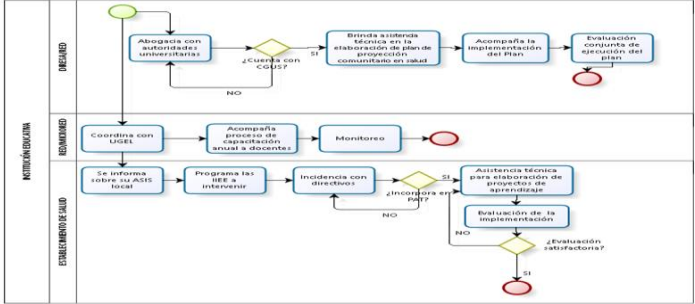
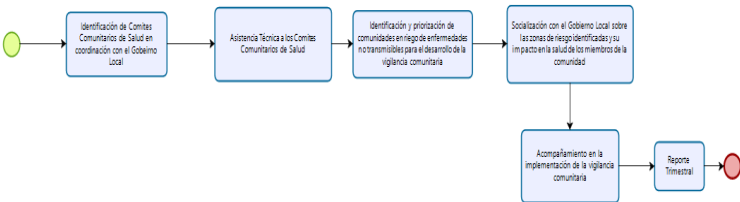
Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 08 horas por año como mínimo.</p> <p>Unidad de medida 035. Docente capacitado</p> <p>Fuente: HIS</p> <p>Criterio de programación La programación se realizará de acuerdo al nivel del establecimiento de salud</p> <p><u>EESS I-1</u> ✓ 02 docentes de las instituciones educativas de inicial, correspondiente a su jurisdicción</p> <p><u>EESS I-2</u> ✓ 10 docentes de las instituciones educativas de inicial y primaria, correspondiente a su jurisdicción</p> <p><u>EESS I-3</u> ✓ 20 docentes de las instituciones educativas primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción</p> <p><u>EESS I-4</u> ✓ 150 docentes de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 05 Autoridades y/o docentes por cada instituto superior y/o universidad licenciada por la SUNEDU</p> <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar distritos que presentan problemas en la No Trasmisible con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad). • Padrón de Universidades e instituciones con rango universitario publicado por la SUNEDU,

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)</p>
	<p>https://www.sunedu.gob.pe/universidades-licenciadas/ así como https://www.sunedu.gob.pe/instituciones-con-rango-universitario/</p> <p>ORGANIZACIONES COMUNITARIAS REALIZAN VIGILANCIA CIUDADANA PARA LA REDUCCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN POR METALES PESADOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS E HIDROCARBUROS (4398804)</p> <p>El responsable de Promoción de la Salud del establecimiento brinda sesiones educativas y/o demostrativas sobre alimentación saludable, actividad física, sueño adecuado, gestión de estrés, salud bucal, salud ocular y reducción de la exposición a metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos; estas sesiones se articulan con la municipalidad y están dirigidas a los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad, a fin que implementen acciones para el cuidado de la salud individual y comunitaria, entre ellas la vigilancia comunitaria, dirigida a mejorar las condiciones de su entorno. Estas acciones se realizan en locales comunales, salas municipales u otro ambiente que los participantes consideren conveniente.</p> <p>El responsable de Promoción de la Salud del establecimiento realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunión de incidencia, participan los Agentes Comunitarios en Salud y otros líderes de la comunidad. Se puede convocar conjuntamente con la municipalidad, cuyo técnico designado por la autoridad local puede participar en la reunión. Tiene como propósito mostrar datos locales sobre la situación de salud y sensibilizar en la necesidad de la intervención comunitaria. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 30 minutos. (1 Reunión) ✓ Sesión educativa en estilos de vida saludable y cuidado de la salud, participan Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes y miembros de la comunidad. Tiene como propósito fortalecer conocimientos sobre la importancia de practicar un estilo de vida saludable. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 90 minutos. (1 Reunión) ✓ Sesión educativa de condiciones de vida, participan Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes y miembros de la comunidad. Tiene como propósito identificar y analizar conjuntamente las condiciones locales que enferman a los miembros de la comunidad y plantear alternativas para mejorar las condiciones. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 90 minutos. (1 Reunión) ✓ Reuniones de acompañamiento, participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>representante de la municipalidad. Tiene como propósito monitorear la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria y otras intervenciones orientadas a mejorar las condiciones de vida local. Se desarrolla en dos sesiones de aproximadamente 30 minutos cada una (2 Reuniones)</p> <p>✓ Reunión de evaluación, participan los Agentes Comunitarios en Salud, otros líderes de la comunidad y el representante de la municipalidad. Tiene como propósito identificar los logros, los puntos críticos, las lecciones aprendidas y recomendaciones para las autoridades e instituciones que podrían contribuir a mejorar las condiciones de vida. Se desarrolla en una sesión de aproximadamente 60 minutos (1 Reunión)</p> <p>Si en el padrón de municipio no registra organizaciones comunitarias tales como Junta Vecinales Comunales o su similar, comedores populares, vaso de leche, entre otros; la Red/MR articulará con su establecimiento de salud para el registro de dichas organizaciones por ser una prioridad la vigilancia en esas zonas.</p> <p>Para el desarrollo de estas tareas el personal de salud requiere una capacitación de 08 horas por año como mínimo.</p> <p>Unidad de medida del producto: 088. Persona capacitada</p> <p>Fuente: reporte HIS</p> <p>Criterio de programación:</p> <p><u>EESS I-1</u></p> <p>✓ 10 personas de al menos 02 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros).</p> <p><u>EESS I-2</u></p> <p>✓ 25 personas de al menos 05 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros)</p>

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)</p>
	<p><u>EESS I-3</u></p> <p>✓ 50 personas de al menos 10 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros)</p> <p><u>EESS I-4</u></p> <p>✓ 75 personas de al menos 15 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros)</p> <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Comités Comunitarios de Salud. • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar distritos que presentan problemas en la No Trasmisible con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad).
<p>2. Organización para la ejecución de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto, así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD /UNIDAD EJECUTORAS: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto para lo cual desarrolla actividades de fortalecimiento de capacidades a docentes a fin de implementar acciones para promover prácticas saludables que contribuyen a la reducción de las enfermedades no trasmisibles. • MUNICIPIOS: Lidera y fortalece la participación comunitaria a través del registro de los Comités Comunitarios de Salud. Conduce la participación comunitaria para realizar intervenciones que contribuyen a la prevención y control según daño priorizado. Aprueba y garantiza financiamiento al Plan anual articulado y coordinado de actividades, según prioridades sanitarias en

Denominación de la Actividad	Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)
	<p>el territorio, con la finalidad de mejorar del entorno, y promover prácticas saludables. Monitorea y evalúa</p> <ul style="list-style-type: none"> • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados a la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal en sus proyectos de aprendizaje. • COMUNIDAD: Participa a través de sus Comités Comunitarios de Salud inscritas o no en el Gobierno Local, proporcionando los resultados de la vigilancia comunitaria, insumo importante para la Sala Municipal de Salud o la que haga sus veces.
1. Criterios de programación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 100% de municipalidades tipo A, B, C, D y E. Este sub producto sólo será programado por el establecimiento de mayor capacidad resolutive ubicado dentro del distrito correspondiente <p>Para todos los demás casos, la programación se realizará de acuerdo al nivel de cada establecimiento, según se indica:</p> <p><u>EESS I-1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 docentes de las instituciones educativas de inicial, correspondiente a su jurisdicción ✓ 02 Comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p><u>EESS I-2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 10 docentes de las instituciones educativas de inicial y primaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 05 Comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p><u>EESS I-3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 20 docentes de las instituciones educativas primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 10 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) <p><u>EESS I-4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 150 docentes de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria, correspondiente a su jurisdicción ✓ 15 comunidades, sectores o las que hagan sus veces (comité comunitario, organización social u otros) ✓ 05 Autoridades y/o docentes por cada instituto superior y/o universidad licenciada por la SUNEDU

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)</p>
<p>2. Flujo de procesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>Consejo municipal</p>  <p>Institución educativa pública de educación básica regular</p>  <p>Comités Comunitarios de Salud</p> 
<p>3. Diagrama de Grant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>Consejo municipal</p>

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (5005996)</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TAREAS</th> <th>UNIDAD DE MEDIDA</th> <th>CANTIDAD</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reunión con el equipo de Gestión de salud para sistematizar los indicadores de salud</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Socializar al Consejo Municipal los indicadores de salud priorizados</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del Plan de Implementación de la Política Local de Salud</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monitoreo de las acciones de implementación</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación de las acciones de implementación</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>• Institución educativa pública de educación básica regular</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TAREAS</th> <th>UNIDAD DE MEDIDA</th> <th>CANTIDAD</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGOS</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coordinación con la UGEL para presentación de la información sobre problemas sanitarios priorizados locales</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Jefe/Equipo de salud</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incidencia con directivos de instituciones educativas</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Jefe/Equipo de salud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asistencia técnica a los docentes para la implementación de contenidos técnicos de salud en los proyectos de aprendizaje</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Jefe/Equipo de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Comités Comunitarios de Salud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TAREAS</th> <th>UNIDAD DE MEDIDA</th> <th>CANTIDAD</th> <th>RESPONSABLE</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificación de Comites Comunitarios de Salud en coordinación con el Gobierno Local</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asistencia Técnica a los Comites Comunitarios de Salud</td> <td>Reunión</td> <td>2</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Identificación y priorización de comunidades en riesgo de enfermedades no transmisibles para el desarrollo de la vigilancia comunitaria</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Socialización con el Gobierno Local sobre las zonas de riesgo identificadas y su impacto en la salud de los miembros de la comunidad</td> <td>Reunión</td> <td>1</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acompañamiento en la implementación de la vigilancia comunitaria</td> <td>Reunión</td> <td>2</td> <td>Personal de salud</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>Reporte Trimestral</td> <td>Reunión</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Reunión con el equipo de Gestión de salud para sistematizar los indicadores de salud	Reunión	1	Personal de salud		x											Socializar al Consejo Municipal los indicadores de salud priorizados	Reunión	1	Personal de salud			x										Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del Plan de Implementación de la Política Local de Salud	Reunión	1	Personal de salud			x				x						Monitoreo de las acciones de implementación	Reunión	1	Personal de salud					x								Evaluación de las acciones de implementación	Reunión	1	Personal de salud											x		TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	Coordinación con la UGEL para presentación de la información sobre problemas sanitarios priorizados locales	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		x											Incidencia con directivos de instituciones educativas	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			x										Asistencia técnica a los docentes para la implementación de contenidos técnicos de salud en los proyectos de aprendizaje	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				x	x	x	x						TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Identificación de Comites Comunitarios de Salud en coordinación con el Gobierno Local	Reunión	1	Personal de salud			x										Asistencia Técnica a los Comites Comunitarios de Salud	Reunión	2	Personal de salud				x							x		Identificación y priorización de comunidades en riesgo de enfermedades no transmisibles para el desarrollo de la vigilancia comunitaria	Reunión	1	Personal de salud						x							Socialización con el Gobierno Local sobre las zonas de riesgo identificadas y su impacto en la salud de los miembros de la comunidad	Reunión	1	Personal de salud						x							Acompañamiento en la implementación de la vigilancia comunitaria	Reunión	2	Personal de salud							x					x	Reporte Trimestral	Reunión	2									x				
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																																																																																																		
Reunión con el equipo de Gestión de salud para sistematizar los indicadores de salud	Reunión	1	Personal de salud		x																																																																																																																																																																																																																																																																												
Socializar al Consejo Municipal los indicadores de salud priorizados	Reunión	1	Personal de salud			x																																																																																																																																																																																																																																																																											
Asistencia técnica en la elaboración y ejecución del Plan de Implementación de la Política Local de Salud	Reunión	1	Personal de salud			x				x																																																																																																																																																																																																																																																																							
Monitoreo de las acciones de implementación	Reunión	1	Personal de salud					x																																																																																																																																																																																																																																																																									
Evaluación de las acciones de implementación	Reunión	1	Personal de salud											x																																																																																																																																																																																																																																																																			
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																																																																																																		
Coordinación con la UGEL para presentación de la información sobre problemas sanitarios priorizados locales	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		x																																																																																																																																																																																																																																																																												
Incidencia con directivos de instituciones educativas	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			x																																																																																																																																																																																																																																																																											
Asistencia técnica a los docentes para la implementación de contenidos técnicos de salud en los proyectos de aprendizaje	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				x	x	x	x																																																																																																																																																																																																																																																																							
TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	RESPONSABLE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																																																																																																		
Identificación de Comites Comunitarios de Salud en coordinación con el Gobierno Local	Reunión	1	Personal de salud			x																																																																																																																																																																																																																																																																											
Asistencia Técnica a los Comites Comunitarios de Salud	Reunión	2	Personal de salud				x							x																																																																																																																																																																																																																																																																			
Identificación y priorización de comunidades en riesgo de enfermedades no transmisibles para el desarrollo de la vigilancia comunitaria	Reunión	1	Personal de salud						x																																																																																																																																																																																																																																																																								
Socialización con el Gobierno Local sobre las zonas de riesgo identificadas y su impacto en la salud de los miembros de la comunidad	Reunión	1	Personal de salud						x																																																																																																																																																																																																																																																																								
Acompañamiento en la implementación de la vigilancia comunitaria	Reunión	2	Personal de salud							x					x																																																																																																																																																																																																																																																																		
Reporte Trimestral	Reunión	2									x																																																																																																																																																																																																																																																																						
<p>4. Listado de Insumos</p>	<p>Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																

COMUNICACIONES

Tabla N° 12.

Modelo Operacional de la Actividad

Información A La Población Para El Cuidado De La Salud De Las Enfermedades No Trasmisibles (Bucal, Ocular, Metales Pesados, Hipertensión Arterial Y Diabetes Mellitus)

Denominación de la Actividad	INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES (BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS).					
Identifique los niveles de gobierno que ejecutan a actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	Persona informada					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	<p>Intervenciones comunicacionales destinadas a informar y orientar a la población en general sobre el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus), a través de mensajes claves en medios de comunicación masivos y/o alternativos, así como de voceros y/o periodistas capacitados, en zonas priorizadas según enfermedad no trasmisible prevalente. La ejecución de estas intervenciones tendrá en cuenta las efemérides oficiales del Ministerio de Salud.</p> <p>Los bienes y servicios que se brindan incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Producción de spots radiales y televisivos - Difusión de mensajes en medios de comunicación masiva escrita, radial, televisiva. - Difusión de mensajes en medios alternativos: animación socio cultural, movilización social, sesiones demostrativas, BTL, redes sociales, web 2.0, entre otras. - Capacitación a periodistas, líderes de opinión y voceros sobre las medidas de prevención y control de las enfermedades no trasmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). <p>La actividad la realizan los profesionales a cargo de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESA/GERESA/DIRIS y Redes de Salud, según corresponda, en coordinación con los responsables</p>					

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS).</p>
	<p>de los productos del programa presupuestal del nivel nacional y regional. Igualmente, cuenta con la participación del personal de salud en la implementación de las acciones, principalmente de movilización social.</p> <p>Esta información deberá ser adaptada al contexto regional y local por las oficinas de Comunicaciones de las DIRIS, DIRESA, GERESA y Red de Salud de acuerdo al escenario de riesgo, perfil de la población, adecuación cultural y comprenderá la siguiente temática: información a la población para el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).</p> <p>La ejecución de la actividad contempla lo siguiente:</p> <p>Salud bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y cuidado de la salud bucal, con énfasis en las prácticas adecuadas de higiene, cuidado y atención médica, de acuerdo al escenario de riesgo. <p>Salud ocular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y cuidado de la salud ocular, con énfasis en promover comportamientos saludables desde la infancia para la conservación de la salud ocular, prevención a través del reconocimiento de signos y síntomas de las enfermedades oculares de mayor prevalencia, así como la importancia de acudir a la atención oftalmológica anualmente. <p>Contaminación por metales pesados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y control de la contaminación, exposición e intoxicación por metales pesados y otras sustancias químicas, con énfasis en las prácticas saludables, reconocimiento de signos y síntomas, cuidado y atención médica de acuerdo al escenario de riesgo. <p>Hipertensión arterial y diabetes mellitus:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y cuidado de la hipertensión arterial y diabetes mellitus, con énfasis en las prácticas saludables (alimentación saludable, actividad física y evitar el consumo de tabaco y alcohol), reconocimiento de signos y síntomas, acudir al establecimiento de salud para controles periódicos anuales, cuidado y atención médica, de acuerdo al escenario de riesgo.
<p>2.Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>La información oficial será elaborada por la Oficina General de Comunicaciones del Minsa en coordinación con la Dirección correspondiente. Esta información deberá ser adecuada al contexto regional y local por las oficinas de Comunicaciones de la DIRESA/GERESA/Unidad Ejecutora, de acuerdo al escenario de riesgo, población/adecuación cultural. La ejecución de estas intervenciones tendrá en cuenta las efemérides oficiales del Ministerio de Salud.</p>

<p>Denominación de la Actividad</p>	<p>INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS).</p>
<p>3. Criterios de programación</p>	<p>- 20% de la población que accede a medios de comunicación masivos (radio, televisión y prensa escrita) y recibe la información sobre las medidas de prevención contra las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).</p> <p>Fuente de información para el cálculo de la meta física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población estimada (Censo de Población y vivienda INEI, Encuesta demográfica y de salud familiar). • Estudios de rating (medios televisivos), audiencia (radios) y lectoría (prensa escrita) de los medios de comunicación donde se difunden los mensajes de prevención contra las enfermedades no transmisibles (enfermedades bucales, oculares, contaminación por metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). • Información estadística de beneficiados y/o participantes en ferias informativas, movilizaciones sociales y actividades en espacios públicos masivos. • Directorio de medios de comunicación nacional, regional y local.
<p>4. Flujo de procesos</p>	

Denominación de la Actividad	INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS).																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
5. Diagrama de Gant	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TAREAS</th> <th rowspan="2">FECHA DE INICIO</th> <th rowspan="2">FECHA DE TÉRMINO</th> <th rowspan="2">UNIDAD DE MEDIDA</th> <th rowspan="2">RESPONSABLE</th> <th colspan="12">AÑO DE EJECUCIÓN</th> </tr> <tr> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SET</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot televisivo sobre prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot televisivo sobre prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot televisivo sobre prevención de la diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot radial sobre prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot radial sobre prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Difusión de spot radial sobre prevención de diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Número de spots</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Número de afiches</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Número de afiches</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Publicación de afiche sobre prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Número de afiches</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Publicación de afiche sobre prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Número de afiches</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Publicación de afiche sobre prevención de diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Número de afiches</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Movilización social por enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Movilización social por enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Movilización social por prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Movilización social por prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Movilización social por prevención de diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Animación sociocultural por enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Animación sociocultural por enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Animación sociocultural por prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Animación sociocultural por prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Animación sociocultural por prevención de diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Persona informada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades bucales</td> <td>mar</td> <td>abr</td> <td>Persona capacitada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades oculares</td> <td>oct</td> <td>oct</td> <td>Persona capacitada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de contaminación por metales pesados</td> <td>nov</td> <td>nov</td> <td>Persona capacitada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de hipertensión arterial</td> <td>may</td> <td>jun</td> <td>Persona capacitada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de diabetes mellitus</td> <td>oct</td> <td>nov</td> <td>Persona capacitada</td> <td>DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>													TAREAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	AÑO DE EJECUCIÓN												ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot televisivo sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot televisivo sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot televisivo sobre prevención de la diabetes mellitus	oct	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot radial sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot radial sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Difusión de spot radial sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Publicación de afiche sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Publicación de afiche sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Publicación de afiche sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Movilización social por enfermedades bucales	mar	abr	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Movilización social por enfermedades oculares	oct	oct	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Movilización social por prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Movilización social por prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Movilización social por prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Animación sociocultural por enfermedades bucales	mar	abr	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Animación sociocultural por enfermedades oculares	oct	oct	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Animación sociocultural por prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Animación sociocultural por prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Animación sociocultural por prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																			Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																		
TAREAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	AÑO DE EJECUCIÓN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot televisivo sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot televisivo sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot televisivo sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot televisivo sobre prevención de la diabetes mellitus	oct	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot radial sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot radial sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot radial sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Difusión de spot radial sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Número de spots	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Publicación de afiche sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Publicación de afiche sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Publicación de afiche sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Publicación de afiche sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Número de afiches	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Movilización social por enfermedades bucales	mar	abr	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Movilización social por enfermedades oculares	oct	oct	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Movilización social por prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Movilización social por prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Movilización social por prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Animación sociocultural por enfermedades bucales	mar	abr	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Animación sociocultural por enfermedades oculares	oct	oct	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Animación sociocultural por prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Animación sociocultural por prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Animación sociocultural por prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona informada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades bucales	mar	abr	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de enfermedades oculares	oct	oct	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de contaminación por metales pesados	nov	nov	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de hipertensión arterial	may	jun	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Taller para periodistas, vecinos y líderes de opinión sobre prevención de diabetes mellitus	oct	nov	Persona capacitada	DIRESA GERESA DIRSIRE DES DE SALUD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos en Sistema de Gestión de Productos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

3.6 INDICADORES

3.6.1 Indicadores de Desempeño

SALUD OCULAR

Tabla N°13.

Indicadores de desempeño

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
RESULTADO FINAL	
Reducir la Discapacidad visual y ceguera	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años a más que reportan dificultades para ver.
RESULTADO ESPECÍFICO	
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP) <i>(Mayor número de recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que reciben tratamiento oportuno)</i>	Porcentaje de recién nacidos prematuros con tratamiento y control de Retinopatía de la Prematuridad.
Tratamiento y control de niños con errores refractivos <i>(Mayor número de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado)</i>	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes.
Tratamiento y control de niños con errores refractivos <i>(Mayor número de niños de 3 a 11 años con adherencia al tratamiento de error refractivo diagnosticado)</i>	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes en forma permanente.
Tratamiento y control de personas con cataratas. <i>(Mayor población de 50 años a más que accede a tratamiento quirúrgico por ceguera por catarata)</i>	Porcentaje de población de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata
Tratamiento y control de personas con Glaucoma <i>(Mayor población recibe tratamiento oportuno de Glaucoma)</i>	Porcentaje de personas de 40 años a más con diagnóstico de glaucoma que reciben tratamiento

Tratamiento y control de personas con Retinopatía Diabética <i>(Mayor número de personas con diabetes con tratamiento oportuno de Retinopatía Diabética)</i>	Porcentaje de personas con Diagnóstico de retinopatía diabética que reciben tratamiento.
Tratamiento y control de personas con Enfermedades Externas del Ojo	Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo que reciben tratamiento.
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Porcentaje de personas con diagnóstico de Baja Visión que reciben tratamiento.
PRODUCTO	
Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Porcentaje de recién nacidos prematuros que presentan factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad
	Porcentaje de recién nacidos prematuros con factores de riesgo que son diagnosticados con Retinopatía de la Prematuridad
Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños.	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses
	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud.
Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	Porcentaje de personas de 50 años a más con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses
	Porcentaje de personas de 50 años a más que han recibido un diagnóstico de cataratas
Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma <i>(Mayor población con diagnóstico de Glaucoma)</i>	Porcentaje de personas de 40 años a más con factores de riesgo que son tamizadas por personal de salud para la detección de glaucoma.
	Porcentaje de personas de 40 años a más con diagnóstico de Glaucoma.
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética <i>(Mayor número de personas con diabetes con tamizaje oportuno de Retinopatía Diabética)</i>	Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que son detectadas con riesgo para retinopatía diabética.
	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que son diagnosticadas con Retinopatía Diabética.
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de	Porcentaje de personas que son detectadas por el personal de salud con Enfermedades Externas del Ojo.

personas con enfermedades externas del ojo	Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Porcentaje de personas con diagnóstico de Baja Visión.
Instituciones educativas promueven prácticas higiénicas sanitarias y entornos saludables para el cuidado integral de la salud ocular.	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de Salud Ocular.

SALUD BUCAL

Tabla N° 13

Indicadores de desempeño

Nivel de Objetivo	Enunciado o nombre del indicador
Resultado final	Prevalencia de caries dental en niños y niñas de 0 a 11 años que acuden a la atención de consulta externa en los establecimientos de salud del ministerio de salud
Resultado específico	
Producto	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 11 años con alta básica odontológica
	Porcentaje de adolescentes con alta básica odontológica
Atención estomatológica preventiva	Porcentaje de adultos mayores rehabilitados con prótesis dentales removibles
Atención estomatológica recuperativa	Porcentaje de niñas y niños de 1 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de higiene bucal
Atención estomatológica especializada	Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico en los últimos 6 meses
	Porcentaje de adultos de 60 años a más atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses
	Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.

NO TRASMISIBLES

Tabla N° 13

Indicadores de desempeño

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
RESULTADO FINAL	
Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por enfermedades no transmisibles	Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud
	Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por profesional de salud
RESULTADO ESPECÍFICO	
Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones	Porcentaje de personas de 15 a más años que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada recibe tratamiento farmacológico.
	Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada que controlan su presión arterial
	Porcentaje de personas de 15 a más años que reportan tener diabetes mellitus que recibe tratamiento farmacológico
PRODUCTO	
Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles	Porcentajes de personas de 5 años a más años de edad tamizadas de la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida
Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	Porcentaje de personas con hipertensión que reciben tratamiento.
Tratamiento y control de personas con diabetes	Porcentaje de personas de 15 años a más con sobrepeso Porcentaje de personas de 15 años a más con obesidad

METALES PESADOS

Tabla N° 13

Indicadores de desempeño

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
RESULTADO FINAL	
Disminuir la mortalidad por intoxicación con metales pesados	Mortalidad por intoxicación con metales pesados.
RESULTADO ESPECÍFICO	
Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados.	Incidencia de intoxicación por metales pesados.
PRODUCTO	
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	Porcentaje de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 13

Indicadores de desempeño

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR
RESULTADO FINAL	
Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT	Porcentaje de personas de 15 años a más que consumen al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales
RESULTADO ESPECÍFICO	
Familias de los distritos con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad.	
PRODUCTO	
Familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles	Familias que reciben las sesiones educativas y/o demostrativas en estilos de vida saludable.

SALUD OCULAR

Tabla N° 14.
Ficha técnica del indicador de desempeño

INDICADOR DE RESULTADO FINAL

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 50 AÑOS O MAS QUE REPORTAN DIFICULTADES PARA VER
Indicador de resultado final: Reducir la Discapacidad visual y ceguera
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver</p> <p>Dificultad para ver se refiere a reportar el menos un grado leve de dificultad en poder ver o distinguir perfectamente personas u objetos</p> <p>Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan esta dificultad para ver, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión. Algunas de estas incluyen a las cataratas, presbicia u otras. La información de este indicador dará una visión sobre la magnitud general de salud ocular en esta población. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para la promoción de la salud ocular.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

El indicador no detectara diagnósticos específicos sino síntomas que podrían estar relacionados a alguna enfermedad ocular. Las dificultades para ver podrían ser transitorias o permanentes, lo cual sugiere diferentes enfermedades de fondo y ello no podrá ser distinguido por el indicador.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se recogerá información sobre dificultades para ver reportadas por la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje (Se utilizan varias definiciones de dificultad para ver).</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta dificultad en los siguientes intervalos: últimos 30 días, últimos 6 meses y últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado. Varias de las preguntas han sido tomadas de la Encuesta Mundial de Salud, adaptadas al español y modificadas en cuanto a su margen de tiempo (últimos 30 días, últimos 6 meses y últimos 12 meses)</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Numerador: Número de personas de 50 años a más que en los últimos 12 meses ha tenido dificultad para ver. $\sum (QS306=1 \text{ ó } QS308=1)$. Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número de personas 50 años a más.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS			
SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
SINTAXIS			
Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan una respuesta positiva a cualquiera de las Preguntas 1a-1e Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta			

INDICADORES DE RESULTADO ESPECÍFICO

- Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON TRATAMIENTO Y CONTROL DE RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de ROP
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos al tratamiento y control de los recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad. El tratamiento es quirúrgico (cirugía láser), a cargo del médico oftalmólogo entrenado en ROP y cirugía láser y se brinda en establecimientos de salud del tercer nivel de atención. El control se realizará mediante oftalmoscopia indirecta al 1er y 7mo día luego del tratamiento laser, cabe señalar, que se puede requerir de un mayor número de controles post operatorios.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Se da en 27.3% de neonatos con menos de 1200 gramos
JUSTIFICACIÓN
La Retinopatía de la Prematuridad - ROP (del inglés Retinopathy of Prematurity) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina tradicional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en 1 o los 2 ojos, la cual varía en severidad pudiendo llegar a ceguera total.

<p>La ROP ha aumentado en las últimas décadas debido a que ha mejorado la supervivencia de los niños prematuros. Debido a que la ROP tiene un manejo efectivo, el beneficio del manejo radica en que haya acceso a una buena calidad de atención y tratamiento del niño prematuro. En tal sentido es de vital importancia determinar en base a este indicador si la meta establecida se está cumpliendo y de no ser así identificar las limitaciones y o dificultadas y poder superarlas.</p>
<p>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las actividades en los registros administrativos no son homogéneas o uniformes a nivel nacional. - Profesionales especializados en la aplicación de estas actividades no se encuentran distribuidos de manera homogénea en todo el ámbito de acción
<p>PRECISIONES TÉCNICAS</p> <p>Incluye las siguientes actividades y procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (92225) Fondo de ojos mediante oftalmoscopia indirecta, previa dilatación pupilar. - (92004) (92014) Consulta oftalmológica completa. <p>Condiciones Clínicas Relacionadas: (Código CIE / CPT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - RN de Muy Bajo Peso al Nacer. (PO711) - RN prematuro. (PO73) - Retinopatía de la Prematuridad. (H35.1) - Oftalmoscopia Indirecta (92225)
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p> <p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad con tratamiento y control (1er día y 7mo día post operatorio) X 100</p> <p>DENOMINADOR: Recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad programados</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</p> <p>Anual</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p> <p>Registro HIS</p>
<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</p> <p>Registro HIS</p>
<p>SINTAXIS</p> <p>No aplicable</p>

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES.</i>
Indicador de resultado específico: Mayor número de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes</p> <p>Errores refractivos son los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo. El tratamiento correctivo con lentes se refiere al uso de lentes accesorios externos ("anteojos", "gafas", "lentes").</p> <p>Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (reportado por el cuidador)</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. El uso de correctores (lentes, anteojos, gafas) permite al usuario poder tener una agudeza visual nuevamente aceptable y que permita actividades. En el caso de menores de edad una de esas actividades es la lectura. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones. También permitirá conocer el grado de cobertura de tratamiento.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

<p>El indicador no detectara o medirá el tipo de corrector que use o sus características (como medidas de lentes, curvaturas, ángulos y otras propiedades físicas de los lentes) que intervienen en la visión. El indicador mide la probabilidad de tener este tratamiento (uso de lentes correctores) dado que ha tenido la oportunidad de tener un descarte previamente (y se complementa con el indicador 05 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte doble “by proxy” es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos y que la información referida por el cuidado es acertada también respecto al uso de lentes (No se evaluara en forma objetiva u observada el uso de los lentes por los menores). El indicador no indaga desde cuando se usan los lentes con respecto al diagnóstico de la enfermedad ni con qué frecuencia se hace la verificación del estado de los lentes (por ejemplo, cuando se requiere cambio de medidas debido a una variación de la severidad del error refractivo de fondo a lo largo del tiempo).</p> <p>Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reporte en los casos en que los lentes no sean usados aun cuando fueron indicador por personal de salud en establecimiento de salud.</p>
<p>PRECISIONES TÉCNICAS</p>
<p>Se recogerá información sobre el uso actual de correctores (anteojos, gafas y lentes) en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años) que ha tenido la experiencia de haber recibido estos diagnósticos. Será un dato reportado en forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre el uso de correctores por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para evaluar la receptividad del término “problema o enfermedad ocular que requiera uso de lentes” por los encuestados).</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador, se debe considerar que este indicador se construye sobre el indicador 05 de salud ocular. La población numerador en el indicador 05 de salud ocular sirve de denominador en este indicador 06. Solo se considerarán aquellos sujetos para los que el cuidador indica que además de haber recibido un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que requiere uso de correctores (lentes, gafas o anteojos), y que el cuidador también reporte que el menor los usa.</p>
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p>
<p>Numerador: Numero de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes. $\sum (QS824=1)$. Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo. $\sum (QS820=1 \& QS802A=1 \& QS802D \geq 3 \& QS802D \leq 11)$.</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</p>
<p>Anual</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p>
<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES</p>
<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</p>

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS			
SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD			
800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS . VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMFNTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>
	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... <input type="checkbox"/> 1 PASE A 826 ← NO..... <input type="checkbox"/> 2	SI..... <input type="checkbox"/> 1 PASE A 826 ← NO..... <input type="checkbox"/> 2

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud y que usan tratamiento correctivo con lentes (Pregunta 1)

Denominador: Misma sintaxis que para el numerador del indicador de salud ocular 05

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES EN FORMA PERMANENTE
Indicador de resultado inmediato: Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos que han recibido tratamiento y control para asegurar adherencia al mismo, por profesionales de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes en forma permanente</p> <p>Errores refractivos son los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo. El tratamiento correctivo con lentes se refiere al uso de lentes accesorios externos ("anteojos", "gafas", "lentes"). Uso permanente de los lentes se refiere a usarlos de manera constante y consistente para permitir el normal desenvolvimiento y funcionamiento de la persona en su entorno.</p> <p>Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes y que los usan en forma permanente, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. El uso de correctores (lentes, anteojos, gafas) permite al usuario poder tener una agudeza visual nuevamente aceptable y que permita actividades. Estos deben ser usados en forma constante. Este indicador dará información sobre el grado de adherencia al tratamiento y será base para futuras mediciones y para monitorio y evaluación de programas dirigidos a promover esta buena práctica en aquellos menores que requieren y usan lentes.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

<p>El indicador no detectara o medirá el tipo de corrector que use o sus características (como medidas de lentes, curvaturas, ángulos y otras propiedades físicas de los lentes) que intervienen en la visión. El indicador mide la probabilidad de tener este tratamiento (uso de lentes correctores) y usarlo siempre dado que ha tenido la oportunidad de tener un descarte previamente (y se complementa con el indicador 05 y 06 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte doble "by proxy" es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos y que la información referida por el cuidado es acertada también respecto al uso de lentes (No se evaluara en forma objetiva u observada el uso de los lentes por los menores). El indicador no indaga las oscilaciones en el uso de lentes a lo largo del tiempo y asume que la frecuencia de uso es constante lo cual no necesariamente es cierto.</p> <p>Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reporte en los casos en que los lentes no sean usados siempre.</p>
<p>PRECISIONES TÉCNICAS</p>
<p>Se recogerá información sobre la frecuencia de uso de los lentes correctores (anteojos, gafas y lentes) en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años) que ha tenido la experiencia de haber recibido diagnósticos de enfermedad ocular y uso actual de lentes. Será un dato reportado en forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre la frecuencia del uso de correctores por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para evaluar la receptividad de la pregunta por los encuestados).</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador, se debe considerar que este indicador se construye sobre el indicador 06 de salud ocular. La población numerador en el indicador 06 de salud ocular sirve de denominador en este indicador 07. Solo se considerarán aquellos sujetos para los que el cuidador indica que el uso de correctores (lentes, gafas o anteojos) es siempre.</p>
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p>
<p>Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes y los usan permanentemente.</p> <p>\sum (QS826=3). Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número total de las personas (varones y mujeres) de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo que reciben tratamiento correctivo con lentes.</p> <p>\sum (QS824=1 & QS802A=1 & QS802D\geq3 & QS802D \leq11).</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</p>
<p>Anual</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p>
<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES</p>
<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</p>

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS			
SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD			
800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMFNTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>
	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR. 20 ÓPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR. 20 ÓPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←
SINTAXIS			
Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud y que usan tratamiento correctivo con lentes en forma permanente (Pregunta 1. Opción=Siempre)			

Denominador: Misma sintaxis que para el numerador del indicador de salud ocular 06
--

- Tratamiento y control de personas con cataratas

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 50 AÑOS A MÁS CON TRATAMIENTO DE CEGUERA POR CATARATA.
Indicador de resultado específico: Menor población mayor de 50 años con impedimento visual y ceguera por catarata
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años a más que reportan haber recibido tratamiento de ceguera por catarata.</p> <p>Reporte de tratamiento de ceguera por catarata se refiere a la experiencia reportada de haber sido diagnosticado con esta enfermedad por un profesional de la salud. Catarata se refiere a la enfermedad caracterizada por opacidad del lente cristalino del ojo debida a depósitos de restos celulares u otros que pueden alterar sus propiedades transparentes. Tratamiento de ceguera por catarata (Cirugía de Catarata) consiste en la implantación de un lente intraocular en la cámara posterior a través de una técnica quirúrgica (Extracapsular - incisión pequeña o Mininuc o Faco Emulsificación). Esta actividad está a cargo del médico oftalmólogo en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, previa determinación del grado de dificultad quirúrgico (Bajo: Establecimiento de Salud I-4, II-1 o II-2, Moderado: III-1 y Alto III-2).</p> <p>Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan haber recibido tratamiento de ceguera por catarata, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a más diagnosticadas con catarata que han sido identificadas mediante la encuesta.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN

<p>Según el estudio de investigación denominado RAAB: "Encuesta nacional sobre la prevalencia y las causas de la ceguera en Perú" durante el año 2011, examinándose a un total de 4 849 personas. La prevalencia de ceguera fue de 2,0% (intervalo de confianza del 95%: 1.5 a 2.5%). Las principales causas de ceguera fueron catarata (58,0%), glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada con la edad (11,5%). La cobertura de cirugía de catarata fue 66,9%. 60,5% de los ojos operados de cataratas logró un \geq agudeza visual de 20/60 con corrección disponible. Las principales barreras para la cirugía de cataratas fueron el alto costo (25,9%) y la gente no estar al tanto de que el tratamiento era posible (23,8%). Asimismo, en un estudio poblacional realizado por ENDES durante los años 2013 y 2014 a personas de 50 años a más a nivel nacional, refirieron haber tenido el diagnóstico de cataratas por un médico en un 14,4% y un 13,2% respectivamente.</p> <p>La catarata es una de las pocas causas de ceguera que puede ser completamente tratada con una cirugía. La ceguera en adultos mayores afecta significativamente la calidad de vida de los mismos y puede llegar a producir dependencia con los consecuentes costos sociales y económicos de esta. Dada la baja cobertura de cirugía de catarata y el envejecimiento progresivo de la población en el Perú, se podría mejorar el acceso a los servicios si aumentamos la educación de la población sobre la salud ocular y la capacidad de respuesta de los servicios quirúrgicos oftalmológicos y de cataratas, y mediante la reducción de los costos de esta última, considerando que la cirugía es la intervención más costo efectiva para el tratamiento de catarata.</p> <p>La información de este indicador dará una visión sobre la carga de esta enfermedad. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos para la lucha contra la catarata.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara un diagnóstico específico sino solo la referencia verbal del sujeto sobre esta condición.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido este diagnóstico en la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de este diagnóstico al evocar la palabra "catarata". No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para ver la aceptación de esta palabra "catarata" – tratamiento que es la cirugía).</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos que indican que han recibido diagnóstico de catarata y su posterior tratamiento quirúrgico (cirugía) y según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Numerador: Número de personas de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata. Σ (QS304=1). Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número de personas de 50 años a más con diagnóstico de catarata.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES		
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN		
Aplicable		
<p>¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata?</p> <p>REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	
<p>¿Alguna vez a usted le han operado por el problema de la catarata?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
SINTAXIS		
<p>Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas reportan haber recibido tratamiento de catarata (cirugía) (Pregunta 1)</p> <p>Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas reportan haber recibido diagnóstico de catarata por un Médico Oftalmólogo en la encuesta</p>		

- Tratamiento y control de personas con Glaucoma

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 40 AÑOS A MÁS CON DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA QUE RECIBEN TRATAMIENTO.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Glaucoma
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Conjunto de actividades y procedimientos orientados a mejorar la salud ocular de la persona de 40 años de edad a más, con diagnóstico definitivo de glaucoma, incluye la entrega de fármacos anti glaucomatosos o cirugía según prescripción realizada por el médico oftalmólogo. Se realiza en el establecimiento de salud con capacidad resolutoria del II y III nivel de atención, donde se realizó el diagnóstico</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia

VALOR DEL INDICADOR
SD
JUSTIFICACIÓN
<p>Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, solo superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el mundo. Asimismo, la OMS proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan las $\frac{3}{4}$ partes del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.</p> <p>El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.</p> <p>En el Perú, Viaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopía directa.</p> <p>La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Glaucoma, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p> <p>Condiciones Clínicas Relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabeculoplastia mediante cirugía láser asociado a diagnósticos de glaucoma (H40.1 - H40.9), código de procedimiento (65855). • Otro servicio o procedimiento oftalmológico asociado a diagnósticos de glaucoma (H40.1 - H40.9), código de procedimiento (92499).
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas de 40 años a más con Diagnóstico de Glaucoma que recibe tratamiento X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas de 40 años a más con Diagnóstico de Glaucoma.</p>

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

- Tratamiento y control de personas con Retinopatía Diabética

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de RD
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades y procedimientos orientados a mejorar la salud ocular de la persona con diagnóstico definitivo de retinopatía diabética, incluye la entrega de fármacos según prescripción realizada por el médico oftalmólogo. Se realiza en el establecimiento de salud con capacidad resolutive del II y III nivel de atención, donde se realizó el diagnóstico.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
SD
JUSTIFICACIÓN
La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevida y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años,

90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.

La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.

Con el propósito de estimar la prevalencia de la retinopatía diabética y los factores clínicos asociados en los pacientes con diabetes tipo 2, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realizó un estudio prospectivo sobre la presencia de retinopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 2; se estudiaron 1,222 personas en las cuales se detectó 282 (23,1%) con RD, de los cuales 249 (20,4%) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) tenían RD proliferativa. La gran mayoría de estos casos (88.7%) presentó RD Bilateral. La prevalencia de la ceguera fue dos veces más frecuente en los pacientes con RD frente a aquellos que no presentaron RD (9,4% y 4,6%, respectivamente).

Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos para la lucha contra la Retinopatía Diabética.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

- La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
- Las actividades en los registros administrativos no son homogéneas y uniformes a nivel nacional.
- Profesionales especializados en la aplicación de estas actividades no se encuentran distribuidos de manera homogénea en todo el ámbito de acción.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la Retinopatía Diabética, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.

Condiciones Clínicas Relacionadas:

- (H36.0) Retinopatía Diabética.
- (E10.3) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones oftálmicas.
- (E10.8) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no Especificadas.
- (E10.9) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación.
- (E11.3) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones oftálmicas.
- (E11.8) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no Especificadas.
- (E11.9) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación.
- (E14.3) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones oftálmicas.
- (E14.8) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones no especificadas.
- (E14.9) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación

MÉTODO DE CÁLCULO

DEFINICIÓN
FACTOR

NUMERADOR: Número de personas con diabetes mellitus con tratamiento de Retinopatía Diabética X 100

DENOMINADOR:	Número de personas programadas para diagnóstico de Retinopatía Diabética.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Anual	
FUENTE DE DATOS	
Registro HIS - MINSA	
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
Registro HIS	
SINTAXIS	
No aplicable	

- Tratamiento y control de personas con Enfermedades Externas del Ojo

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO QUE RECIBEN TRATAMIENTO.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Enfermedades Externas del Ojo
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención ocular primario a través del tratamiento brindado por médico general capacitado o médico oftalmólogo según corresponda, y control de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S.D
JUSTIFICACIÓN

<p>Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes, la blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad. Se estima que el 3.32% de la población acude a consulta de acuerdo al análisis del HIS que realizó la ESN de Salud Ocular. Por tal motivo es importante iniciar la medición del indicador.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Enfermedades Externas del Ojo, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas con Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo que reciben tratamiento X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas con Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
<p>Anual</p>
FUENTE DE DATOS
<p>Registro HIS - MINSA</p>
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
<p>Registro HIS</p>
SINTAXIS
<p>No aplicable</p>

- Tratamiento y control de personas con Baja Visión

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE BAJA VISIÓN QUE RECIBEN TRATAMIENTO.

Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de personas con baja visión sin tratamiento
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención primaria en salud ocular a través del tratamiento brindado por el médico oftalmólogo capacitado según corresponda, y control de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de baja visión.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S.D
JUSTIFICACIÓN
Según el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú – ERCE, realizado el año 2011 en personas de 50 años a más de edad, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3%, deficiencia visual moderada 10.2% y baja visión funcional 1.4%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera (11.5%). Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión. Las enfermedades que generan Baja Visión son: Degeneración Macular Relacionado a la Edad – DMRE, Retinopatía Diabética e Hipertensiva, Glaucoma, Desprendimiento de Retina, Retinosis Pigmentaria, Miopía Maligna o Degenerativa y Retinopatía del Prematuro en niños – ROP. Por tal motivo es importante iniciar la medición del indicador.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Baja Visión, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.
Códigos CIE -10 relacionados:
H15.0 Escleritis.
H53.0 Ambliopía ex anopsia.
H53.9 Alteración visual, no especificada.
H54.0 Ceguera de ambos ojos.
H54.1 Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro.
H54.2 Visión subnormal de ambos ojos.

H54.3 Disminución indeterminada de la agudeza visual en ambos ojos.
H54.4 Ceguera de un ojo.
H54.6 Disminución indeterminada de la agudeza visual de un ojo.
H54.7 Disminución de la agudeza visual, sin especificación
MÉTODO DE CÁLCULO
DEFINICIÓN FACTOR NUMERADOR: Número de personas con Diagnóstico de Baja Visión que reciben tratamiento X 100 DENOMINADOR: Número de personas con Diagnóstico de Baja Visión.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

INDICADORES DE PRODUCTO

- Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de ROP
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades orientadas a la identificación del recién nacido prematuro, que presenta factores de riesgo para desarrollar Retinopatía de la Prematuridad (Recién Nacido prematuro de igual o menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos y/o prematuro que

requiere oxígeno). Una vez identificados casos se solicita evaluación por médico oftalmólogo. Está a cargo del Médico Pediatra capacitado o Neonatólogo.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Se da en 27.3% en neonatos menos de 1200 gramos
JUSTIFICACIÓN
<p>La Retinopatía de la Prematuridad - ROP (del inglés Retinopathy of Prematurity) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina tradicional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en 1 o los 2 ojos, la cual varía en severidad pudiendo llegar a ceguera total.</p> <p>La ROP ha aumentado en las últimas décadas debido a que ha mejorado la supervivencia de los niños prematuros. Debido a que la ROP tiene un manejo efectivo, el beneficio del manejo radica en que haya acceso a una buena calidad de atención y tratamiento del niño prematuro. La actividad del Tamizaje en ROP para los recién nacidos prematuros con factor de riesgo es de suma importancia para así poder dirigir el tratamiento oportuno a todo los RN con tamizaje positivo. Conocer las estadísticas nos permite saber cuánto se ha coberturado el tamizaje por año. Y en base a esto resultados se podrá direccionar nuevas estrategias o fortalecer las mismas.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>Las actividades en los registros administrativos pueden no estar de manera uniforme a nivel nacional. La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la ROP, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p> <p>Condiciones Clínicas Relacionadas: (Código CIE / CPT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - RN de Muy Bajo Peso al Nacer. (PO711) - RN prematuro. (PO73) - Retinopatía de la Prematuridad. (H35.1) <p>Estas actividades se realizan en los establecimientos de salud de categoría I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de recién nacidos prematuros con tamizaje de Factores de Riesgo para ROP X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de recién nacidos prematuros</p>

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON FACTORES DE RIESGO QUE SON DIAGNOSTICADOS CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de ROP
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades y procedimientos orientadas al diagnóstico evaluación del recién nacido prematuro, que presenta factores de riesgo para desarrollar Retinopatía de la Prematuridad (Recién Nacido prematuro de igual o menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos y/o prematuro que requiere oxígeno) con la finalidad de diagnosticar oportunamente ROP (siglas en inglés de Retinopathy of Prematurity). Está a cargo del médico oftalmólogo capacitado en ROP.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S.D
JUSTIFICACIÓN

La Retinopatía de la Prematuridad - ROP (del inglés Retinopathy of Prematurity) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina tradicional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en 1 o los 2 ojos, la cual varía en severidad pudiendo llegar a ceguera total.

La ROP ha aumentado en las últimas décadas debido a que ha mejorado la supervivencia de los niños prematuros. Debido a que la ROP tiene un manejo efectivo, el beneficio del manejo radica en que haya acceso a una buena calidad de atención y tratamiento del niño prematuro. La actividad del Tamizaje en ROP para los recién nacidos prematuros con factor de riesgo es de suma importancia para así poder dirigir el tratamiento oportuno a todo los RN con tamizaje positivo. Conocer las estadísticas nos permite saber cuánto se ha coberturado el tamizaje por año. Y en base a esto resultados se podrá direccionar nuevas estrategias o fortalecer las mismas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la ROP, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.

La intervención incluye las siguientes actividades y procedimientos:

- (92225) Fondo de ojos mediante oftalmoscopia indirecta, previa dilatación pupilar.
- (92004) (92014) Consulta oftalmológica completa.

Condiciones Clínicas Relacionadas: (Código CIE / CPT)

- RN de Muy Bajo Peso al Nacer. (PO711)
- RN prematuro. (PO73)
- Retinopatía de la Prematuridad. (H35.1)
- Oftalmoscopia Indirecta (92225)

Estas actividades se realizan en los establecimientos de salud de categoría II-1, II-2, III-1 y III-2 que cuenten con servicio oftalmológico.

MÉTODO DE CÁLCULO

DEFINICIÓN
FACTOR

NUMERADOR: Número de recién nacidos prematuros con tamizaje de retinopatía de la prematuridad
X 100

DENOMINADOR: Número de recién nacidos prematuros hospitalizados con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

- Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS QUE HAN RECIBIDO VALORACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL EFECTUADA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de errores refractivos no corregidos por personal de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud en los últimos 12 meses</p> <p>Reporte de valoración de agudeza visual se refiere a la experiencia del niño o niña, reportada por el cuidador encuestado, de haber recibido un examen para medir su agudeza visual por personal de salud en un establecimiento de salud. Agudeza visual se refiere a la claridad para distinguir letras y números en una cartilla de evaluación de Snellen o equivalente (por ejemplo, figuras)</p> <p>Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud dentro de los últimos 12 meses (reportado por el cuidador), y el número total de las niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR

No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Existen enfermedades oculares que pueden ser detectadas tempranamente en la vida y corregidas si es que se detectan en forma activa. La experiencia de haber recibido un examen de agudeza visual indicara la oportunidad y alcance que ha tenido la población beneficiaria para descartar otras enfermedades oculares. La información de este indicador dará un panorama sobre el alcance de esta buena práctica y sobre la implementación de la recomendación estándar de tener una valoración de agudeza visual por cada año. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos a su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara diagnósticos específicos de enfermedades sino solo la oportunidad de haber sido diagnosticado o descartado enfermedades oculares en general. El indicador se basa en un reporte "by proxy" es decir en donde la información referida por el cuidador se asume ser fidedigna de la experiencia del menor y ello podría llevar a un sub-reporte o sub-valoración. Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social y que esto lleve a un sobre-reporte.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido este procedimiento en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años). Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre la cartilla y asume que el cuidado sabe de esta experiencia y/o estuvo presente en el momento de la misma. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para ver la facilidad de uso de la cartilla) En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos que indican que han recibido esta valoración de agudeza visual dentro de los últimos 12 meses según la información proporcionada por el cuidador.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses. $\sum (QS817=1 \ \& \ QS818 \leq 12)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niños y niñas de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD			
N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801		PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
816	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> MENOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> PASE A 838A	DE 3 A 11 AÑOS <input type="text"/> MENOR DE 3 AÑOS <input type="text"/> PASE A 838A
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 (PASE A 828)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 (PASE A 828)
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828)
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8

SINTAXIS

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS VALORADOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Indicador de resultado inmediato: Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud</p> <p>Errores refractivos se refiere a los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo.</p> <p>Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) valorados en establecimiento de salud, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidado.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
<p>Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. La experiencia de haber recibido un diagnóstico de una enfermedad ocular compatible con estos errores refractivos permitirá entender la magnitud del problema a nivel poblacional. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos a su cobertura y tratamiento pues servirá de base para otros indicadores (como los indicadores 06 y 07 de salud ocular).</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>El indicador no detectara diagnósticos específicos de enfermedades pues ello implicaría o la aplicación de pruebas de valoración de capacidad refractiva (que son difíciles de implementar en el contexto de una encuesta en hogares) y o recordación exacta del nombre de los errores refractivos propiamente diagnosticados si es que estos han ocurrido (miopía, hipermetropía, astigmatismo). El indicador mide la probabilidad de tener este diagnóstico: pero partiendo de base que el menor tuvo la oportunidad de ser diagnosticado o descartado enfermedades oculares en general (lo cual se complementa con el indicador 04 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte "by proxy" es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos. Adicionalmente es posible que exista un sesgo de recuerdo son subsecuente sub-reportaje sobre todo en los casos en los que los menores realmente hayan recibido la indicación de uso de correctores; pero que por diversos motivos (acceso, económicos, incomodidad, etc.) los menores no los usan.</p>

PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido estos diagnósticos en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años) de forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que haya requerido el uso de lentes por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia y/o estuvo presente en el momento de la misma. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para valorar comprensión de los términos de indagación por parte de los cuidadores entrevistados).</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos para los que el cuidador indica que ha recibido un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que requiere uso de correctores (lentes, gafas o anteojos) y que esta haya ocurrido en tipos de establecimiento de salud específicos.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Numerador: Numero de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado. $\sum (QS820=1)$. Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
<p>Anual</p>
FUENTE DE DATOS
<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES</p>
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS			
SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD			
800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS . VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (Preguntas 1 y 3)

Denominador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años sobre las cuales se hace la indagación

- Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 50 AÑOS O MAS QUE REPORTAN HABER RECIBIDO VALORACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Indicador de resultado inmediato: Población de 50 años a más con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de ceguera por cataratas y que reciben manejo de calidad por profesionales de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses</p> <p>Reporte de valoración de agudeza visual se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un examen, administrado por personal de salud, para medir su agudeza visual. Agudeza visual se refiere a la claridad para distinguir letras y números en una cartilla de evaluación de Snellen</p> <p>Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan haber recibido esta valoración dentro de los últimos 12 meses, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión. A esto se agrega que la recomendación estándar es que las personas tengan una valoración de agudeza visual una vez al año. Esta valoración es la forma más simple e inocua de identificar problemas de la visión. La información de este indicador dará una visión sobre el alcance (cobertura) de esta práctica preventiva-promocional de salud ocular en esta población. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para la promoción de la salud ocular.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara diagnósticos específicos que hayan sido indicados o referidos al sujeto entrevistado en el momento que le hicieron la evaluación de la agudeza visual si es que acaso hubo algún diagnóstico.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido una prueba de valoración de agudeza visual por la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador y mostrarles una versión pequeña de la cartilla de Snellen esperando que la recordación inequívoca de este correlacione bien con el examen visual realizado. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto para determinar si la cartilla es apropiada para esto.

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta experiencia en los últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas de 50 años a más cuya agudeza visual ha sido efectuada por un personal de salud en los últimos doce meses. Multiplicado por 100.

La identificación de personas con valoración de agudeza visual realizada por un profesional de salud sigue los siguientes pasos:

Paso 1: recodificar la pregunta QS303 en “realizado por un profesional de salud”. Recodificar las respuestas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 40, 41 en QS313prof=1, y las opciones 21, 42, 96 en QS313prof=2 y la respuesta 98 en QS313prof=3.

Paso 2: Clasificar “Valoración de Agudeza Visual por personal de salud”, cuando se realizó la prueba de agudeza visual (QS301=1), en los últimos 12 meses (QS302U=1, QS302C<=12) y atendido por profesional de salud (QS303prof=1).

Denominador: Número de personas de 50 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS			
SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MNSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS
Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que han tenido valoración de la agudeza visual (Pregunta 1) Y que esta ha ocurrido dentro de los últimos 12 meses (Pregunta 2)
Denominador: tabulación y conteo de las personas (arones y mujeres) de 50 años a mas encuestadas

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS O MÁS QUE HAN RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO DE CATARATAS
Indicador de resultado específico: Menor población mayor de 50 años con impedimento visual y ceguera por catarata
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido un diagnóstico de cataratas.</p> <p>Reporte de diagnóstico de cataratas se refiere a la experiencia reportada de haber sido diagnosticado con esta enfermedad por un profesional de la salud. Catarata se refiere a la enfermedad caracterizada</p>

<p>por opacidad del lente cristalino del ojo debida a depósitos de restos celulares u otros que pueden alterar sus propiedades transparentes</p> <p>Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan haber recibido este diagnóstico, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener esta enfermedad ocular específica. Esta enfermedad es una de las pocas causas de ceguera que puede ser completamente tratada con una cirugía. La ceguera en adultos mayores afecta significativamente la calidad de vida de los mismos y puede llegar a producir dependencia con los consecuentes costos sociales y económicos de esta. La información de este indicador dará una visión sobre la carga de esta enfermedad. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos para la lucha contra la catarata.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara un diagnóstico específico sino solo la referencia verbal del sujeto sobre esta condición.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido este diagnóstico en la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de este diagnóstico al evocar la palabra "catarata". No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para ver la aceptación de esta palabra "catarata")</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos que indican que han recibido este diagnóstico independientemente de cuando lo recibieron y según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Numerador: Número de personas de 50 años a más con diagnóstico de Catarata. $\sum (QS304=1)$. Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número de personas de 50 años a más.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS			
SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMOLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
SINTAXIS			
Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas reportan haber recibido diagnóstico de catarata por un profesional de la salud (Pregunta 1)			
Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas encuestada			

- Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 40 AÑOS A MÁS CON FACTORES DE RIESGO QUE SON TAMIZADAS POR PERSONAL DE SALUD PARA LA DETECCIÓN DE GLAUCOMA.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Glaucoma
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Atención realizada por médico capacitado con la finalidad de identificar y evaluar a la persona de 40 años de edad a más, con dos o más factores de riesgo a glaucoma y establecer el diagnóstico presuntivo para su posterior referencia, esta actividad se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel (I-2, I-3, I-4) y excepcionalmente segundo nivel de atención (II-1) con población asignada
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S.D
JUSTIFICACIÓN
<p>Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, solo superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el mundo. Asimismo, la OMS proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan las $\frac{3}{4}$ partes del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.</p> <p>El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.</p> <p>En el Perú, Viaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopia directa.</p> <p>La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Glaucoma, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.
Incluye las siguientes actividades y procedimientos:

<ul style="list-style-type: none"> - (Z010) Examen de los ojos y de la visión - (99173) Determinación de la agudeza visual mediante Cartilla de Snellen - (92100) Determinación de la presión intraocular bilateral - (92250) Examen de fondo de ojo (Oftalmoscopia Directa) <p>Condiciones Clínicas relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (H40) Glaucoma - (H40.1) Glaucoma primario de ángulo abierto - (H40.2) Glaucoma primario de ángulo cerrado - (H40.3) Glaucoma secundario a traumatismo ocular - (H40.4) Glaucoma secundario a inflamación ocular - (H40.5) Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo - (H40.6) Glaucoma secundario a drogas - (H40.8) Otros glaucomas - (H40.9) Glaucoma, no especificado
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas de 40 años a más con Tamizaje para Glaucoma X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas de 40 años a más programadas.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 40 AÑOS A MÁS CON DIAGNÓSTICO DE GLAUCOMA
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Glaucoma
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud

DEFINICIÓN
Conjunto de actividades y procedimientos orientados a confirmar el diagnóstico de glaucoma (tonometría, campimetría) en la persona de 40 años de edad a más previamente tamizada. Esta actividad es realizada por el Médico Oftalmólogo.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S.D
JUSTIFICACIÓN
<p>Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, solo superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el mundo. Asimismo, la OMS proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan las $\frac{3}{4}$ partes del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.</p> <p>El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que supera 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.</p> <p>En el Perú, Viaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopía directa.</p> <p>La magnitud del glaucoma no solamente puede medirse por su frecuencia y sus factores de riesgo, sino por otras dimensiones, como su naturaleza silenciosa o asintomática.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Glaucoma, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p> <p>Incluye las siguientes actividades y procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Z010) Examen de los ojos y de la visión - (99173) Determinación de la agudeza visual mediante Cartilla de Snellen - (92100) Determinación de la presión intraocular bilateral - (92250) Examen de fondo de ojo (Oftalmoscopia Directa)

<p>Condiciones Clínicas relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (H40) Glaucoma - (H40.1) Glaucoma primario de ángulo abierto - (H40.2) Glaucoma primario de ángulo cerrado - (H40.3) Glaucoma secundario a traumatismo ocular - (H40.4) Glaucoma secundario a inflamación ocular - (H40.5) Glaucoma secundario a otros trastornos del ojo - (H40.6) Glaucoma secundario a drogas - (H40.8) Otros glaucomas - (H40.9) Glaucoma, no especificado
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas de 40 años a más con Diagnostico confirmatorio de Glaucoma X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas de 40 años a más con Tamizaje para Glaucoma</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

- Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE SON DETECTADAS CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DIABÉTICA POR PERSONAL DE SALUD
Indicador de resultado intermedio: Porcentaje de personas diabéticas con detección de factores de riesgo para RD (valoración de agudeza visual y fondo de ojo) realizada por personal de salud capacitado
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Conjunto de actividades y procedimientos que permiten identificar la disminución de la agudeza visual mediante tamizaje de RD (valoración de agudeza visual y fondo de ojo) a personas con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus, a cargo del personal de salud capacitado de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (I-1, I-2, I-3, I-4) y segundo nivel de atención con población asignada (II-1). Se brinda una (01) vez al año.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
SD
JUSTIFICACIÓN
<p>La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevivencia y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.</p> <p>La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.</p> <p>En un estudio (México- octubre del 2009) se encontró que la prevalencia de retinopatía diabética es alta en la población estudiada. Existen diferencias importantes en relación con género, grupo etario y gravedad de la retinopatía y concluye que en el futuro cercano aumentará la incidencia de la diabetes mellitus y, en consecuencia, de las complicaciones relacionadas, como la retinopatía, por lo que es evidente implementar programas educativos dirigidos tanto a la población médica en general como a la demandante de los servicios de salud para el entendimiento y atención oftalmológica temprana, previniendo sus devastadoras consecuencias .</p> <p>La detección oportuna de retinopatía diabética como estrategia, es realizar el examen de agudeza visual y fondo de ojo a todo paciente con diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la Retinopatía Diabética, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.

MÉTODO DE CÁLCULO
DEFINICIÓN FACTOR <p>NUMERADOR: Número de personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus con detección de factores de riesgo para RD X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registros HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registros HIS
SINTAXIS
No aplicable

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS QUE SON DIAGNOSTICADAS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA.
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de RD
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades y procedimientos que permiten diagnosticar el grado de Retinopatía Diabética (retinoscopía) que presenta la persona referida con diabetes previamente tamizada, está a cargo del Médico Oftalmólogo. Se brinda una (01) vez al año.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S. D

JUSTIFICACIÓN
<p>La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevivencia y el cambio en el estilo de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.</p> <p>La retinopatía diabética es la tercera causa de ceguera irreversible en el mundo, pero la primera en personas de edad productiva (16 a 64 años) en países en vías de desarrollo, generando grandes pérdidas económicas. La Organización Mundial de la Salud estima que la retinopatía diabética produce casi 5% de los 39 millones de ciegos del mundo.</p> <p>En un estudio (México- octubre del 2009) se encontró que la prevalencia de retinopatía diabética es alta en la población estudiada. Existen diferencias importantes en relación con género, grupo etario y gravedad de la retinopatía y concluye que en el futuro cercano aumentará la incidencia de la diabetes mellitus y, en consecuencia, de las complicaciones relacionadas, como la retinopatía, por lo que es evidente implementar programas educativos dirigidos tanto a la población médica en general como a la demandante de los servicios de salud para el entendimiento y atención oftalmológica temprana, previniendo sus devastadoras consecuencias .</p> <p>La detección oportuna de retinopatía diabética como estrategia, es realizar el examen de agudeza visual y fondo de ojo a todo paciente con diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la Retinopatía Diabética, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p> <p>Condiciones Clínicas Relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (H36.0) Retinopatía Diabética. - (E10.3) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones oftálmicas. - (E10.8) Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no Especificadas. - (E10.9) Diabetes mellitus insulino dependiente sin mención de complicación. - (E11.3) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones oftálmicas. - (E11.8) Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones no Especificadas. - (E11.9) Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. - (E14.3) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones oftálmicas. - (E14.8) Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones no especificadas. - (E14.9) Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas con diagnóstico confirmado de Retinopatía Diabética X 100</p>

DENOMINADOR:	Número de personas con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus con Tamizaje para RD
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Anual	
FUENTE DE DATOS	
Registro HIS - MINSA	
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
Registro HIS	
SINTAXIS	
No aplicable	

- Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE SON DETECTADAS CON ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO POR PERSONAL DE SALUD
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Enfermedades Externas del Ojo
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica primaria como parte de la atención integral a la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, en todas las etapas de vida, a través del examen de ojos y párpados, realizado por personal de salud capacitado. Los casos identificados son derivados para atención con médico capacitado.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S. D
JUSTIFICACIÓN

<p>Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes, la blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad. Se estima que el 3.32% de la población acude a consulta de acuerdo al análisis del HIS que realizó la ESN de Salud Ocular. Por tal motivo es importante iniciar la medición del indicador.</p>
<p>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</p>
<p>La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.</p>
<p>PRECISIONES TÉCNICAS</p>
<p>Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Enfermedades Externas del Ojo, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.</p> <p>Condiciones Clínicas relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orzuelo H00.0 - Chalazión H00.1 - Blefaritis H01.0 - Conjuntivitis H10
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p>
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas con Tamizaje para Enfermedades Externas del Ojo X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas programadas.</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</p>
<p>Anual</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p>
<p>Registro HIS - MINSA</p>
<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</p>
<p>Registro HIS</p>
<p>SINTAXIS</p>
<p>No aplicable</p>

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES EXTERNAS DEL OJO
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Enfermedades Externas del Ojo
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Conjunto de actividades orientadas a diagnosticar una Enfermedad Externa del Ojo, a través del examen de ojos y párpados, realizado por médico capacitado, en algunos casos se requiere exámenes de laboratorio (tomar muestra para frotis de secreción conjuntival, estudio de pestañas, cultivo y antibiograma) y en caso requiera mayor estudio, se realizará la referencia para su diagnóstico confirmatorio especializado y posterior tratamiento en el nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a personas con diagnóstico presuntivo de Enfermedad Externa del Ojo, a fin de informar, sensibilizar y educar a la población acerca de la importancia de la salud ocular.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S. D
JUSTIFICACIÓN
<p>Las enfermedades externas de los párpados y la conjuntiva son trastornos oculares muy frecuentes en todo el mundo y pueden afectar a cualquier grupo de edad. Son causas muy frecuentes de molestias e irritación ocular. La conjuntivitis afecta a todos los grupos de edad, mientras que la blefaritis estafilocócica, el orzuelo y el chalazión afectan más a niños, adolescentes y adultos jóvenes, la blefaritis seborreica se presenta con mayor frecuencia en pacientes a partir de la segunda mitad de la vida, presentando un curso más crónico. En la práctica médica, los profesionales de la salud que laboran en los establecimientos del primer nivel de atención se enfrentan a diario con esta realidad. Se estima que el 3.32% de la población acude a consulta de acuerdo al análisis del HIS que realizó la ESN de Salud Ocular. Por tal motivo es importante iniciar la medición del indicador.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Enfermedades Externas del Ojo, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.

Condiciones Clínicas relacionadas:
<ul style="list-style-type: none"> - Orzuelo H00.0 - Chalazión H00.1 - Blefaritis H01.0 - Conjuntivitis H10
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>DEFINICIÓN FACTOR</p> <p>NUMERADOR: Número de personas con Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo X 100</p> <p>DENOMINADOR: Número de personas con Tamizaje de Enfermedades Externas del Ojo.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Registro HIS - MINSA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Registro HIS
SINTAXIS
No aplicable

- Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE BAJA VISIÓN
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de Baja Visión
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN

Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención primaria en salud ocular a través del diagnóstico oportuno de Baja Visión brindado por el médico oftalmólogo capacitado según corresponda, a la persona afiliada al Seguro Integral de Salud.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
S. D
JUSTIFICACIÓN
Según el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera en el Perú – ERCE, realizado el año 2011 en personas de 50 años a más de edad, se identificó una prevalencia de 2% de ceguera, deficiencia visual moderada severa 1.3%, deficiencia visual moderada 10.2% y baja visión funcional 1.4%. La Baja Visión abarca la discapacidad visual moderada y severa sin llegar a la ceguera (11.5%). Asimismo, la Discapacidad visual abarca la ceguera y baja visión. Las enfermedades que generan Baja Visión son: Degeneración Macular Relacionado a la Edad – DMRE, Retinopatía Diabética e Hipertensiva, Glaucoma, Desprendimiento de Retina, Retinosis Pigmentaria, Miopía Maligna o Degenerativa y Retinopatía del Prematuro en niños – ROP. Por tal motivo es importante iniciar la medición del indicador.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a Baja Visión, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.
Condiciones Clínicas relacionadas:
<ul style="list-style-type: none"> - H54.0 Ceguera, ambos ojos - H54.1 Ceguera, un ojo, baja visión en el otro ojo - H54.10 Ceguera, un ojo, baja visión en el otro ojo, ojos no especificados - H54.11 Ceguera, ojo derecho, baja visión en ojo izquierdo - H54.12 Ceguera, ojo izquierdo, baja visión en ojo derecho - H54.2 Baja visión, ambos ojos - H54.3 Pérdida de visión no calificada, ambos ojos - H54.4 Ceguera, un ojo - H54.40 Ceguera, un ojo, ojo no especificado - H54.41 Ceguera, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo - H54.42 Ceguera, ojo izquierdo, visión normal en ojo derecho - H54.5 Baja visión, un ojo - H54.50 Baja visión, un ojo, ojo no especificado - H54.51 Baja visión, ojo derecho, visión normal de ojo izquierdo - H54.52 Baja visión, ojo izquierdo, visión normal de ojo derecho - H54.6 Pérdida de visión, un ojo - H54.60 Pérdida de visión sin calificar, un ojo, no especificado - H54.61 Pérdida de visión sin calificar, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo - H54.62 Pérdida de visión sin calificar, ojo izquierdo, visión normal en ojo derecho

<ul style="list-style-type: none"> - H54.7 Pérdida de visión no especificada - H54.8 Ceguera legal. 	
MÉTODO DE CÁLCULO	
DEFINICIÓN FACTOR	
NUMERADOR: Número de personas con Diagnóstico de Baja Visión 100	X
DENOMINADOR: Número de personas con evaluadas.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Anual	
FUENTE DE DATOS	
Registro HIS - MINSA	
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
Registro HIS	
SINTAXIS	
No aplicable	

- Prácticas Saludables en Salud Ocular

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR REPORTADAS POR EL CUIDADOR</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población informada en prevención y control en Enfermedades Oculares
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Gobiernos locales
DEFINICIÓN

<p>Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador</p> <p>Prácticas adecuadas de salud ocular se refiere a los hábitos y conductas que, ejecutados de forma correcta y consistente, pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición.</p> <p>Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular (reportado por el cuidador), y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud ocular a los cuidadores de menores (por ejemplo, como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo, en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no permite verificar si realmente las prácticas se ejecutan y en qué medida o si estas son correctas o incorrectamente ejecutadas. Es posible que en diferentes edades y diferentes entornos las condiciones que determinen prácticas de salud ocular sean diferentes (urbanismo, transporte, electrificación, etc.). Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reporte de buenas prácticas.
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Se recogerá información sobre las prácticas para el fin mencionado (cuidado de salud ocular) que son aplicadas en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo, sobre violencia). De todos modos, es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje.</p> <p>En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se considerarán aquellos sujetos que reporten cumplir las prácticas clave de acuerdo a los dos grupos atareos considerados y la según la información proporcionada por el cuidador.</p>
MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular. Multiplicar por 100.

La identificación de personas con prácticas adecuadas de salud ocular sigue los siguientes pasos:

Paso 1: Clasifique el no cumplir con al menos una práctica adecuada de salud ocular con QS828=1 o QS829=1 o QS831=2 o QS832=1 (P_OCULAR=0).

Paso 2: Clasifique "Prácticas adecuadas de salud ocular" como aquellos que cumplen con todas las prácticas (P_OCULAR=1), es decir los que no cumplen con la condición del Paso 1.

Paso 3: Sumar P_OCULAR=1.

Denominador: Número total niñas y niños de 3 a 11 años.

\sum (QS802A=1 & QS802D \geq 3 & QS802D \leq 11).

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, a menos de 30 centímetros? SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	¿Con qué frecuencia (NOMBRE) usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año cuando está en un lugar sin techo, nunca, a veces o siempre? CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3

24

N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
	N° DE ORDEN <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/>
	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD

830	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 6 A 11 AÑOS <input type="checkbox"/>	MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 838A	DE 6 A 11 AÑOS <input type="checkbox"/>	MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> ↓ PASE A 838A
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←	
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: fabulación y conteo de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador (Pregunta 1, 2 y 4 según edades. Opciones=NO excluyendo a los niños que aún no saben leer)

Denominador: tabulación y conteo de total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador

SALUD BUCAL

Tabla N° 14.

Ficha técnica del indicador de desempeño

INDICADORES DESEMPEÑO CON MEDICIÓN FUENTE HIS - MINSA

Ámbito de control: Indicador de resultado final

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud
Gobiernos Regionales
Seguro integral de Salud

Indicador que mide el porcentaje de niños y niñas de 0 a 11 años, 11 meses y 29 días que acuden a la consulta externa en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales, y que al examen clínico realizado a la cavidad bucal, presentan el diagnóstico de caries dental en uno o más piezas dentales

Eficacia

Valor anual	2019	66%	2018	64%	2017	78%	2016	85%
-------------	------	-----	------	-----	------	-----	------	-----

En el Perú, la caries dental es una de las enfermedades más prevalentes entre la población infantil, constituye la segunda causa de morbilidad específica por categoría en los primeros años de vida, la prevalencia y severidad de esta enfermedad aumenta dramáticamente con la edad y a partir de los seis años y en las etapas de vida posteriores representa la primera causa de morbilidad en la consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, constituyendo un grave problema de salud pública. Las revisiones sistemáticas y meta-análisis reportan que las consecuencias de esta enfermedad, comparada con otras condiciones de morbilidad de salud bucal, son las que más afectan la calidad de vida del individuo desde edades tempranas, con repercusiones en la salud general a lo largo de la vida. Actualmente, las estrategias en el manejo de la caries dental y las enfermedades de la cavidad bucal en la infancia se enfocan en la prevención de su desarrollo y al control de la severidad una vez instaurada. Por lo que el indicador permitirá evaluar el abordaje y desarrollo de las acciones e intervenciones en salud pública, orientadas a disminuir la prevalencia de esta enfermedad en la población de niño y niñas.

Limitaciones:

- La dimensión o el tamaño de la población de niños y niñas a quienes se les realiza el examen clínico de la cavidad bucal, para determinar la presencia o ausencia de la morbilidad por caries dental es proporcional al número de establecimientos de salud que cuenten con cirujano dentista en los servicios de odontología que ofertan.
- La disponibilidad oportuna de los registros de información y la calidad de los datos de la morbilidad de salud bucal en los diferentes niveles de atención, dependen directamente de la implementación de los aplicativos informáticos en los establecimientos de salud, los cuales deberán contener, los reportes, las tramas y los parámetros previstos en el sistema de Información HIS MINSA como único instrumento para el registro de las actividades asistenciales y administrativas.

Supuestos:

- El indicador mide la presencia o ausencia de la morbilidad por caries dental en una persona, independiente del número de piezas dentales con caries dental que presente la persona.
- Para la medición del indicador se incluye también a los niños y niñas a quienes se les realizó el examen clínico de la cavidad bucal durante el desarrollo de actividades extramurales y las brindadas a través de la oferta móvil de salud (AISPED).

NUMERADOR: Número total de niños y niñas de 0 a 11 años que presenten uno o más de los siguientes diagnósticos durante la consulta externa en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Hospitales e Institutos de salud, entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso.

Fuente de información: HIS;

Registro de diagnósticos y códigos de registro CIE 10:

Caries Limitada al Esmalte	Código	K020
Caries de la dentina	Código	K021
Caries del Cemento	Código	K022
Caries dentaria detenida	Código	K023
Otras Caries dentales	Código	K028
Caries dental, no Especificada	Código	K029

DENOMINADOR: Número total de niños y niñas de 0 a 11 años con examen estomatológico de inicio, realizado en consulta externa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Hospitales e Institutos de salud, entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso.

Fuente de información: HIS; Registro de procedimiento: Examen Estomatológico de Inicio;

Código de procedimiento: D0120 o D0150 con "1" en el campo Lab.

Numerador

Denominador

Total de Niños y Niñas de 0 a 11 años con Diagnóstico de Caries Dental

Total de Niños y Niñas de 0 a 11 años con Examen Estomatológico de Inicio

Anual

<i>Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA</i>
<i>Sistema Informático HIS MINSA - Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA</i>
<i>Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k020</i> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k021</i> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k022</i> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k023</i> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k028</i> • <i>Edad (>12_años) + TD=D + Dx= k029</i>

<i>Ámbito de control: Indicador de resultado específico</i>								
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL								
<i>Ministerio</i>	<i>de</i>						<i>Salud</i>	
<i>Gobiernos</i>							<i>Regionales</i>	
<i>Seguro integral de Salud</i>								
<i>Indicador que mide el porcentaje de niños y niñas de 0 a 11 años, 11 meses y 29 días que acuden al servicio de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales con diagnóstico de persona sana para salud bucal y/o libre de foco séptico en la cavidad bucal, condición obtenida como resultado de la culminación de los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados, realizados según la morbilidad que presente el niño o la niña.</i>								
<i>Eficiencia</i>								
<i>Valor anual</i>	<i>2019</i>	<i>21%</i>	<i>2018</i>	<i>20%</i>	<i>2017</i>	<i>14%</i>	<i>2016</i>	<i>13%</i>

En el Perú; el grupo de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares ocupan el segundo lugar dentro las 10 primeras causas de morbilidad general. La revisión sistemática y meta análisis sustentan la relación existente entre la calidad de vida y el estado de salud bucal del individuo, evidenciando los efectos negativos de estas enfermedades y su repercusión directa sobre los factores funcionales, psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo, efectos como: la dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar, el impacto negativo en el autoestima y la afección en el bienestar emocional. Actualmente, las políticas de intervención de las enfermedades de la cavidad bucal se enfocan principalmente en la prevención de su desarrollo en edades tempranas durante la infancia, y el control de la severidad una vez instaurada en las etapas de vida posteriores. El Alta Básica Odontológica se da bajo dos consideraciones: La primera, a todo niño o niña con diagnóstico de persona sana para salud bucal, cuando no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal; y en la segunda consideración cuando el niño o niña presenta enfermedades de la cavidad bucal, se da el Alta Básica Odontológica cuando se culmina con los procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos hasta obtener como resultado una persona libre de foco séptico en la cavidad bucal. Por lo que el indicador permitirá evaluar el abordaje terapéutico establecido, a fin de mejorar: la capacidad masticatoria, la ingesta adecuada de alimentos, elevar el estado nutricional, el desarrollo emocional y la calidad de vida del niño o la niña.

Limitaciones:

- La cobertura del indicador está relacionada al cierre de la brecha de cirujanos dentistas y a la disponibilidad oportuna de los insumos, medicamentos, dispositivos médicos, instrumental y equipamiento, para el abordaje terapéutico de los niños y niñas, en los servicios de odontología de los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.
- La disponibilidad oportuna de los reportes y el análisis de la calidad en la digitación de los registros de información, dependen de la implementación y actualización de los aplicativos informáticos en los establecimientos de salud, de acuerdo a los parámetros establecidos en el sistema de Información HIS MINSA y a las normas vigentes.

Supuestos:

- El indicador medirá la condición de persona libre de foco séptico para la cavidad bucal, como resultado final después de culminar con los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos por el niño o la niña, no incluye los tratamientos de rehabilitación protésica, tratamiento de ortodoncia u otro de rehabilitación. por lo que el Alta Básica Odontológica no siempre coincide con la culminación de un plan de tratamiento integral

Alta Básica Odontológica (ABO) - Código de procedimiento (U510), se registra bajo dos consideraciones

Primero: la condición de Alta Básica Odontológica se le asigna a todo niño o niña con diagnóstico de PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL (Persona que no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal)

Segundo: Cuando el niño o niña presenta enfermedades de la cavidad bucal, la condición de Alta Básica Odontológica se le asigna cuando se le haya culminado con los procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos, obteniendo como resultado un paciente libre de foco séptico en la cavidad bucal.

NUMERADOR: Número total de niños y niñas de 0 a 11 años a quienes se les otorga el Alta Básica Odontológica a través de la consulta externa en los EE.SS. del primer nivel, Hospitales e Institutos de salud. Realizados entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso. Fuente de Información: HIS, Registro de procedimiento: Alta Básica Odontológica, Código de procedimiento: U510.

DENOMINADOR: Número total de niños y niñas de 0 a 11 años con examen estomatológico de inicio. Realizados en consulta externa de los EESS del primer nivel, Hospitales e Institutos de Salud, del 01 de Enero y al 31 de Diciembre del año en curso. Fuente de Información: HIS, Registro de procedimiento: examen estomatológico de inicio; Código de procedimiento: D0120 o D0150 con "1" en el campo Lab

Numerador	Denominador
Número total de niños y niñas de 0 a 11 años con Alta Básica Odontológica.	Número total de niños y niñas de 0 a 11 años con Examen Estomatológico de Inicio

Anual

Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA

Sistema Informático HIS MINSA - Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA

Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)

Edad (<12_años) + TD=D + Dx=U510 + Cualquier_Lab<>G (QUE_NO_TENGA_Lab=G)

<i>Ámbito de control: Indicador de resultado específico</i>								
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL								
<i>Ministerio Gobiernos Seguro integral de Salud</i>			<i>de</i>			<i>Salud Regionales</i>		
<i>Indicador que mide el porcentaje de adolescentes de 12 años a 17 años, 11 meses y 29 días, gestante y no gestante, que acuden al servicio de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales con diagnóstico de persona sana para salud bucal y/o libre de foco séptico en la cavidad bucal, condición obtenida como resultado de la culminación de los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados, realizados según la morbilidad que presente el adolescente.</i>								
<i>Eficiencia</i>								
<i>Valor anual</i>	2019	10%	2018	10%	2017	8%	2016	7%

En el Perú; el grupo de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares ocupan el segundo lugar dentro las 10 primeras causas de morbilidad general. La revisión sistemática y meta análisis sustentan la relación existente entre la calidad de vida y el estado de salud bucal del individuo, evidenciando los efectos negativos de estas enfermedades y su repercusión directa sobre los factores funcionales, psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo, efectos como: la dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar, el impacto negativo en el autoestima y la afección en el bienestar emocional. Actualmente, las políticas de intervención de las enfermedades de la cavidad bucal se enfocan principalmente en la prevención de su desarrollo en edades tempranas durante la infancia, y el control de la severidad una vez instaurada en las etapas de vida posteriores. El Alta Básica Odontológica se da bajo dos consideraciones: La primera, a todo adolescente con diagnóstico de persona sana para salud bucal, cuando no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal; y en la segunda consideración cuando el adolescente presenta enfermedades de la cavidad bucal, se da el Alta Básica Odontológica cuando se culmina con los procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos hasta obtener como resultado una persona libre de foco séptico en la cavidad bucal. Por lo que el indicador permitirá evaluar el abordaje terapéutico establecido, a fin de mejorar: la capacidad masticatoria, la ingesta adecuada de alimentos, elevar el estado nutricional, el desarrollo emocional y la calidad de vida del adolescente.

Limitaciones:

- La cobertura del indicador está relacionada al cierre de la brecha de cirujanos dentistas y a la disponibilidad oportuna de los insumos, medicamentos, dispositivos médicos, instrumental y equipamiento, para el abordaje terapéutico del adolescente, en los servicios de odontología de los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.*
- La disponibilidad oportuna de los reportes y el análisis de la calidad en la digitación de los registros de información, dependen de la implementación y actualización de los aplicativos informáticos en los establecimientos de salud, de acuerdo a los parámetros establecidos en el sistema de Información HIS MINSA y a las normas vigentes.*

Supuestos:

- El indicador medirá la condición de persona libre de foco séptico para la cavidad bucal, como resultado final después de culminar con los tratamientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos por el adolescente, no incluye los tratamientos de rehabilitación protésica, tratamiento de ortodoncia u otro de rehabilitación. por lo que el alta básica odontológica no siempre coincide con la culminación de un plan de tratamiento integral*

Alta Básica Odontológica (ABO) - Código de procedimiento (U510), se registra bajo dos consideraciones siguientes:

Primero: la condición de Alta Básica Odontológica se le asigna a todo adolescente con diagnóstico de PERSONA SANA PARA SALUD BUCAL (Persona que no presenta antecedentes de enfermedades de la cavidad bucal)
 Segundo: Cuando el adolescente presenta enfermedades de la cavidad bucal, la condición de Alta Básica Odontológica se le asigna cuando se le haya culminado con los procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos, obteniendo como resultado un persona libre de foco séptico en la cavidad bucal.

NUMERADOR: Número total de adolescentes a quienes se les otorga el Alta Básica Odontológica a través de la consulta externa en los EE.SS. del primer nivel, Hospitales e Institutos de salud. Realizados entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso.
 Fuente de Información: HIS, Registro de procedimiento: Alta Básica Odontológica, Código de procedimiento: U510.

DENOMINADOR: Número total de adolescentes con examen estomatológico de inicio. Realizados en consulta externa de los EESS del primer nivel, Hospitales e Institutos de Salud, del 01 de Enero y al 31 de Diciembre del año en curso.
 Fuente de Información: HIS, Registro de procedimiento: examen estomatológico de inicio; Código de procedimiento: D0120 o D0150 con "1" en el campo Lab.

Numerador	Denominador
Número total de Adolescentes con Alta Básica Odontológica.	Número total de Adolescentes con Examen Estomatológico de Inicio

Anual

Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA

Sistema Informático HIS MINSA - Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA

Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)

- Edad (>ó=12_años<18_años) + TD=D + Dx=U510 + Cualquier_Lab<>G (QUE_NO_TENGA_Lab=G) (NO GESTANTE)
- Sexo=F + Edad(>ó=12_años<18_años) + TD=D + Dx=U510 + Cualquier_Lab=G (GESTANTE)

Ámbito de control: Indicador de resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud
Gobiernos Regionales
Seguro integral de Salud

Indicador que mide el porcentaje de adultos mayores (60 años a más), que acuden al servicio de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales, a quienes se les realiza la evaluación oral completa, los procedimientos preventivos y/o recuperativos y/o especializados requeridos, la entrega e instalación de la prótesis dental removible y los controles establecidos para obtener como resultado la rehabilitación oral completa de la persona, garantizando las condiciones para una óptima capacidad masticatoria y la ingesta adecuada de alimentos para elevar el estado nutricional, el desarrollo emocional y la calidad de vida.

Eficiencia

Valor anual	2019	15%	2018	8%	2017	11%	2016	21%
-------------	------	-----	------	----	------	-----	------	-----

Las personas adultas mayores son una población con mayor vulnerabilidad a la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles; dentro de ellas, la caries dental, la gingivitis y la enfermedades periodontales son patologías de progresión lenta y de larga duración recurrentes en este grupo de edad, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las personas de 60 años a más, tienen en promedio entre 19 y 27 piezas dentales con evidencia de experiencia de caries, de las cuales el 80% son extraídas o con indicación para extracción. Esta alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal, genera condiciones de discapacidad con un impacto negativo en la calidad de vida del adulto mayor, repercusiones que se evidencian en el estado nutricional por discapacidad masticatoria, en la interrelación con la sociedad por discapacidad fonética y en el bajo nivel de autoestima con presencia de sentimientos negativos por las limitaciones en su capacidades. El indicador permitirá evaluar las acciones destinadas al abordaje integral de la salud oral de las personas adultas mayores, respecto a la prevención, recuperación y rehabilitación del daño, restaurando en el adulto mayor la capacidad masticatoria y la fonética, así como la función estética ligada al autoestima, reduciendo los días de discapacidad oral y potenciando su rol en la familia y comunidad.

Limitaciones:

- La cobertura del indicador está relacionada al cierre de la brecha de cirujanos dentistas y a la disponibilidad oportuna de los insumos, medicamentos, dispositivos médicos, instrumental y equipamiento, para el abordaje terapéutico del adulto en los servicios de odontología de los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.
- La ejecución de la fase de laboratorio en el proceso de confección de la prótesis dental removible está relacionada a la disponibilidad presupuestaria para la contratación de servicios de técnicos en prótesis dental, quienes desarrollan ese proceso de elaboración bajo las especificaciones técnicas contemplados en la documentos normativos vigentes.
- La disponibilidad oportuna de los reportes y el análisis de la calidad en la digitación de los registros de información, dependen de la implementación y actualización de los aplicativos informáticos en los establecimientos de salud, de acuerdo a los parámetros establecidos en el sistema de Información HIS MINSA y a las normas vigentes.

Supuestos:

- El indicador evalúa el porcentaje de adultos mayores a quienes se le finaliza la rehabilitación oral con la entrega, instalación y posterior control de una prótesis dental removible superior o una prótesis dental removible inferior o de ambas prótesis dentales removibles según la necesidad que requiera la persona, el indicador no evalúa el número de prótesis dentales entregadas e instaladas en los adultos mayores.

NUMERADOR: Número total de Adultos Mayores rehabilitados con Prótesis Dental Removible. Realizado en la consulta externa en los EE.SS. del primer nivel, Hospitales e Institutos de Salud, entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso.

Fuente de información: HIS, Registro de procedimiento:

- Prótesis Dental Completa Removibles Superior Código: D5110 Con registro de la siglas "IN" en el campo Lab
- Prótesis Dental Completa Removibles Inferior Código: D5120 Con registro de la siglas "IN" en el campo Lab
- Prótesis Dental Parcial Removibles Superior Código: D5211 Con registro de la siglas "IN" en el campo Lab
- Prótesis Dental Parcial Removibles Superior Código: D5212 Con registro de la siglas "IN" en el campo Lab

DENOMINADOR: Número total de adultos Mayores con examen estomatológico de inicio (evaluación oral y diagnóstico de pérdida de dientes debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal local. Realizado en consulta externa de los EESS del primer nivel de atención, Hospitales e Institutos de Salud, del 01 de Enero y al 31 de Diciembre del año en curso.

Fuente de información: HIS, Registro de procedimiento: examen estomatológico de inicio con código D0120 o D0150 con "1" en el campo Lab y con; Registro de Diagnóstico: Pérdida de dientes debido a accidente, extracción o enfermedad periodontal local con código K08.1.

Numerador	Denominador
Número total Adultos Mayores Rehabilitados con Prótesis Dental Removible.	Número total de Adultos Mayores con Examen Estomatológico de Inicio y Diagnóstico de Pérdida de Dientes Debido a Accidente, Extracción o Enfermedad Periodontal Local.
Anual	

<i>Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA</i>
<i>Sistema Informático HIS MINSA - Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA</i>
<i>Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad (>ó=60_años) + TD=D + Dx=D5110 + Lab=IN</i> • <i>Edad (>ó=60_años) + TD=D + Dx=D5120 + Lab=IN</i> • <i>Edad (>ó=60_años) + TD=D + Dx=D5211 + Lab=IN</i> • <i>Edad (>ó=60_años) + TD=D + Dx=D5212 + Lab=IN</i>

INDICADORES DESEMPEÑO CON MEDICIÓN FUENTE INEI - ENDES



Ámbito de control: Indicador de resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
*Ministerio de Salud
 Gobiernos Regionales
 Seguro integral de Salud*



Porcentaje de niñas y niños de 1 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de salud bucal

Las prácticas de salud bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad así como prevenir su deterioro.

Cociente entre el número de niñas y niños de 1 a 11 años de edad que actualmente ejecutan estas prácticas y el número de niñas y niños de 1 a 11 años de edad identificados en la encuesta por reporte del cuidador, y multiplicado por 100%



Eficacia



No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.



De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud bucal los cuidadores de menores (por ejemplo como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. La información de este indicador junto a la del indicador 01 de Salud Bucal dará información sobre la medida en que la información recibida es ejecutada o implementada. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para reevaluar o proponer estrategias para su promoción.



El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte debido a un sesgo de respuesta por deseabilidad social. El indicador solo medirá la práctica reportada y no la forma en que esta es realmente ejecutada (por ejemplo mediante verificación de la técnica del cepillado). Finalmente el indicador se basa en un reporte "by proxy" en donde se asume que el encuestado reporta fidedignamente las prácticas que realmente tiene el menor.



Se recogerá información sobre las prácticas para el fin mencionado (cuidado de salud bucal) que son aplicadas en la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia).

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que reporten cumplir las cinco prácticas clave (lavarse los dientes, cepillarse todos los días, hacerlo 3 o más veces al día, con un cepillo de no más de 6 meses de uso, y que sea de

uso exclusivo) según la información proporcionada por el cuidador, y después de verificar que el cepillo existe en el hogar.



Numerador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de salud bucal.

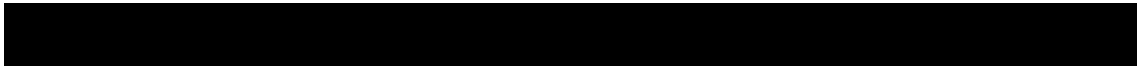
$\Sigma(QS809=1 \ \& \ QS810=1 \ \& \ QS811 \geq 3 \ \& \ QS812U(\text{Unidad de tiempo})=1 \ \& \ QS812C(\text{cantidad}) \leq 6 \ \& \ QS813=1 \ \& \ QS840A=1)$. Multiplicado por 100

Denominador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años ($QS802D \geq 1$ y $QS802D \leq 11$).

Solo se considera a los niños y niñas cuando en $QS802A=1$ (responsable presente).



Anual.



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES



SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD					
808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS	MENOR DE 1 AÑO	DE 1 A 11 AÑOS	MENOR DE 1 AÑO
		<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ↓ PASE A 838A	<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ↓ PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816) ←	
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812) ←	
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4		UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	
812	¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes? SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental? REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO	MESES (SI ES < DE 1 AÑO) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8		MESES (SI ES < DE 1 AÑO) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8	
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2		SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	

VERIFICACIÓN DEL CEPILLO Y CREMA DENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS

839	VERIFIQUE PREGUNTA 809	CÓDIGO "1" (SI)	CODIGO "2" (NO)	CÓDIGO "1" (SI)	CODIGO "2" (NO)
		<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900	<input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/> ↓ PASE A LA SIGUIENTE NIÑA O NIÑO. SI NO HAY MÁS PASE A LA 900
840	Por favor, ¿Podría mostrarme el cepillo dental y la crema dental con que (NOMBRE) se cepilla los dientes? VERIFIQUE LA CONCENTRACIÓN DE FLÚOR DE LA CREMA DENTAL Y CIRCULE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA SI NO USA CREMA DENTAL CIRCULE CÓDIGO "6" Y CONSISTENCIE CON PREGUNTA 814	A CEPILLO DENTAL MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR.... 4 B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM.. 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE L/ MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE	A CEPILLO DENTAL MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 1 NO MOSTRÓ CEPILLO DENTAL..... 2 EL CEPILLO ESTÁ EN EL COLEGIO 3 ESTÁ EN CASA DE UN FAMILIAR.... 4 B CONCENTRACIÓN DE FLÚOR 1000 PPM O MÁS..... 1 601 A MENOS DE 1000 PPM..... 2 HASTA 600 PPM 3 NO TIENE INFORMACIÓN DE PPM.. 4 NO MOSTRÓ CREMA DENTAL..... 5 NO USA CREMA DENTAL..... 6 NÚMERO BORROSO, REGISTRE L/ MARCA _____ 7 MARCA DE CREMA DENTAL VALOR DIFERENTE A PPM, REGISTRE EL VALOR _____ 8 VALOR Y UNIDADES OTRO _____ 9 ESPECIFIQUE		

Ámbito de control: Indicador de resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Ministerio de Salud
 Gobiernos Regionales
 Seguro integral de Salud

Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses

Determinar la proporción de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según reporte del cuidador entrevistado

Cociente entre el número de niñas y niños de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según reporte del cuidador entrevistado, y el número de niñas y niños de 0 a 11 años de edad identificados en la encuesta por reporte del cuidador entrevistado, y multiplicado por 100%



Eficacia



No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.



De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud bucal a los cuidadores de menores (por ejemplo como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. Parte de estas prácticas debería implicar la prevención y promoción efectuada en establecimientos o servicios odontológicos. La información de este indicador junto a la del indicador 02 de Salud Bucal dará una visión más amplia sobre el cumplimiento de prácticas preventivas y promocionales de salud bucal en menores. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.



El indicador solo medirá la práctica reportada y no la razón específica por la que ocurrió esta visita (que podría tener fines preventivos-promocionales o terapéuticos-recuperativos). El indicador se basa en un reporte "by proxy" en donde se asume que el encuestado reporta fidedignamente lo que realmente ha ocurrido con el menor.



Se recogerá información sobre las visitas a servicios odontológicos por la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia).

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió al menos una visita durante los últimos 6 meses según la información proporcionada por el cuidador.

[Redacted]

Numerador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses. $\sum(QS803=1 \ \& \ QS804U(\text{Unidad de tiempo})=1 \ \& \ QS804C(\text{cantidad}) \leq 6)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad. Solo se considera a los niños y niñas cuando en $QS802A=1$ (responsable presente).

[Redacted]

Anual.

[Redacted]

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

[Redacted]

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

[Redacted]

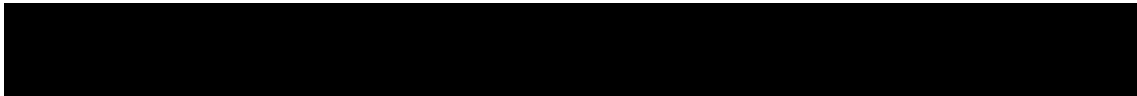
SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	<p style="text-align: center;">PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	<p style="text-align: center;">SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)</p> N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS . VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI 1 NO 2 (PASE A 806) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 806) ←
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA. 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAF 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAF 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98



Ámbito de Control

Ámbito de control: Indicador de resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

*Ministerio
Gobiernos
Seguro integral de Salud*

de

*Salud
Regionales*



Porcentaje de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 06 meses.

Servicio odontológico se refiere al entorno físico de un establecimiento de salud en donde se proporcionan medidas de promoción y prevención de salud bucal así como medidas terapéuticas y recuperativas ante problema de salud bucal detectados.

Cociente entre el número de adultos de 60 años a mas atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según auto reporte y el número de adultos de 60 años a mas identificados en la encuesta, y multiplicado por 100%



Eficacia



No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.



La población adulta mayor es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto a requerir tratamientos. La información de este indicador dará una visión sobre la cobertura de tratamientos para la población objetivo. El grado en que esto se ejecuta no ha sido medido antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.



El indicador solo medirá la práctica reportada y no la razón específica por la que ocurrió esta visita (que podría tener fines preventivos-promocionales o terapéuticos-recuperativos).



Se recogerá información sobre las visitas a servicios odontológicos por la población beneficiaria (adultos de 60 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia).

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió al menos una visita durante los últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.



Numerador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más identificados en la encuesta que reportan haber sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 06 meses. $\sum(QS311=1 \ \& \ QS312U(\text{Unidad de tiempo})=1 \ \& \ QS312C(\text{cantidad})\leq 6)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más con información completa (QSRESINF=1).



Anual.



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES



Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES



SALUD BUCAL PARA LAS PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 60 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	400
311	¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? CONSIDERE SOLO SI FUE ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	400
312	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
313	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 98	





Ámbito de Control

Ámbito de control: Indicador de resultado específico

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

*Ministerio de Salud
Gobiernos Regionales
Seguro integral de Salud*



Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.



Eficacia



No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.



La información sobre prácticas de salud bucal se refiere a los conceptos teóricos que ha recibido el cuidador de menores para el cuidado bucal de ellos independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información. Es esperable que esta información sea recibida por los cuidadores y/o personas que pasan más tiempo con los menores (por ejemplo a partir de un proveedor de salud en un establecimiento de salud) y que la apliquen en forma práctica en el cuidado de boca, lengua, dientes y encías de los menores.

[REDACTED]

El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado, lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte debido a un sesgo del recuerdo. El indicador solo medirá la recepción de información y no la forma en que estas son implementadas o practicadas por (o con) el menor lo cual podría tener una mejor utilidad.

[REDACTED]

Se recogerá información sobre la experiencia de los cuidadores sobre haber recibido información para el fin mencionado (cuidado de salud bucal) para la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. Tampoco se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia).

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos en los que la información fue recibida dentro de los últimos 12 meses.

[REDACTED]

Numerador: Número de responsables del cuidado de niñas y niños de 0 a 11 años que que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. $\sum(QS806=1)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número total de responsables del cuidado de niñas y niños de 0 a 11 años con responsable presente. $\sum(QS802D \geq 0 \ \& \ QSD802D \leq 11 \ \& \ QS802A=1)$.

[REDACTED]

Anual.

[REDACTED]

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

[REDACTED]

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS . VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI 1 NO 2 (PASE A 806) ←	SI 1 NO 2 (PASE A 806) ←
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA. 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAF 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAF 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98

18

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
806	En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA: SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 808) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 (PASE A 808) ←
807	¿Dónde recibió la información? ¿En algún otro lugar?	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y

DAÑOS NO TRANSMISIBLES**INDICADOR: RESULTADO FINAL**

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud.</p> <p>Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares.</p> <p>Reporte de presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "presión arterial elevada", "presión arterial alta", "presión alta" o "hipertensión arterial" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
<p>Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Hipertensión Arterial en sujetos de 20 años a más es 13.8% según auto reporte.</p> <p>Con el ENDES no se tienen valores históricos.</p>
JUSTIFICACIÓN

<p>Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.</p>
<p>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</p>
<p>Potencial subreporte por desconocimiento de la enfermedad</p>
<p>PRECISIONES TÉCNICAS</p>
<p>Reporte de presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "presión arterial elevada", "presión arterial alta", "presión alta" o "hipertensión arterial" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado y por ello debe ser acompañado por una determinación de la presión arterial in situ además de la historia de tratamiento. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten el antecedente.</p>
<p>MÉTODO DE CÁLCULO</p>
<p>Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum (QS102=1)$. Multiplicado por 100.</p> <p>Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.</p>
<p>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</p>
<p>Anual</p>
<p>FUENTE DE DATOS</p>
<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES</p>
<p>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</p>

- Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud</p> <p>Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica y endocrinológica caracterizada por hiperglicemia (altos niveles de glucosa o "azúcar" en la sangre). Esto se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o a una respuesta inadecuada del organismo ante esta hormona.</p> <p>Reporte de diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "diabetes mellitus", "diabetes", o "azúcar alta en la sangre" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
<p>Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Diabetes Mellitus en sujetos de 20 años a mas es 2.8% en base a autoreporte.</p> <p>Con el ENDES no se tienen valores históricos.</p>
JUSTIFICACIÓN
<p>La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el diagnostico. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la dirección del reporte; pero podría ser más probable un subreporte. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente con algún indicador bioquímica.</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Para construir el indicador no se requiere la medición de HbA1C en sangre. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia); pero si se requiere que esta pregunta sea investigada en conjunto con otros marcadores bioquímicas de enfermedad (como glicemia y hemoglobina glicosilada). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En</p>

cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten positivamente el antecedente de enfermedad.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum (QS109=1)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	109
108	¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez? CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ (ESPECIFIQUE) 42 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96 NO SABE / NO RECUERDA 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
110	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene diabetes o "azúcar alta" en la sangre? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud (Ver preguntas 4 y 5). Denominador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más elegibles e identificables al momento de la encuesta

INDICADOR: RESULTADO ESPECIFICO**PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA QUE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Indicador de resultado intermedio: Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

- Ministerio de Salud
- Gobiernos regionales
- Seguro Integral de Salud

DEFINICIÓN

Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico.

Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. El tratamiento de la HTA implica varias estrategias entre ellas consejería sobre estilos de vida saludable, tratamiento farmacológico, tratamiento de comorbilidades y cuando el caso lo amerita también el tratamiento de la enfermedad de fondo que origina a la HTA.

Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la HTA que han sido indicados por un profesional de la salud.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de recibir actualmente tratamiento para controlar la presión arterial elevada (en aquellos que reportan un diagnóstico de presión arterial elevada) es 39.0%

Con el ENDES no se tienen valores históricos.

JUSTIFICACIÓN

Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones

estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Potencial sobrerreporte por encubrir el no tratamiento para el caso de quienes reporten acertadamente el antecedente de enfermedad.

No se considera la adherencia al tratamiento ya que la persona puede no haber seguido las indicaciones del médico respecto a la toma de los medicamentos.

PRECISIONES TÉCNICAS

Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la HTA que han sido indicados por un profesional de la salud. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado y por ello debe ser acompañado por una determinación de la presión arterial in situ además de la historia de tratamiento. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten el antecedente de enfermedad y su tratamiento.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS104=1 \ \& \ QS105=1)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS102=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES		
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD		
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS
PASE A		
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.		
100	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
101	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MNSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
102	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado "hipertensión arterial" o "presión alta"? NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
103	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene hipertensión arterial o "presión alta"? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8
104	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
105	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
106	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8

SINTAXIS

Numerador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener Hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico (Ver pregunta 1)

Denominador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta que reportan tener Hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA QUE CONTROLAN SU PRESIÓN ARTERIAL

Indicador de resultado intermedio: Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico que controlan su presión arterial.</p> <p>Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. El tratamiento de la HTA implica varias estrategias entre ellas consejería sobre estilos de vida saludable, tratamiento farmacológico, tratamiento de comorbilidades y cuando el caso lo amerita también el tratamiento de la enfermedad de fondo que origina a la HTA.</p> <p>Controlar la presión arterial se refiere a que los pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva que reciben tratamiento mantienen sus valores de presión arterial sistólica <140 mmHg y diastólica <90mmHg.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
<p>Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No se considera la adherencia al tratamiento ya que la persona puede no haber seguido las indicaciones del médico respecto a la toma de los medicamentos.
PRECISIONES TÉCNICAS
Controlar presión arterial significa mantener valores de presión arterial sistólica <140 mmHg y diastólica <90mmHg en las personas que actualmente reciben tratamiento farmacológico se refiere al registro de la presión arterial. La determinación de este indicador se basa en la medición de la presión arterial sistólica y diastólica realizada al entrevistado y por ello debe ser acompañado por una determinación de la presión arterial in situ además de la historia de tratamiento. Dada la

naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten el antecedente de enfermedad y su tratamiento.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico y con medición realizada y de la presión arterial sistólica <140 mmHg y diastólica <90 mmHg. $\sum(QS104=1 \ \& \ QS105=1)$.Multiplicado por 100.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS102=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL			
PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900	PESO (KILOGRAMOS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR.. 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
903	PRIMERA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg DIASTÓLICA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
904	HORA DE LA MEDICIÓN	HORA <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	
905	SEGUNDA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg DIASTÓLICA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
906	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	MEDIDO..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR.. 4 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	

SINTAXIS

Numerador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener Hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico y con medición realizada y presión arterial sistólica <140 mmHg y diastólica < 90 mmHg

Denominador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS102=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER DIABETES MELLITUS QUE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico</p> <p>Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica y endocrinológica caracterizada por hiperglicemia (altos niveles de glucosa o "azúcar" en la sangre). Esto se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o a una respuesta inadecuada del organismo antes esta hormona. El tratamiento de la DM implica varias estrategias entre ellas consejería sobre estilos de vida saludable, tratamiento farmacológico, y tratamiento de comorbilidades.</p> <p>Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la diabetes mellitus y que han sido indicados por un profesional de la salud</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
<p>Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de recibir actualmente tratamiento para controlar el nivel de glucosa (en aquellos que reportan un diagnóstico de diabetes) es 65.4%.</p> <p>Con el ENDES no se tienen valores históricos.</p>
JUSTIFICACIÓN
<p>La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el tratamiento. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la</p>

dirección del reporte; pero podría ser más probable un sobreporte por deseabilidad social. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente con algún indicador bioquímico.

PRECISIONES TÉCNICAS

La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Para construir el indicador no se requiere la medición de HbA1C en sangre ni de algún marcador bioquímica de tratamiento. Sin embargo la determinación de HbA1C será útil para verificar este indicador reportado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia); pero si se requiere que esta pregunta sea investigada en conjunto con otros marcadores bioquímicas de enfermedad (como glicemia y hemoglobina glicosilada). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten positivamente el antecedente de enfermedad.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS111=1 \ \& \ QS112=1 \ \& \ QS113=1)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud.

$\sum(QS109=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	109
108	¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez? CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
110	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene diabetes o "azúcar alta" en la sangre? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA 1 SIN RECETA MEDICA 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico (Ver pregunta 1)

Denominador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud

INDICADOR: PRODUCTO

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Porcentajes de personas de 5 años a más con examen físico y con laboratorio, de la población que acude al establecimiento
Indicador de resultado intermedio: Mayor población de 5 años tamizados que acude al establecimiento de salud según etapa de vida.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas de 5 años a más años de edad tamizadas, El tamizaje de laboratorio se realiza en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad para realizar el dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, perfil lipídico completo (colesterol total, HDL, LDL calculado y triglicéridos) y creatinina, según etapa de vida. Puede ser solicitado por los profesionales de salud capacitados que realizan el tamizaje.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
JUSTIFICACIÓN
Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo, modificables de diabetes e hipertensión, incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo, en la población de 5 años a más.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es probable que en los establecimientos de salud no cuenten con insumos o equipos para el procesamiento de la muestra
PRECISIONES TÉCNICAS
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas de 05 años a más que reportan que le indicaron un examen de tamizaje años a más tamizadas de la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida. $\sum(QS111=1 \& QS112=1 \& QS113=1)$. Multiplicado por 100.
Denominador: Número de personas de 40 a más que acude al establecimiento de salud $\sum(QS109=1 \& QS23 \geq 15)$.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

SIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

CÁLCULO DE LA ESCALA DE FRAMINGHAM
 PARA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO A LOS 10 AÑOS
 Según Puntuación de Riesgo de Framingham ATP III

Sexo (hombre / mujer): Edad (años):

Colesterol total (mg/dL): Colesterol HDL (mg/dL):

Fumador (SI/NO): Presión Arterial Sistólica (mmHg):

En tratamiento con medicamento para HTA (SI/NO):

Puntuación:

Riesgo:

Riesgo corregido para Colombia:

Se consideran equivalentes de riesgo alto los pacientes con C-DEL >190, historia previa de diabetes, o de eventos coronarios agudos (incluyendo IAM y angina estable o inestable, ACV, ataque isquémico transitorio (AIT), historia previa de revascularización coronaria o de otra clase, o enfermedad vascular aterosclerótica de los miembros inferiores).

Esta herramienta fue desarrollada para apoyar la implementación de las Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial y Dislipidemias del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 en la ESE Metrociudad.

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CORONARIO A LOS 10 AÑOS
 Según Puntuación de Riesgo de Framingham ATP III

HOMBRES						MUJERES					
Edad (años)	Puntos					Edad (años)	Puntos				
35-39	0	1	2	3	4	35-39	0	1	2	3	4
40-44	1	2	3	4	5	40-44	1	2	3	4	5
45-49	2	3	4	5	6	45-49	2	3	4	5	6
50-54	3	4	5	6	7	50-54	3	4	5	6	7
55-59	4	5	6	7	8	55-59	4	5	6	7	8
60-64	5	6	7	8	9	60-64	5	6	7	8	9
65-69	6	7	8	9	10	65-69	6	7	8	9	10
70-74	7	8	9	10	11	70-74	7	8	9	10	11
75-79	8	9	10	11	12	75-79	8	9	10	11	12

Subgrupos: Puntos según edad en años. Colesterol: 1 Total, 2 150-199, 3 200-239, 4 240-279, 5 >280. No fumador / Fumador. P.A. Sistólica: 0 100-109, 1 110-119, 2 120-129, 3 130-139, 4 140-149, 5 >150. Sin tratamiento / Con tratamiento.

SINTAXIS

Numerador: Conteo y tabulación del número de personas de 5 años a mas que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico (Ver pregunta 1)

Denominador: Conteo y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Ministerio de salud Gobiernos regionales Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta</p> <p>Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares.</p> <p>Presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales, de la presión sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. La PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 satisface esta definición. Al menos dos mediciones completas deben efectuarse (donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD) y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial.</p> <p>Condiciones estándares de medición se refiere al conjunto de pautas sobre cómo debe realizarse la medición de la presión arterial en personas adultas (Ver pautas Resolución Ministerial N° 031-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva.)</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
<p>Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Hipertensión arterial en sujetos de 20 años a mas es 9.5% en base a una única medición matutina.</p> <p>Estudio PERU MIGRANT (2007-2008) conducido por UPCH en Lima y Ayacucho: Prevalencia de Diabetes Mellitus en sujetos de 30 años a mas es 13.1% en base a tres mediciones de presión arterial con un dispositivo oscilométrico y usando el promedio de las dos últimas mediciones.</p>

Con el ENDES no se tienen valores históricos.

JUSTIFICACIÓN

Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Puede verse afectada por la validez del instrumento portátil que será utilizado.

PRECISIONES TÉCNICAS

Presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales, de la presión sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. La PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 satisface esta definición. Al menos dos mediciones completas deben efectuarse (donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD) y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial.

Condiciones estándares de medición se refiere al conjunto de pautas sobre cómo debe realizarse la medición de la presión arterial en personas adultas (Ver pautas de la American Heart Association publicadas en la revista "Hypertension" el año 2005).

La determinación de este indicador se basa en lo medido de forma objetiva y con un instrumento portátil durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que cumplan con la definición operacional indicada previamente.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada. Se considera presión arterial elevada cuando cumple el criterio de medición promedio de la PAS mayor o igual a 140mmHg y/o criterio de medición promedio de la PAD mayor o igual a 90mmHG.

La identificación de personas con presión arterial elevada sigue los siguientes pasos:

Paso 1: Calcular la diferencia de la 1ra presión sistólica y la 2da presión diastólica, así como la diferencia de la 1ra presión diastólica y la 2da presión diastólica.

Paso 2: Clasificar el nivel de diferencia. Si la diferencia de presión sistólica de 20mmHg a más. Diferencia de presión diastólica de 10mmHg a más.

Paso 3: Decidir presión sistólica. Si la diferencia en la presión diastólica es de 20mmHg a más utilizar el valor de la 2da presión sistólica, si es menor de 20mmHg utilizar el promedio de las presiones sistólicas.

Paso 4: Decidir presión diastólica. Si la diferencia en la presión diastólica es de 10mmHg a más utilizar el valor de la 2da presión diastólica, si es menor de 10mmHg utilizar el promedio de las presiones diastólicas.

Paso 5: Clasificar el nivel de presión sistólica:

- Hasta 119.9 normal.
- De 120 a 139.9 pre hipertensión sistólica.
- De 140 a 159.9 hipertensión sistólica estadio 1.
- De 160 a más hipertensión sistólica estadio 2.

Paso 6: Clasificar el nivel de presión diastólica.

- Hasta 79.9 normal. De 80 a 89.9 pre hipertensión diastólica.
- De 90 a 99.9 hipertensión diastólica estadio 1.
- De 100 a más hipertensión diastólica estadio 2.

Paso 7: Clasificar el nivel de presión arterial. Si al menos un tipo de presión arterial es clasificada como hipertensión, se clasifica como PRESIÓN ALTA.

Paso 8: Calcule la prevalencia. Considere en el numerador a aquellos con resultado de PRESIÓN ALTA y en el denominador a las personas con las 4 mediciones válidas.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS CON SOBREPESO
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso de acuerdo al IMC</p> <p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo.</p> <p>Sobrepeso: Medición de IMC mayor o igual a 25 Kg/m² y menor a 30 Kg/m²</p> <p>Nota técnica: Para menores de 20 años existen los estándares Z de la OMS</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
<p>Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Porcentaje de sujetos de 20 años a más con SOBREPESO según el IMC es 35.3%.</p> <p>Con el ENDES no se tienen valores históricos.</p>
JUSTIFICACIÓN
<p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Este correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas. Está relacionado a la ingesta y actividad física también. Todos estos temas están cubiertos en los indicadores restantes.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>Solamente inherentes al proceso de medición y para ello será vital entrenar bien a los sujetos que realizaran esto y la respectiva validación y calibración de los instrumentos. Probablemente la valoración de los sujetos de 15 a 19 años se puede ver importantemente afectada si no se usan los estándares Z de la OMS</p>
PRECISIONES TÉCNICAS
<p>Resulta de dividir el peso (expresado en kilogramos) y el valor cuadrado de la talla (expresado en metros) de una persona. La determinación de este indicador se basa en lo medido en forma objetiva durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es</p>

necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación de los sujetos que realizan la medición si es que esta no ha sido hecha antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran a todos los sujetos para quienes se registra el IMC.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso, es decir si el IMC es mayor o igual a 25 Kg/m² y menor a 30 Kg/m². Multiplicado por 100.

El IMC= (10,000 x (QS900/QS901²)).

Denominador: Número de personas de 15 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL			
PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900	PESO (KILOGRAMOS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC es compatible con sobrepeso según la definición operacional (Preguntas #1 y #2, excluir a personas de pregunta #3 y pregunta #4 tal y como se ha indicado en Indicador 01 de Obesidad)

Denominador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC fue valorado

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS CON OBESIDAD

Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

- Ministerio de Salud
- Gobierno regional
- Gobierno local

DEFINICIÓN

Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con obesidad de acuerdo al IMC

<p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo.</p> <p>Obesidad: Medición de IMC mayor o igual a 30 Kg/m²</p> <p>Nota técnica: Para menores de 20 años existen los estándares Z de la OMS</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Porcentaje de sujetos de 20 años a más con OBESIDAD según el IMC es 16.5%
JUSTIFICACIÓN
El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Este correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas. Está relacionado a la ingesta y actividad física también. Todos estos temas están cubiertos en los indicadores restantes.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Solamente inherentes al proceso de medición y para ello será vital entrenar bien a los sujetos que realizaran esto y la respectiva validación y calibración de los instrumentos. Probablemente la valoración de los sujetos de 15 a 19 años se puede ver importantemente afectada si no se usan los estándares Z de la OMS.
PRECISIONES TÉCNICAS
Resulta de dividir el peso (expresado en kilogramos) y el valor cuadrado de la talla (expresado en metros) de una persona. La determinación de este indicador se basa en lo medido en forma objetiva durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación de los sujetos que realizan la medición si es que esta no ha sido hecha antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran a todos los sujetos para quienes se registra el IMC.
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con obesidad de acuerdo al IMC, es decir si el IMC es mayor o igual a 30 Kg/m². Multiplicado por 100.</p> <p>El IMC= (10,000 x (QS900/QS901²)).</p> <p>Denominador: Número de personas de 15 años a más.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL****PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD**

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	FASE A
900	PESO (KILOGRAMOS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC es compatible con obesidad según la definición operacional (Preguntas #1 y #2, excluir a personas de pregunta #3 y pregunta #4 tal y como se ha indicado en Indicador 01 de Obesidad)

Denominador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC fue valorado

INDICADOR DE RESULTADO ESPECIFICO**METALES PESADOS**

Tabla N° 14.
Ficha técnica del indicador de desempeño

INDICADOR DE RESULTADO FINAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
NOMBRE DEL INDICADOR: MORTALIDAD POR INTOXICACIÓN CON METALES PESADOS
Indicador de resultado final: Disminuir la mortalidad por intoxicación con metales pesados.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. - Gobiernos regionales.
DEFINICIÓN
Estima la magnitud de personas fallecidas por intoxicación con metales pesados (Plomo, mercurio, arsénico, cadmio).
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia

VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador.
JUSTIFICACIÓN
Los metales pesados resultan ser elementos químicos tóxicos para la salud, éstos pueden entrar en el cuerpo humano a través de los alimentos, el agua, el aire, o suelos. Su exposición constituye un problema de salud pública debido al potencial tóxico de estas sustancias al contacto agudo o crónico en el ser humano, independientemente de ser contaminación natural o antropogénica (actividades productivas y extractivas, sean formales e informales).
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No se encuentran actualizadas las bases de datos.
PRECISIONES TÉCNICAS
La mortalidad por intoxicación por metales pesados es una tasa, en la que el número de muertes por intoxicación con metales pesados es por cada 100 000 personas al año.
MÉTODO DE CÁLCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 000 Numerador: N° de muertes por intoxicación con metales pesados. Denominador: Total de población.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Ficha de investigación epidemiológica según NTS N° 111-2014-MINSA / DGE V.01 - “Norma técnica de salud que establece la vigilancia epidemiológica en salud pública de factores de riesgo por exposición e intoxicación por metales pesados y metaloides”
SINTAXIS
En proceso de construcción.

INDICADOR DE RESULTADO ESPECÍFICO

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
NOMBRE DEL INDICADOR: INCIDENCIA DE INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS

Indicador de resultado específico: Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud. - Gobiernos regionales.
DEFINICIÓN
Se define como el número de casos nuevos con intoxicación por metales pesados sobre el total de la población en el lapso de un año.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente no se cuenta con el valor del indicador.
JUSTIFICACIÓN
Los metales pesados resultan ser elementos químicos tóxicos para la salud, éstos pueden entrar en el cuerpo humano a través de los alimentos, el agua, el aire, o suelos. Su exposición constituye un problema de salud pública debido al potencial tóxico de estas sustancias al contacto agudo o crónico en el ser humano, independientemente de ser contaminación natural o antropogénica (actividades productivas y extractivas, sean formales e informales).
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No se encuentran actualizadas las bases de datos.
PRECISIONES TÉCNICAS
La morbilidad por intoxicación con metales pesados se mide por incidencia acumulada de casos nuevos por intoxicación con metales pesados notificados en un periodo de tiempo cada 100 000 personas al año.
MÉTODO DE CÁLCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 000 Numerador: N° de personas con intoxicación aguda por metales pesados notificados. Denominador: Total de población.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha de investigación epidemiológica según NTS N° 111-2014-MINSA / DGE V.01 - “Norma técnica de salud que establece la vigilancia epidemiológica en salud pública de factores de riesgo por exposición e intoxicación por metales pesados y metaloides”

SINTAXIS

En proceso de construcción.

INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA**PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE GESTANTES Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EXPUESTOS A METALES PESADOS QUE RECIBEN EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Ámbito de control: Es del producto de Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

- Ministerio de Salud.
- Gobiernos regionales.

DEFINICIÓN

El indicador mide la cantidad de gestantes y niños menores de 12 años que han recibido evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

Año 2018: 24.71%

Año 2019: 27.77%

JUSTIFICACIÓN

Los metales pesados resultan ser elementos químicos tóxicos para la salud, éstos pueden entrar en el cuerpo humano a través de los alimentos, el agua, el aire, o suelos. Su exposición constituye un problema de salud pública debido al potencial tóxico de estas sustancias al contacto agudo o crónico en el ser humano, independientemente de ser contaminación natural o antropogénica (actividades productivas y extractivas, sean formales e informales). Cabe señalar que la contaminación ambiental puede llevar a diversos problemas de salud, los grupos más vulnerables son los niños y gestantes.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Limitados recursos financieros y recursos humanos para la atención a personas expuestas a metales pesados; subregistro de actividades en el Sistema de Información en Salud – HIS.

PRECISIONES TÉCNICAS

<p>Conjunto de atenciones brindadas por el personal de salud capacitado (Médico General, Lic. Enfermería) en los EE.SS desde el primer nivel de atención a los niños y mujeres gestantes expuestas a metales pesados por fuentes contaminantes (antropogénicas y/o naturales) para Plomo, Mercurio, Arsénico y Cadmio; comprobadas por vigilancia sanitaria ambiental y/o vigilancia epidemiológica.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médica. • Evaluación del crecimiento y desarrollo - CRED. • Evaluación odontológica (si se cuenta con el profesional). • Evaluación Psicológica (si se cuenta con el profesional). • Evaluación Nutricional (si se cuenta con el profesional). • Afiliación al SIS si corresponde.
MÉTODO DE CÁLCULO
<p>Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100</p> <p>Numerador: N° de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.</p> <p>Denominador: Total de gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados.</p>
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Mensual.
FUENTE DE DATOS
Sistema de Información en Salud – HIS.
BASE DE DATOS
HIS-MINSA.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Reporte HIS.
SINTAXIS
<p>Sumatoria de personas que han recibido atenciones registradas con los códigos del listado y con tipo de financiamiento SIS (2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Z585 Exposición a otras contaminantes del ambiente físico • Z573/8 Exposición ocupacional a contaminantes • Z581 Exposición al aire contaminado • Z582 Exposición al agua contaminada • Z583 Exposición al suelo contaminado

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 14.

Ficha técnica del indicador de desempeño

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN CONSUMIR AL MENOS 5 PORCIONES DIARIAS DE FRUTAS Y/O VERDURAS O VEGETALES.
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales.</p> <p>Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre.</p> <p>La recomendación estándar es consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales.</p> <p>Reportado por el entrevistado: En base al número de porciones por día y número de días por semana (en la última semana) que consume frutas, verduras o vegetales reportados por los entrevistados se determina el porcentaje de personas que siguen la recomendación estándar.</p>
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
<p>Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre.</p> <p>La recomendación estándar es consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales. Ellos aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.</p> <p>Según la OMS, el mayor consumo de frutas y verduras variadas garantiza un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, de fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales.</p>
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Es posible una sobreestimación del indicador por deseabilidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.

PRECISIONES TÉCNICAS

La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de personas de 15 años a más que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras diarias. Multiplicado por 100.

Se considera que una persona consume al menos 5 porciones de frutas y/o verduras si cumple la siguiente condición:

$$\frac{1}{7} \sum (QS214C * QS213 + QS220C * QS219) \geq 5$$

Dónde:

- Si la persona no comió porciones de fruta (QS213="NO COMIÓ") se reemplaza en QS213=0 y QS214C=0.
- Si la persona comió 5 o más porciones de fruta se reemplaza QS214C=5.
- Si la persona no comió porciones de verdura (QS219="NO COMIÓ") se reemplaza QS219=0 y QS220=0.
- Si la persona comió cucharadas de verduras se reemplaza QS220C=QS220CC/4.

Denominador: Número de personas de 15 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	215
		¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIO PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS 1 <input type="text"/> CINCO O MÁS UNIDADES..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO TOMÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	217	
		¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO 1 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	219	
		¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA 1 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 <input type="text"/> NO COMIÓ..... 3 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	300	
		¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 <input type="text"/> NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA 8 <input type="text"/>	

SINTAXIS

Primera etapa: Construir el indicador de consumo por cada persona

Sumatoria del número de porciones de fruta + número de vasos de jugo de fruta*2 + número de porciones de ensalada y dividir ello entre 7. Seleccionar a los sujetos para los que este indicador es mayor o igual a 5. (Preguntas 1a, 1b, 2a, 2b, 3 y 4)

Segunda etapa: Construir el indicador de porcentaje de personas que cumplen la recomendación

Numerador: Conteo y tabulación del número de personas cuyo indicador de consumo es mayor o igual a 5. (Preguntas 1a, 1b, 2a, 2b, 3 y 4)

Denominador: Numero de sujetos entrevistados

3.6.2 Indicadores de producción física

SALUD OCULAR

Tabla N° 15

Ficha técnica del indicador de producción física

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Código de producto / actividad	3000811
Unidad de medida	Persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de recién nacidos con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ENSOPEC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Código de producto / actividad	3000812
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394

Método de medición	Número de recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la prematuridad con tratamiento especializado
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ENSOPEC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños.
Código de producto / actividad	3000013
Unidad de medida	persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de niños de 3 a 11 años de edad con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ENSOPEC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tratamiento y control de niños con errores refractivos.

Código de producto / actividad	3000014
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de niños de 3 a 11 años de edad afiliadas al SIS con errores refractivo en tratamiento (lentes entregados) según con diagnóstico de error refractivo.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.
Código de producto / actividad	3000011
Unidad de medida	persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas de 50 años a más de edad afiliadas al SIS con valoración de la agudeza visual efectuada por personal de salud.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones

Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.
--------------------------------	--

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tratamiento y control de personas con cataratas
Código de producto / actividad	3000012
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de personas de 50 años a más de edad afiliadas al SIS operadas por ceguera por cataratas
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma
Código de producto / actividad	3000813
Unidad de medida	persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas de 40 años a más de edad afiliadas al SIS con valoración de la agudeza visual efectuada por personal de salud.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC

Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Tratamiento y control de personas con Glaucoma
Código de producto / actividad	300814
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de personas de 40 años a más edad afiliadas al SIS con diagnóstico de glaucoma que están en tratamiento.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
Código de producto / actividad	3000865
Unidad de medida	persona tamizada

Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus afiliadas al SIS que son detectadas con riesgo para retinopatía diabética.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
Código de producto / actividad	3000865
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de retinopatía diabética que recibe tratamiento.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física

Denominación de producto / actividad	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
Código de producto / actividad	3000866
Unidad de medida	persona tamizada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas afiliadas al SIS que son detectadas por el personal de salud con Enfermedades Externas del Ojo.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
Código de producto / actividad	3000866
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo (Conjuntivitis-Chalazión-Orzuelo-Blefaritis) que están en tratamiento.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones

Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.
--------------------------------	--

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
Código de producto / actividad	
Unidad de medida	persona diagnosticada
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas afiliadas al SIS que son diagnosticadas con Baja Visión.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
Código de producto / actividad	
Unidad de medida	persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de Baja Visión que están en tratamiento.
Fuente de información de la programación	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC

Fuente de información para la ejecución	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS e información de las regiones
Responsable de medición	Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.

SALUD BUCAL

Tabla N° 15

Ficha técnica del indicador de producción física

Número de personas atendidas con procedimientos estomatológicos preventivos	
Denominación de producto / actividad	Atención estomatológica preventiva
Código de producto / actividad	3000680
Unidad de medida	Persona atendida
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	meta física del subproducto examen estomatológico
Fuente de información de la programación	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Fuente de información para la ejecución	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)
Responsable de medición	DSABU - DGIESP

Número de personas tratadas con procedimientos estomatológicos recuperativos	
Denominación de producto / actividad	Atención estomatológica recuperativa
Código de producto / actividad	3000681
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	sumatoria de la meta física de los 06 sub productos
Fuente de información de la programación	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Fuente de información para la ejecución	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)
Responsable de medición	DSABU - DGIESP

Número de personas tratadas con procedimientos estomatológicos especializados	
Denominación de producto / actividad	Atención estomatológica especializada
Código de producto / actividad	3000682
Unidad de medida	Persona tratada
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	sumatoria de la meta física de los 06 sub productos
Fuente de información de la programación	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Fuente de información para la ejecución	OGTI – MINSA. Sistema HIS
Forma de recolección de información para la ejecución	Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA (Hoja HIS)
Responsable de medición	DSABU - DGIESP

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Tabla N° 15

Ficha técnica del indicador de producción física

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
Código de producto / actividad	3000015
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas en las que se realiza la identificación de factores de riesgos clínicos o de laboratorio relacionados con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL
Código de producto / actividad	3000016
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Porcentaje de personas mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que reciben tratamiento para el control de su enfermedad, respecto al número de personas mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, en población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	BASE DE DATOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA TENDENCIA DE LOS 3 ULTIMOS AÑOS DEL HIS
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES
Código de producto / actividad	3000017
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Porcentaje de personas mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben tratamiento para el control de su enfermedad, respecto al número de personas mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, en población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	BASE DE DATOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y LA TENDENCIA DE LOS 3 ULTIMOS AÑOS DEL HIS.

Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

METALES PESADOS

Tabla N° 15

Ficha técnica del indicador de producción física

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS
Código de producto / actividad	3043997
Unidad de medida	PERSONA ATENDIDA
Código de la unidad de medida	087
Método de medición	Número de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
Fuente de información de la programación	SIS. Listado de zonas y/o fuentes de exposición a metales pesados; comprobadas por vigilancia sanitaria ambiental y/o vigilancia epidemiológica u otra fuente oficial (Ej. MINAM, MINEM, OEFA, ANA).
Fuente de información para la ejecución	Reporte Estadísticos HIS.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información en Salud - HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección Ejecutiva de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas – Unidad Funcional de Atención a Personas Expuestas a Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tabla N° 15

Ficha técnica del indicador de producción física

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	3043988. FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Código de producto / actividad	3043988
Unidad de medida	FAMILIA
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	<p>El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud con las Familias, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud.</p> <p>Unidad de medida: Familia</p> <p>Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora:</p> <p>Numerador:—Familias que reciben dos consejerías en estilos de vida saludable.</p> <p>Denominador: Número de familias de los distritos con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad.</p>
Fuente de información de la programación	<p>Fuente de información para la programación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padrón SISFOH- Sistema de Focalización de Hogares. • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/). • Registro de Comités Comunitarios de Salud. • Clasificación de distrito según categoría INEI • Reportes de Epidemiología o reportes del HIS (para estimar distritos que presentan problemas en la No Trasmisible con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad).
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS

Ficha técnica del indicador de producción física	
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS
Responsable de medición	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Promoción de la Salud Oficina General de Estadística e Informática

3.7 SUPUESTOS

SALUD OCULAR

Tabla 16.

Supuestos

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a diagnóstico precoz de recién nacidos con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Producto	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Actividad (subproducto)	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.
	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.
	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención
	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención.
	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención.

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a tratamiento quirúrgico oportuno de recién nacidos con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Producto	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
Actividad (subproducto)	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con laser
	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con anti-angiogenicos
	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser más antiangiogénicos
	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.
	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.
	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo - Nistagmus - Estrabismo - Glaucoma - Catarata secundario a Retinopatía del Prematuro.
	Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro.

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a diagnóstico precoz de niños con Errores Refractivos no corregidos.
Producto	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños.
Actividad (subproducto)	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.
	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.
	Referencia de niños con Errores Refractivos.
	Diagnóstico de Errores Refractivos.
	Diagnóstico de Ambliopía

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a tratamiento corrector oportuno de niños con Errores Refractivos.
Producto	Tratamiento y control de niños con errores refractivos.
Actividad (subproducto)	Tratamiento de Errores Refractivos
	Control de niños con Errores Refractivos
	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para niños con Errores Refractivos.
	Tratamiento de Ambliopía
	Terapia de estimulación visual en Ambliopía

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a diagnóstico precoz de personas adultas y adultas mayores con Catarata.
Producto	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.
Actividad (subproducto)	Tamizaje de agudeza visual en personas de 50 años a más.
	Evaluación de catarata.
	Consejería para control y detección oportuna de catarata.
	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención.
	Diagnóstico de ceguera por catarata.

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a tratamiento quirúrgico oportuno de personas adultas y adultas mayores con Catarata.
Producto	Tratamiento y control de personas con cataratas.
Actividad (subproducto)	Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta fija o móvil para catarata. (Extracapsular o Faco Emulsificación)
	Control post operatorio de catarata (al día siguiente - a la semana – al mes y a los dos meses)
	Tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgico de catarata (úvea-glaucoma-cámara posterior-vítreo y retina)

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a diagnóstico precoz de personas adultas y adultas mayores con Glaucoma.
Producto	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma
Actividad (subproducto)	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención
	Evaluación de persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención
	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma
	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención
	Diagnóstico de Glaucoma

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a tratamiento médico

	quirúrgico oportuno de personas adultas y adultas mayores con glaucoma.
Producto	Tratamiento y control de persona con Glaucoma
Actividad (subproducto)	Tratamiento de glaucoma
	Control de pacientes con glaucoma

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a la atención oportuna de personas diabéticas con Retinopatía Diabética.
Producto	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
Actividad (subproducto)	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.
	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética
	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética
	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética (RD) en el primer nivel de atención
	Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD)
	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina
	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina
	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser
	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos
	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía
	Control de personas con Retinopatía Diabética

Nivel de Objetivo	Supuestos
--------------------------	------------------

Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a la atención oportuna de personas con Enfermedades Externas del Ojo.
Producto	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
Actividad (subproducto)	Detección de persona con Enfermedades Externas del Ojo
	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
	Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo
	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.
	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo.
	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo
	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado
	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea
	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con transplante de cornea
	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Mejorar la Salud Ocular
Resultado Específico	Reducción de la Discapacidad Visual y Ceguera evitable, generada por la mejora en el acceso a la atención oportuna de personas con Baja Visión.
Producto	diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
Actividad (subproducto)	Diagnóstico de Baja Visión
	Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión
	Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión

	Tratamiento con Ayudas en Baja Visión
	Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión
	Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión
	Capacitación en Interacción con una persona con baja visión
	Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión
	Control de personas con Baja Visión

SALUD BUCAL

Tabla 16.

Supuestos

Nivel de objetivo	Supuestos
Resultado final	<ul style="list-style-type: none"> <i>Falta de logro de resultados específicos de otros sectores (saneamiento urbano y rural, logros de aprendizaje, entre otros).</i>
Resultado específico	<ul style="list-style-type: none"> <i>Limitaciones de un sistema único de información</i> <i>Falta de recursos</i>
Producto	<ul style="list-style-type: none"> <i>Modelos operacionales incompleto en su desarrollo</i> <i>Limitaciones de un sistema único de información</i> <i>Coberturas inadecuadas en la entrega de los productos</i>
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> <i>Poco desarrollo o limitado desarrollo de flujos de procesos</i> <i>Pocos Recursos humanos especializados</i>

DAÑOS NO TRASMISIBLES

Tabla 16.

Supuestos

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Baja prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias:

	El abordaje de las ENT es multifactorial vinculado a las determinantes estructurales de las inequidades, la no articulación de políticas intersectoriales específicas sobre las posiciones socioeconómicas, limita su abordaje así como las prácticas y estilos de vida de las personas debido influenciada por la industria de tabaco, alcohol, alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas.
Resultado Específico	Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones: Los determinantes de estructurales y la cultura y valor social de prevención de la población limitan el resultado, que se verán incrementados si se presentan políticas intersectoriales ineficientes.
Producto	Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles: Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación.
Actividad (subproducto)	Evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Baja prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias: El abordaje de las ENT es multifactorial vinculado a las determinantes estructurales de las inequidades, la no articulación de políticas intersectoriales específicas sobre las posiciones socioeconómicas, limita su abordaje así como las prácticas y estilos de vida de las personas debido influenciada por la industria de tabaco, alcohol, alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas.
Resultado Específico	Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones: Los determinantes de estructurales y la cultura y valor social de prevención de la población limitan el resultado, que se verán incrementados si se presentan políticas intersectoriales ineficientes.
Producto	Tratamiento y control de personas con hipertension arterial Estrés laboral, acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, seguridad alimentaria.
Actividad (subproducto)	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial:

	Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos
Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	<p>Baja prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias:</p> <p>El abordaje de las ENT es multifactorial, la no articulación de políticas intersectoriales limita su abordaje así como las prácticas y estilos de vida de las personas debido influenciada por la industria de tabaco, alcohol, alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas.</p>
Resultado Específico	<p>Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones:</p> <p>Los determinantes de estructurales y la cultura y valor social de prevención de la población limitan el resultado, que se verán incrementados si se presentan políticas intersectoriales ineficientes</p>
Producto	<p>Tratamiento y control de personas con diabetes:</p> <p>Estrés laboral, acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, seguridad alimentaria.</p>
Actividad (subproducto)	<p>Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes mellitus:</p> <p>Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos</p>

METALES PESADOS

Tabla N° 16

Supuestos

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	<p>Disminución de la mortalidad por intoxicación con metales pesados.</p> <p>Exposición aguda de las personas a metales pesados, por fuentes antropogénicas (actividades productivas y extractivas, formales e informales) y por fuentes naturales (agua, suelo y aire).</p>
Resultado Específico	Disminución de la morbilidad por intoxicación con metales pesados

	Exposición aguda y crónica de las personas a metales pesados, por fuentes antropogénicas (actividades productivas y extractivas, formales e informales) y naturales (agua, suelo y aire).
Producto	Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos.
Actividad	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos.

3.8 VINCULACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CON LOS OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL

SALUD OCULAR

Tabla N° 17

Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales

Resultado Final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eje Estratégico: N° 2 - Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. ▪ Objetivo Nacional: Objetivos Estratégicos Institucionales 3: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.⁷⁸ ▪ R. Final: Mejorar la Salud Ocular en la población en general, con énfasis en la prevención y recuperación de la ceguera evitable.
Resultado Específico	Reducir la discapacidad visual y ceguera evitable.
Sustento de la Relación RF-RE	Se adjunta información con evidencia en Anexo N°1

SALUD BUCAL

⁷⁸ Objetivos Estratégicos Institucionales identificados en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 aprobado mediante R.M. N°666-2013-MINSA

Tabla N° 17

Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales

Resultado final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eje Estratégico: N° 2 - Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. ▪ Objetivo Nacional: Objetivo Estratégico Institucional 1. Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales ▪ Resultado Final: Mejorar la Salud Bucal de la población peruana.
Resultado específico	Reducción de la morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral en la población peruana.
Sustento de la relación RF – RE	Se adjunta información con evidencia en Anexo N°1

DAÑOS NO TRASMISIBLES

Tabla N° 17

Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales

Resultado Final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eje Estratégico: N° 2 - Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad. ▪ Objetivo Nacional: Objetivos Estratégicos Institucionales 3: Disminuir y controlar las enfermedades no transmisibles priorizando a la población en pobreza y extrema pobreza.⁷⁹ <p>R. Final: Reducir la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias</p>
Resultado Específico	Disminución de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, metabólicas y complicaciones

⁷⁹ Objetivos Estratégicos Institucionales identificados en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 aprobado mediante R.M. N°666-2013-MINSA

Sustento de la Relación RF-RE	Se adjunta información con evidencia en Anexo N°1
Resultado Final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eje Estratégico: N° 4. Desarrollo social y bienestar de la población. ⁸⁰ Lineamiento prioritario N° 4.2. Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutiva y enfoque territorial. ▪ Objetivo Nacional: Objetivo Estratégico Institucional 1: Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.⁸¹ ▪ R. Final: Reducir la mortalidad por intoxicación con metales pesados.
Resultado Específico	Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados.
Sustento de la Relación RF-RE	Se adjunta información con evidencia en Anexo N°1

METALES PESADOS

⁸⁰ Eje de la Política General de Gobierno al 2021 identificado en el Decreto Supremo N°056-2018-PCM.

⁸¹ Objetivo Estratégico Institucional identificado en el Plan Estratégico Institucional 2019-2021 aprobado mediante R.M. N°1334-2018/MINSA.

Tabla N° 17

Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales

Resultado Final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eje Estratégico: N° 4. Desarrollo social y bienestar de la población.⁸² Lineamiento prioritario N° 4.2. Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutiva y enfoque territorial. ▪ Objetivo Nacional: Objetivo Estratégico Institucional 1: Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.⁸³ ▪ R. Final: Reducir la mortalidad por intoxicación con metales pesados.
Resultado Específico	Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados.
Sustento de la Relación RF-RE	Se adjunta información con evidencia en Anexo N°1

3.9 MATRIZ LÓGICA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

SALUD OCULAR

Tabla N° 18

Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado Final			
Mejorar la Salud Ocular en la población general, con énfasis en la prevención y recuperación de la ceguera evitable	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES	Considerando que todas las condiciones a continuación descritas se cumplan.
Resultado Específico			

⁸² Eje de la Política General de Gobierno al 2021 identificado en el Decreto Supremo N°056-2018-PCM.⁸³ Objetivo Estratégico Institucional identificado en el Plan Estratégico Institucional 2019-2021 aprobado mediante R.M. N°1334-2018/MINSA.

Reducir la discapacidad visual y ceguera evitable.	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES	Considerando que todas las condiciones a continuación descritas se cumplan.
Productos			
Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Porcentaje de recién nacidos con factores de riesgo para ROP que son evaluados por oftalmología en el establecimiento de salud	Sistema de Información HIS, Informe de ENSOPC	Contando con médico oftalmólogo – pediatra o neonatólogos y equipo multidisciplinario capacitado.
	Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad	Sistema de Información HIS, Informe de ENSOPC	Contando con médico oftalmólogo capacitado en ROP, dotación suficiente de medicamentos y equipamiento necesario.
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP) (Mayor número de recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que reciben tratamiento oportuno)	Porcentaje de recién nacidos prematuros con tratamiento y control de Retinopatía de la Prematuridad.	Sistema de Información HIS, Informe de ENSOPC	Contando con médico oftalmólogo, anestesiólogo capacitado y equipo multidisciplinario capacitado, equipo oftalmológico (láser diodo), medicamentos e insumos y UCIN con oxígeno controlado.
Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños.	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con personal de salud capacitado, dotación suficiente de Kits de Tamizaje y determinación de espacio para realizar la evaluación (3mtrs).
	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con médico oftalmólogo y/o Tecnólogo Médico en Optometría, medicamentos para cicloplejia y equipamiento necesario.

Tratamiento y control de niños con errores refractivos (Mayor número de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado)	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Certificación de Óptica a nivel de cada región para entrega de tratamiento financiado por MINSA según prescripción de médico oftalmólogo, asimismo Tecnólogo Médico en Optometría y/o Lic. Enfermería capacitada.
Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	Porcentaje de personas de 50 años o más con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con personal de salud capacitado, dotación suficiente de Kits de Tamizaje y determinación de espacio para realizar la evaluación (3mtrs).
	Porcentaje de personas de 50 años o más que han recibido un diagnóstico de cataratas	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con médico oftalmólogo y/o Tecnólogo Médico en Optometría, medicamentos para cicloplejia y equipamiento necesario.
Tratamiento y control de personas con cataratas. (Mayor población de 50 años a más que accede a tratamiento quirúrgico por ceguera por catarata)	Porcentaje de población de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con médico oftalmólogo clínico quirúrgico y equipo multidisciplinario capacitado en técnica Extracapsular o Faco Emulsificación, Lic. Enfermería capacitada para SOP, medicamentos - insumos - dispositivos médicos y equipamiento necesario.
Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma	Porcentaje de personas con factores de riesgo que son tamizadas por personal de salud para la detección de glaucoma.	Sistema de Información HIS, Informe de ENSOPC	Contando con personal de salud capacitado (Lic. Enfermería - Técnica de Enfermería).
	Porcentaje de personas que son diagnosticadas con Glaucoma.	Sistema de Información HIS, Informe de ENSOPC	Contando con personal de salud capacitado (médico - Lic. Enfermería), medicamentos y equipamiento necesario (tonómetro).
Tratamiento y control de	Porcentaje de personas que han recibido consulta		Contando con médico oftalmólogo y equipo

<p>persona con Glaucoma</p> <p>(Mayor población de 40 años a más recibe tratamiento oportuno de Glaucoma)</p>	<p>oftalmológica en los últimos 12 meses.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>multidisciplinario capacitado, medicamentos y equipamiento necesario.</p>
<p>Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética</p> <p>(Mayor número de personas con Diabetes Mellitus con tratamiento oportuno de Retinopatía Diabética)</p>	<p>Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que son detectadas por personal de salud con factores de riesgo para retinopatía diabética.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con equipo multidisciplinario de salud capacitado (Médico, Lic. Enfermería), materiales y equipamiento necesario.</p>
	<p>Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que son diagnosticadas con Retinopatía Diabética.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con médico oftalmólogo capacitado, medicamentos y equipamiento biomédico necesario.</p>
	<p>Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que reciben atención por servicio de oftalmología en los últimos 12 meses.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con médico oftalmólogo y equipo multidisciplinario capacitado, medicamentos y equipamiento necesario.</p>
<p>Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo</p> <p>(Mayor número de personas recibe tratamiento oportuno para Enfermedades Externas del Ojo)</p>	<p>Porcentaje de personas que son detectadas con Enfermedades Externas del Ojo por personal de salud.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con personal de salud capacitado (Técnica Enfermería, Lic. Enfermería, Médico)</p>
	<p>Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con personal de salud capacitado (Médico), Médico Oftalmólogo, materiales, medicamentos y equipamiento necesario.</p>
	<p>Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo que reciben tratamiento.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con médico capacitado, medicamentos, médico oftalmólogo clínico quirúrgico y equipamiento necesario.</p>
<p>Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión</p>	<p>Porcentaje de personas con diagnóstico de Baja Visión.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con Médico Oftalmólogo capacitado, materiales, medicamentos y equipamiento necesario.</p>
	<p>Porcentaje de personas con diagnóstico de Baja Visión que reciben tratamiento.</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNSOPC</p>	<p>Contando con médico oftalmólogo capacitado, TMO -Lic. Enfermería -Lic. Psicología capacitado,</p>

			medicamentos y equipamiento necesario.
<i>Instituciones educativas promueven prácticas higiénicas sanitarias entornos saludables para el cuidado integral de la salud ocular.</i>	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de Salud Ocular.	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.	Contando con personal de salud capacitado.
Actividades			
Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Número de recién nacidos con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico pediatra o neonatólogo y equipo multidisciplinario capacitado. Además de médico oftalmólogo capacitado en ROP, dotación suficiente de medicamentos y equipamiento necesario.
Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Número de recién nacidos prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad con tratamiento especializado	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo, anesthesiólogo capacitado y equipo multidisciplinario capacitado, equipo oftalmológico (láser diodo), medicamentos e insumos y UCIN con oxígeno controlado.
Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	Número de niños de 3 a 11 años de edad con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con personal de salud capacitado, dotación suficiente de Kits de Tamizaje y determinación de espacio para realizar la evaluación (3mtrs). Además, Contando con médico oftalmólogo y equipo multidisciplinario capacitado (Tecnólogo Médico en Optometría, Lic. Enfermería), medicamentos para cicloplejia y equipamiento necesario.

Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de errores refractivos	Número de niños de 3 a 11 años de edad afiliadas al SIS con errores refractivo en tratamiento (lentes entregados) según con diagnóstico de error refractivo.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Certificación de Óptica a nivel de cada región para entrega de tratamiento financiado por MINSA según prescripción de médico oftalmólogo, asimismo Tecnólogo Médico en Optometría y/o Lic. Enfermería capacitada.
Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	Número de personas de 50 años a más de edad afiliadas al SIS con valoración de la agudeza visual efectuada por personal de salud.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con personal de salud capacitado, dotación suficiente de Kits de Tamizaje y determinación de espacio para realizar la evaluación (3mtrs). Además, Contando con médico oftalmólogo y equipo multidisciplinario capacitado (Tecnólogo Médico en Optometría, Lic. Enfermería), medicamentos y equipamiento necesario.
Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	Número de personas de 50 años a más de edad afiliadas al SIS operadas por ceguera por cataratas	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo clínico quirúrgico y equipo multidisciplinario capacitado en técnica Extracapsular o Faco Emulsificación, Lic. Enfermería capacitada para SOP, medicamentos - insumos - dispositivos médicos y equipamiento necesario.
Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	Número de personas de 40 años a más de edad afiliadas al SIS con valoración de la agudeza visual efectuada por personal de salud.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con personal de salud capacitado (Medico - Lic. Enfermería - Técnica de Enfermería), medicamentos y equipamiento necesario (tonómetro)
Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma	Número de personas de 40 años a más edad afiliadas al SIS con diagnóstico de glaucoma que están en tratamiento.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo y equipo multidisciplinario capacitado, medicamentos y equipamiento necesario.
Evaluación de detección y diagnóstico de Personas con Diabetes Mellitus con	Número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus con tiempo de enfermedad igual o mayor de 5 años afiliadas al	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con equipo multidisciplinario de salud capacitado (Médico, Lic. Enfermería, Médico Oftalmólogo), materiales,

riesgo de Retinopatía Diabética (RD)	SIS con detección efectuada por personal de salud.		medicamentos y equipamiento necesario.
Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Retinopatía Diabética	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de retinopatía diabética que recibe tratamiento.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo y equipo multidisciplinario capacitado, medicamentos y equipamiento necesario.
Evaluación para detección y diagnóstico de personas con Enfermedades Externas del Ojo	Número de personas afiliadas al SIS con examen de los ojos y parpado efectuado por personal de salud.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con personal de salud capacitado (Médico), Médico Oftalmólogo, materiales, medicamentos y equipamiento necesario.
Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo (Conjuntivitis-Chalazión-Orzuelo-Blefaritis) que están en tratamiento.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con personal de salud capacitado (Médico), Médico Oftalmólogo, materiales, medicamentos y equipamiento necesario.
Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de Baja Visión	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo clínico quirúrgico capacitado, equipo multidisciplinario (TMO—Lic. Enfermería-Lic. Psicología) y equipamiento necesario.
Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	Número de personas afiliadas al SIS con diagnóstico de Baja Visión que están en tratamiento.	Reportes estadísticos y registro de informes de las regiones - ESNSOPC	Contando con médico oftalmólogo clínico quirúrgico capacitado, equipo multidisciplinario (TMO—Lic. Enfermería-Lic. Psicología) y equipamiento necesario.

SALUD BUCAL

Tabla N° 18

Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
<i>Mejorar la Salud Bucal de la población peruana.</i>	<i>PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 11 AÑOS QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD</i>	<i>SISTEMA INFORMÁTICO HIS MINSA</i>	<i>Falta de logro de resultados específicos de otros sectores (saneamiento urbano y rural, logros de aprendizaje, entre otros).</i>
<i>Reducción de la morbilidad y discapacidad por enfermedades de la cavidad oral en la población peruana.</i>	<p><i>Porcentaje de niñas y niños de 1 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de higiene bucal</i></p> <p><i>Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico en los últimos 6 meses</i></p> <p><i>Porcentaje de adultos de 60 años a más atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses</i></p> <p><i>Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.</i></p>	<i>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES</i>	<p><i>Limitaciones de un sistema único de información</i></p> <p><i>Falta de recursos</i></p>

3000680. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA	PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 11 AÑOS CON ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	SISTEMA INFORMÁTICO HIS MINSA	Modelos operacionales incompleto en su desarrollo
3000681. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA	PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA		Limitaciones de un sistema único de información
3000682. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA	PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES REHABILITADOS CON PRÓTESIS DENTALES REMOVIBLES		Coberturas inadecuadas en la entrega de los productos
5006275. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA	Número de personas atendidas con procedimientos estomatológicos preventivos	SISTEMA INFORMÁTICO HIS MINSA	Poco desarrollo o limitado desarrollo de flujos de procesos
5006276. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA BÁSICA	Número de personas tratadas con procedimientos estomatológicos recuperativos		Pocos Recursos humanos especializados
5000106. ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA BÁSICA	Número de personas con procedimientos estomatológicos especializados		

DAÑOS NO TRASMISIBLES

Tabla N° 18

Matriz Lógica del Programa Presupuestal

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado Final			
Reducir la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad, renal y dislipidemias	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES	El abordaje de las ENT es multifactorial vinculado a las determinantes

	<p>a medición efectuada al momento de la encuesta</p> <p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud</p>		<p>estructurales de las inequidades, la no articulación de políticas intersectoriales específicas sobre las posiciones socioeconómicas, limita su abordaje así como las prácticas y estilos de vida de las personas debido influenciada por la industria de tabaco, alcohol, alimentos ultra procesados y bebidas azucaradas.</p>
Resultado Específico			
<p>Disminución de la morbilidad enfermedades cardiovasculares, metabólicas complicaciones</p> <p>por y</p>	<p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico</p> <p>Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico</p>	<p>Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES</p>	<p>Considerando las condiciones a continuación descritas.</p>
Productos			
<p>Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles</p>	<p>Porcentajes de personas de 5 años a más años de edad tamizadasde la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida</p> <p>Porcentaje de personas 5 años a más años de edad con sobrepeso y obesidad identificados de la población que acude al establecimiento de salud según etapa de vida</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNPCDNT</p>	<p>Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación.</p>

Tratamiento y control de personas con diabetes	<p>Porcentaje de personas con diabetes que reciben tratamiento.</p> <p>Porcentaje de personas de 15 y más años de edad con diagnóstico de diabetes que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNPCDNT</p>	<p>Estrés laboral, acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, seguridad alimentaria.</p>
Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	<p>Porcentaje de personas hipertensión que reciben tratamiento.</p> <p>Porcentaje de personas de 15 y más años de edad con diagnóstico de hipertensión que recibieron tratamiento en los últimos 12 meses</p>	<p>Sistema de Información HIS, Informe de ESNPCDNT</p>	<p>Estrés laboral, acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, migración y aculturación, seguridad alimentaria.</p>

METALES PESADOS**Tabla N° 18****Matriz Lógica del Programa Presupuestal**

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado Final			
Reducir la mortalidad por intoxicación con metales pesados.	Mortalidad por intoxicación con metales pesados.	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC	Exposición aguda de las personas a metales pesados, por fuentes antropogénicas (actividades productivas y extractivas, formales e informales) y por fuentes naturales (agua, suelo y aire).
Resultado Específico			
Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados.	Incidencia de intoxicación por metales pesados.	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – CDC	Exposición aguda y crónica de las personas a metales pesados, por fuentes antropogénicas

			(actividades productivas y extractivas, formales e informales) y naturales (agua, suelo y aire).
Productos			
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	Porcentaje de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.	Sistema de Información Salud – HIS.	Acceso geográfico de la población al establecimiento de salud, epidemias, brotes y desastres naturales o antrópicos.

3.10 INCLUSIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL PP

Tabla N° 19.

Tipología de Proyectos

Nombre de la tipología del PIP	Naturaleza de la intervención vinculada a la tipología	Servicio vinculado a la tipología	Indicador de desempeño (de resultado específico o de producto)	Componentes de la tipología PIP	Indicador de avance físico del componente	Consignar criterios específicos (si existieran) de formulación y evaluación establecidos en el marco del SNIP
Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios de Oftalmología en los diferentes	Creación, ampliación o mejoramiento	Servicio de Oftalmología de los Establecimientos de Salud	% de atenciones	1.1 Infraestructura de los ambientes de Oftalmología.	% de infraestructura construida para el servicio de Oftalmología.	• Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 101- MINS/DGSP-V.01 "Norma Técnica de

niveles de atención de los Establecimientos de Salud			por patología ocular priorizadas en Salud Pública según Plan de la ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.	1.2 Adquisición de equipamiento biomédico para la realización del tamizaje - diagnóstico - tratamiento y rehabilitación de patologías oculares priorizadas en Salud Pública según Plan de la ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.	% de equipamiento biomédico adquirido para el servicio de Oftalmología.	Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia” • Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”. • Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”. • Resolución Ministerial N° 907-2014/MINSA, que aprobó el Documento Técnico, Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014 - 2020.
				1.3 Incorporación de Especialistas y/o consultor para el desarrollo de intervenciones sanitarias priorizadas en salud ocular	N° de Especialistas y/o consultor incorporado	

				<p>1.4 Capacitación en el manejo de equipos y mantenimiento al personal de salud y del área de mantenimiento de los Establecimientos de Salud.</p>	<p>% de capacitaciones realizadas al personal de salud y del área de mantenimiento realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 101- MINS/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia" • Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención". • Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención". • Resolución Ministerial N° 907-2014/MINSA, que aprobó el Documento Técnico, Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014 - 2020.
				<p>1.5 Fortalecimiento de competencias en el cuidado integral de la Salud Ocular a personal de salud.</p>	<p>% de capacitaciones realizadas al personal de salud sobre el cuidado integral de salud ocular realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> .-Resolución Ministerial N° 228-2017, que aprobó la Guía Técnica para la detección y corrección oportuna de problemas visuales en la niña y el niño menor de cinco años. .-Resolución Ministerial N° 043-2016/MINSA, que aprobó la Guía de

					<p>% de intervenciones sanitarias de salud colectiva en salud ocular realizadas por personal de salud capacitado a favor de la población.</p>	<p>Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y manejo de las Enfermedades Externas del párpado y conjuntiva en el primer nivel de atención. .-Módulo de Promoción de Salud Ocular en Instituciones Educativas 2016. .-Resolución Ministerial N° 648-2014/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de errores refractivos en niñas y niños mayores de 3 años y adolescentes. .-Resolución Ministerial N° 907-2014/MINSA, que aprobó el Documento Técnico, Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2014 - 2020. .-Resolución Ministerial N° 707-2010, que aprobó la Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro .-Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA, que aprobó la Guía técnica: Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad. .-Resolución Ministerial N° 537-2009/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Catarata.</p>
				<p>1.6 Desarrollo de intervenciones sanitarias de salud colectiva e individual de patologías oculares priorizadas que generan discapacidad visual y ceguera evitable.</p>	<p>% de intervenciones sanitarias de salud individual realizadas por personal de salud capacitado.</p>	

Nombre de la tipología del PIP	Naturaleza de la intervención vinculada a la tipología	Servicio vinculado a la tipología	Indicador de desempeño (de resultado específico o de producto)	Componentes de la tipología PIP	Indicador de avance físico del componente	Consignar criterios específicos (si existieran) de formulación y evaluación establecidos en el marco del SNIP
Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios en el área de Enfermedades No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes y Obesidad)	Creación, ampliación o mejoramiento	Servicio de áreas vinculadas a la atención primaria de salud (Enfermedades No Transmisibles)	% de atenciones por patología ocular prioritizadas en Salud Pública según Plan de la ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.	1.1 Infraestructura de los ambientes de Enfermedades No Transmisibles.	% de infraestructura construida para el servicio de Enfermedades No Transmisibles.	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención". Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
				1.2 Adquisición de equipamiento biomédico para la realización del tamizaje diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de patologías derivadas de Enfermedades No Transmisibles prioritizadas en Salud Pública.	% de equipamiento biomédico adquirido para los servicios vinculados a Enfermedades No Transmisibles.	
				1.3 Incorporación de Especialistas y/o consultor para el desarrollo de intervenciones sanitarias prioritizadas en enfermedades no transmisibles	N° de Especialistas y/o consultor incorporado	
				1.4 Capacitación en el manejo de equipos y mantenimiento al personal de salud y del área de mantenimiento de los Establecimientos de Salud.	% de capacitaciones realizadas al personal de salud y del área de mantenimiento realizadas	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".

						<p>• Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".</p>
				1.5 Fortalecimiento de competencias en la prevención de enfermedades no transmisibles a personal de salud.	% de capacitaciones realizadas al personal de salud sobre el cuidado integral realizadas	<p>.- Resolución Ministerial N° 411-2014 que aprueba el Documento Técnico "Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de la Salud"</p>
				1.6 Promoción y sensibilización para la implementación de estrategias para una adecuada gestión nutricional	% de agentes comunitarios capacitados en sobre prevención en ENT	<p>.-Resolución Ministerial N° 229-2016 que aprueba los Lineamientos de Políticas Y Estrategias para la Prevención y Control De Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016- 2020</p> <p>.- Resolución Ministerial N° 719-2015 que aprueba la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.</p>
					% de docentes capacitados sobre prevención de ENT	
				1.7 Desarrollo de intervenciones sanitarias de salud colectiva e individual de patologías derivadas de enfermedades no transmisibles.	% de intervenciones sanitarias de salud colectiva en prevención de Enfermedades No Transmisibles realizadas por personal de salud	<p>.- Resolución Ministerial N° 411-2014 que aprueba el Documento Técnico "Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de la Salud"</p>

					capacitado a favor de la población.	.-Resolución Ministerial N° 229-2016 que aprueba los Lineamientos de Políticas Y Estrategias para la Prevención y Control De Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016- 2020
					% de intervenciones sanitarias de salud individual realizadas por personal de salud capacitado.	.- Resolución Ministerial N° 719-2015 que aprueba la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Nombre de la tipología del PIP	Naturaleza de la intervención vinculada a la tipología	Servicio vinculado a la tipología	Indicador de desempeño (de resultado específico o de producto)	Componentes de la tipología PIP	Indicador de avance físico del componente	Consignar criterios específicos (si existieran) de formulación y evaluación establecidos en el marco del SNIP
Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios en el área de Enfermedades No	Creación, ampliación o mejoramiento	Servicio de áreas vinculadas a la atención primaria de salud	% de atenciones por patología ocular	1.1 Infraestructura de los ambientes de Enfermedades No Transmisibles.	% de infraestructura construida para el servicio de Enfermedades No Transmisibles.	• Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los

Transmisibles (Hipertensión, Diabetes y Obesidad)		(Enfermedades No Transmisibles)	priorizadas en Salud Pública según Plan de la ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera.	1.2 Adquisición de equipamiento biomédico para la realización del tamizaje diagnóstico y tratamiento y rehabilitación de patologías derivadas de Enfermedades No Transmisibles prioritizadas en Salud Pública.	% de equipamiento biomédico adquirido para los servicios vinculados a Enfermedades No Transmisibles.	Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”. • Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”.
				1.3 Incorporación de Especialistas y/o consultor para el desarrollo de intervenciones sanitarias prioritizadas en enfermedades no transmisibles	N° de Especialistas y/o consultor incorporado	
				1.4 Capacitación en el manejo de equipos y mantenimiento al personal de salud y del área de mantenimiento de los Establecimientos de Salud.	% de capacitaciones realizadas al personal de salud y del área de mantenimiento realizadas	• Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención”. • Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 119-MINSA/DIGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”.

				1.5 Fortalecimiento de competencias en la prevención de enfermedades no transmisibles a personal de salud.	% de capacitaciones realizadas al personal de salud sobre el cuidado integral realizadas	- Resolución Ministerial N° 411-2014 que aprueba el Documento Técnico "Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de la Salud"
				1.6 Promoción y sensibilización para la implementación de estrategias para una adecuada gestión nutricional	% de agentes comunitarios capacitados en sobre prevención en ENT	.-Resolución Ministerial N° 229-2016 que aprueba los Lineamientos de Políticas Y Estrategias para la Prevención y Control De Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016- 2020
					% de docentes capacitados sobre prevención de ENT	
				1.7 Desarrollo de intervenciones sanitarias de salud colectiva e individual de patologías derivadas de enfermedades no transmisibles.	% de intervenciones sanitarias de salud colectiva en prevención de Enfermedades No Transmisibles realizadas por personal de salud capacitado a favor de la población.	.- Resolución Ministerial N° 411-2014 que aprueba el Documento Técnico "Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de la Salud"
					% de intervenciones sanitarias de salud individual realizadas por personal de salud capacitado.	
						- Resolución Ministerial N° 719-2015

						que aprueba la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención.
--	--	--	--	--	--	--

4 EVALUACIÓN

SALUD OCULAR

Tabla N° 20.

Evaluación del PP

criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente	X	
i. Evaluación de diseño	X	
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):		
ii. Evaluación de procesos		
iii. Evaluación de impacto		
iv. Otro tipo de evaluación	X	
Explique: Evaluación de Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal según Directiva vigente por el MEF – DCG. Asimismo la Evaluación Interna del Ministerio de Salud – ESN Salud Ocular como Responsable Técnicos de los Productos relacionados a su materia. (Avances en Metas Físicas e Indicadores).		
Indique:		
Año de término	2017	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	Ministerio de Economía y Finanzas	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR	X	
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño	X	

En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 23 (mencione los compromisos a diciembre de 2017).

SALUD BUCAL

Tabla N° 20.

Evaluación del PP

Criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente	X	
i. Evaluación de diseño	X	
Indique la metodología de dicha intervención:		
ii. Evaluación de procesos		
iii. Evaluación de impacto		
iv. Otro tipo de evaluación	X	
Explique: Evaluación de Contenidos Mínimos de un Programa Presupuestal según Directiva vigente por el MEF – DCG. Asimismo la Evaluación Interna del Ministerio de Salud – Dirección de Salud Bucal como Responsable Técnico de los Productos relacionados a su materia. (Avances en Metas Físicas e Indicadores).		
Indique:		
Año de término	2019	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	Ministerio de Economía y Finanzas	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR	X	
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño		X

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente		X
i. Evaluación de diseño		X
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):		

ii. Evaluación de procesos		X
iii. Evaluación de impacto		X
iv. Otro tipo de evaluación		X
Explique: No aplica.		
Indique:		
Año de término	No aplica.	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	No aplica.	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR		X
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño		X
En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 23 (mencione los compromisos a diciembre de 2019).		

METALES PESADOS

Tabla N° 20.

Evaluación del PP

Criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente		X
i. Evaluación de diseño		X
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):		
ii. Evaluación de procesos		X
iii. Evaluación de impacto		X
iv. Otro tipo de evaluación		X
Explique: No aplica.		
Indique:		
Año de término	No aplica.	

Persona y/o institución que realizó la evaluación.	No aplica.	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR		X
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño		X
En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 23 (mencione los compromisos a diciembre de 2019).		

SALUD OCULAR

Tabla N° 21.

Compromisos de mejora de desempeño del PP

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento (sí cumplió, cumplimiento parcial y no cumplió)
Aprobación de Definiciones Operacionales del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles, durante el año 2016.	Con RM N° 907-2016-MINSA se aprobó el Documento Técnico “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”. Válido para el 2016 – 2017 en el diario Oficial El Peruano.	Hasta Diciembre 2016	Cumplido. La ESN de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera, cumplió con la entrega de las definiciones operacionales 2016 del PPENT las que forman parte de la RM.
Revisar los indicadores de desempeño y homogenizar las fichas técnicas del INEI con el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles – Salud Ocular	Fichas técnicas estandarizadas de indicadores de desempeño del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles con las fichas técnicas del INEI.	Hasta Diciembre 2018	25%

Adecuar el Anexo 2 a la metodología establecida en la Directiva para Programas Presupuestales 2018.	Actualización del Anexo 2 según la Directiva para Programas Presupuestales 2018.	Hasta Diciembre 2018	25%
Elaborar e implementar el Plan de Articulación Territorial Nacional, Regional y Local 2018, que incluya las metas físicas e indicadores de desempeño revisadas y consensuadas por región. Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica.	Elaborar e implementar el Plan de Articulación Territorial Nacional, Regional y Local 2018, que incluya las metas físicas e indicadores de desempeño revisadas y consensuadas por región. Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica del Programa.	Hasta Diciembre 2018	Cumplido
Elaboración de los Documentos Técnico Normativos necesarios para la implementación del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles - Salud Ocular.	Formular y aprobar los Documentos Técnico Normativos necesarios para la implementación del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles por cada Estrategia y Dirección correspondiente según. Asimismo, su difusión a nivel nacional.	2017-2018	Cumplido (Avance Anual)
Fortalecer el registro de la información HIS como fuente oficial del reporte de avance en las actividades del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles - Salud Ocular	Manual de Registro HIS actualizado por Estrategia. Informe de asistencia técnica para el adecuado registro de información HIS a Diresas. El SIS en coordinación con OGEI presentará trimestralmente la información referente a las intervenciones que se realizan en el PP.	Hasta Diciembre 2018	Cumplido
Actualización y revisión de la estructura de costos del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles - Salud Ocular en el Sistema de Gestión de Productos.	Informe de actualización de la estructura de costos en el sistema de gestión de productos.	2018	Cumplido

SALUD BUCAL

Tabla N° 21

Compromisos de mejora de desempeño del PP

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento (sí cumplió, cumplimiento parcial y no cumplió)
Aprobación de Definiciones Operacionales del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles, durante el año 2016.	Con R.M. N° 907-2016-MINSA se aprobó el Documento Técnico “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”. Válido para el 2016 – 2017 en el diario Oficial El Peruano.	Hasta Diciembre 2016	Cumplido
Revisión y mejora de la estructura funcional programática hasta nivel de subproductos de los productos de atención estomatológica del Programa presupuestal 0018	Sistema de Gestión de Productos año 2021	Enero 2020	Cumplido
Revisión de los indicadores de desempeño y homogenizar las fichas técnicas INEI con el Anexo 2 del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles – Salud Bucal	Fichas técnicas estandarizadas de indicadores de desempeño del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles con las fichas técnicas	Hasta Diciembre 2019	Cumplido
Adecuar el Anexo 2 a la metodología establecida en la Directiva para Programas Presupuestales.	Actualización del Anexo 2 según la Directiva para Programas Presupuestales.	Hasta Diciembre 2019	Cumplido
Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica.	Elaborar e implementar un Plan de Asistencia Técnica del Programa.	Hasta Marzo 2020	Cumplido

Elaboración de los Documentos Técnico Normativos necesarios para la implementación del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles - Salud Bucal	Formular y aprobar los Documentos Técnico Normativos necesarios para la implementación del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles Salud Bucal Asimismo, su difusión a nivel nacional.	2019 - 2020	Cumplido (Avance Anual)
Actualización y revisión de los bienes y servicios del Programa Presupuestal 0018 – Enfermedades No Transmisibles - Salud Bucal en el Sistema de Gestión de Productos.	Actualización de la estructura de costos en el sistema de gestión de productos.	2020	Cumplido

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento (sí cumplió, cumplimiento parcial y no cumplió)
No aplica.	https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/evaluaciones-independientes	No aplica.	No aplica. No se cuenta con una Evaluación Independiente en el marco del PpR a la que se refiere el artículo 81° de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

METALES PESADOS

Tabla N° 21

Compromisos de mejora de desempeño del PP

Compromiso	Medio de verificación	Plazo	Nivel de cumplimiento (sí cumplió, cumplimiento parcial y no cumplió)
------------	-----------------------	-------	---

No aplica.	https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/evaluaciones-independientes	No aplica.	No aplica. No se cuenta con una Evaluación Independiente en el marco del PpR a la que se refiere el artículo 81° de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
------------	---	------------	---

SALUD OCULAR**Tabla N° 22.****Acciones para la generación de evidencias de productos**

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No inicia aún	Sí	No	
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención diagnóstico y tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención diagnóstico y tratamiento y rehabilitación.		X		X		

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada aún	Sí	No	
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención diagnóstico tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención diagnóstico tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención diagnóstico tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 – Enfermedades No Trans	Tratamiento y control de pacientes con Cataratas		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención		X		X		

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada aún	Sí	No	
misibles			diagnóstico - tratamiento y rehabilitación.						
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención - diagnóstico - tratamiento y rehabilitación.			X	X		

SALUD BUCAL

Tabla N° 22.

Acciones para la generación de evidencias de productos

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada	Sí	No	
0018 Enfermedades No Transmisibles	Atención Estomatológica Preventiva		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención - diagnostico - tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 Enfermedades No Transmisibles	Atención Estomatológica Recuperativa		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención - diagnostico - tratamiento y rehabilitación.		X		X		
0018 Enfermedades No Transmisibles	Atención Estomatológica Especializada		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención - diagnostico - tratamiento y rehabilitación.		X		X		

DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada aún	Sí	No	
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención – diagnóstico - tratamiento		X		X		
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención – diagnóstico -		X		X		

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada aún	Sí	No	
			tratamiento y rehabilitación.						
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tratamiento y control de personas con diabetes)		Actualización permanente sobre intervenciones sanitarias costo efectivas en prevención – diagnóstico - tratamiento y rehabilitación.		x	X	X		

A nivel del Ministerio de Salud, en el marco de la Gestión por Resultados, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, al igual que los componentes que conforman el presente Programa Presupuestal solicitan el apoyo en la actualización de evidencias científicas para los diferentes productos y subproductos al Instituto Nacional de Salud – INS por ser el Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico.⁸⁴

⁸⁴ Con Oficio N° 0882-2016-OGPPM-OPEE/MINSA, se solicitó la actualización de evidencias al INS - Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública.

METALES PESADOS

Tabla N° 22.

Acciones para la generación de evidencias de productos

Programa Presupuestal	Producto/ Proyecto/ Intervención	Pregunta de Evaluación	Justificación de la necesidad de la evaluación	Indicadores de resultado	Estado de Implementación del programa/ producto/ proyecto o intervención a evaluar		¿Requiere asistencia técnica para el desarrollo de la evaluación?		Fuentes de información (opcional)
					En curso/ concluida	No iniciada aún	Sí	No	
0018 – Enfermedades No Transmisibles	Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados		No se cuenta con suficiente información a nivel internacional.	Tasa de mortalidad por intoxicación con metales pesados	X		X		

A nivel del Ministerio de Salud, en el marco de la Gestión por Resultados, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, al igual que las Estrategias Sanitarias Nacionales que conforman el presente Programa Presupuestal (ESNSO, DSAUB, ESNDNT, ESNMP) solicitan el apoyo en la actualización de evidencias científicas para los diferentes productos y subproductos al Instituto Nacional de Salud – INS por ser el Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico.⁸⁵

El 2017 y 2018 se ha venido desarrollando reuniones técnicas entre la ESNSOPC – DSABU con la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública del INS. El 2016 se trabajó con la ESNDNT.

⁸⁵ Con Oficio N° 0882-2016-OGPPM-OPEE/MINSA, se solicitó la actualización de evidencias al INS - Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública.

5 PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

5.1 DEFINICIONES

La **programación física** consiste en el ejercicio de proyectar las metas de los indicadores de producción física tanto a nivel de producto como a nivel de las actividades. La programación física está expresada en las unidades de medida de los indicadores de producción física respectivos.

La **programación financiera** depende de la programación física, es la expresión en unidades monetarias del ejercicio de presupuestación de las metas de los indicadores de producción física proyectados.

La **programación multianual** se define como el ejercicio de proyectar multianualmente las metas de los indicadores de producción física, tanto de inversiones, como de producto y de actividades, así como los recursos financieros necesarios para las metas proyectadas.

5.2 CÁLCULOS PREVIOS

5.2.1 Cuantificación de los grupos poblacionales que reciben los productos

➤ **Salud Ocular:**

Tabla N° 23.

Cuantificación de la población priorizada

- **Retinopatía de la Prematuridad**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Priorizada de Recien Nacidos Prematuros - Retinopatía de la Prematuridad								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	2,001	1,989	2,011	2,033	2,055	2,078	2,101	2,124
AMAZONAS	32	32	32	32	33	33	33	34
ANCASH	79	78	79	80	81	82	83	84
APURIMAC	36	36	36	37	37	37	38	38
AREQUIPA	72	72	73	73	74	75	76	77
AYACUCHO	55	55	55	56	56	57	58	58
CAJAMARCA	110	109	111	112	113	114	115	117
CALLAO	88	88	89	90	91	92	93	94
CUSCO	48	48	48	49	50	50	51	51
HUANCAVELICA	66	66	67	67	68	69	70	71
HUANUCO	46	46	47	47	48	48	49	49
ICA	102	101	103	104	105	106	107	108
JUNIN	118	117	118	119	121	122	123	125
LA LIBERTAD	76	75	76	77	78	79	79	80
LAMBAYEQUE	80	80	81	81	82	83	84	85
LIMA	9	9	9	9	9	9	9	10
LORETO	9	9	9	9	10	10	10	10
MADRE DE DIOS	22	22	22	23	23	23	23	24
MOQUEGUA	130	129	131	132	134	135	137	138
PASCO	104	103	104	105	107	108	109	110
PIURA	57	56	57	58	58	59	60	60
PUNO	19	19	20	20	20	20	20	21
SAN MARTIN	14	14	14	14	14	14	15	15
TACNA	31	31	32	32	32	33	33	33
TUMBES	544	540	546	552	558	565	571	577
UCAYALI	53	52	53	54	54	55	55	56

- **Errores Refractivos**

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Priorizada en Niños de 3 a 11 años - Errores Refractivos								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	231,946	234,514	237,123	239,720	242,345	244,999	247,682	250,394
AMAZONAS	3,633	3,673	3,714	3,755	3,796	3,837	3,879	3,922
ANCASH	9,008	9,108	9,209	9,310	9,412	9,515	9,620	9,725
APURIMAC	4,073	4,118	4,164	4,209	4,256	4,302	4,349	4,397
AREQUIPA	8,287	8,379	8,472	8,565	8,658	8,753	8,849	8,946
AYACUCHO	6,149	6,218	6,287	6,356	6,425	6,496	6,567	6,639
CAJAMARCA	13,003	13,147	13,293	13,439	13,586	13,735	13,885	14,037
CALLAO	6,298	6,367	6,438	6,509	6,580	6,652	6,725	6,799
CUSCO	10,319	10,433	10,549	10,665	10,781	10,899	11,019	11,139
HUANCAVELICA	5,063	5,119	5,176	5,233	5,290	5,348	5,406	5,466
HUANUCO	7,547	7,631	7,716	7,800	7,886	7,972	8,059	8,147
ICA	5,627	5,689	5,753	5,816	5,879	5,944	6,009	6,075
JUNIN	11,228	11,352	11,479	11,604	11,731	11,860	11,990	12,121
LA LIBERTAD	13,863	14,016	14,172	14,327	14,484	14,643	14,803	14,965
LAMBAYEQUE	9,201	9,303	9,406	9,509	9,613	9,719	9,825	9,933
LIMA	62,655	63,349	64,054	64,755	65,464	66,181	66,906	67,639
LORETO	9,598	9,704	9,812	9,920	10,028	10,138	10,249	10,361
MADRE DE DIOS	1,048	1,060	1,072	1,083	1,095	1,107	1,119	1,132
MOQUEGUA	1,103	1,115	1,127	1,139	1,152	1,165	1,177	1,190
PASCO	2,608	2,637	2,666	2,695	2,725	2,754	2,785	2,815
PIURA	14,946	15,111	15,279	15,447	15,616	15,787	15,960	16,134
PUNO	11,908	12,040	12,174	12,308	12,442	12,579	12,716	12,856
SAN MARTIN	6,705	6,779	6,855	6,930	7,006	7,082	7,160	7,238
TACNA	2,314	2,339	2,365	2,391	2,418	2,444	2,471	2,498
TUMBES	1,622	1,640	1,658	1,676	1,695	1,713	1,732	1,751
UCAYALI	6,702	4,186	4,233	4,279	4,326	4,374	4,422	4,470

- **Catarata**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Priorizada en Personas de 50 años a más - Catarata								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	53,175	53,764	54,362	54,957	55,559	56,168	56,783	57,404
AMAZONAS	626	633	640	647	654	661	669	676
ANCASH	2,036	2,058	2,081	2,104	2,127	2,150	2,174	2,198
APURIMAC	710	718	726	734	742	750	758	767
AREQUIPA	2,491	2,518	2,546	2,574	2,602	2,631	2,659	2,689
AYACUCHO	960	970	981	992	1,003	1,014	1,025	1,036
CAJAMARCA	2,299	2,324	2,350	2,376	2,402	2,428	2,455	2,481
CALLAO	1,969	1,991	2,013	2,035	2,058	2,080	2,103	2,126
CUSCO	2,258	2,283	2,309	2,334	2,359	2,385	2,411	2,438
HUANCAVELICA	606	613	620	627	634	641	648	655
HUANUCO	1,273	1,287	1,301	1,316	1,330	1,345	1,359	1,374
ICA	1,450	1,466	1,482	1,499	1,515	1,532	1,548	1,565
JUNIN	2,132	2,156	2,180	2,204	2,228	2,252	2,277	2,302
LA LIBERTAD	3,158	3,193	3,229	3,264	3,300	3,336	3,372	3,409
LAMBAYEQUE	2,328	2,354	2,380	2,406	2,433	2,459	2,486	2,514
LIMA	18,631	18,837	19,047	19,255	19,466	19,680	19,895	20,113
LORETO	1,335	1,350	1,365	1,379	1,395	1,410	1,425	1,441
MADRE DE DIOS	162	164	165	167	169	171	173	175
MOQUEGUA	358	362	366	370	374	378	383	387
PASCO	410	414	419	424	428	433	438	442
PIURA	2,973	3,005	3,039	3,072	3,106	3,140	3,174	3,209
PUNO	2,213	2,237	2,262	2,287	2,312	2,337	2,363	2,388
SAN MARTIN	1,177	1,190	1,203	1,216	1,230	1,243	1,257	1,270
TACNA	560	566	572	579	585	591	598	604
TUMBES	345	349	353	356	360	364	368	372
UCAYALI	716	724	732	740	748	756	765	773

- **Retinopatía Diabética**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población de 20 años a más - Retinopatía Diabética								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	83,706	84,633	85,575	86,512	87,459	88,417	89,385	90,364
AMAZONAS	1,113	1,125	1,138	1,150	1,163	1,176	1,189	1,202
ANCASH	3,062	3,096	3,131	3,165	3,200	3,235	3,270	3,306
APURIMAC	1,172	1,185	1,198	1,211	1,225	1,238	1,252	1,265
AREQUIPA	3,680	3,720	3,762	3,803	3,845	3,887	3,929	3,972
AYACUCHO	1,644	1,662	1,681	1,699	1,718	1,737	1,756	1,775
CAJAMARCA	3,949	3,993	4,037	4,081	4,126	4,171	4,217	4,263
CALLAO	2,946	2,979	3,012	3,045	3,078	3,112	3,146	3,180
CUSCO	3,526	3,565	3,605	3,645	3,685	3,725	3,766	3,807
HUANCAVELICA	1,075	1,087	1,099	1,111	1,124	1,136	1,148	1,161
HUANUCO	2,177	2,201	2,226	2,250	2,275	2,300	2,325	2,350
ICA	2,159	2,183	2,207	2,231	2,256	2,280	2,305	2,330
JUNIN	3,395	3,432	3,470	3,508	3,547	3,586	3,625	3,665
LA LIBERTAD	4,946	5,001	5,057	5,112	5,168	5,225	5,282	5,340
LAMBAYEQUE	3,428	3,466	3,504	3,542	3,581	3,620	3,660	3,700
LIMA	27,891	28,199	28,513	28,825	29,141	29,460	29,783	30,109
LORETO	2,500	2,527	2,556	2,584	2,612	2,640	2,669	2,699
MADRE DE DIOS	359	363	367	371	375	379	383	387
MOQUEGUA	538	544	550	556	562	568	574	581
PASCO	756	764	773	781	790	799	807	816
PIURA	4,749	4,802	4,855	4,908	4,962	5,016	5,071	5,127
PUNO	3,544	3,583	3,623	3,662	3,703	3,743	3,784	3,826
SAN MARTIN	2,195	2,219	2,243	2,268	2,293	2,318	2,343	2,369
TACNA	963	974	985	996	1,006	1,017	1,029	1,040
TUMBES	670	677	685	692	700	707	715	723
UCAYALI	1,271	1,285	1,299	1,890	1,328	1,342	1,357	1,372

- **Glaucoma**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Priorizada en Personas de 40 años a más - Glaucoma								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	21,375	21,612	21,852	22,092	22,334	22,578	22,825	23,075
AMAZONAS	269	272	275	278	281	284	287	290
ANCASH	803	812	821	830	839	848	858	867
APURIMAC	283	286	290	293	296	299	302	306
AREQUIPA	983	994	1,005	1,016	1,027	1,038	1,050	1,061
AYACUCHO	389	393	398	402	406	411	415	420
CAJAMARCA	952	963	974	984	995	1,006	1,017	1,028
CALLAO	791	800	808	817	826	836	845	854
CUSCO	899	909	919	929	939	949	960	970
HUANCAVELICA	247	250	253	256	258	261	264	267
HUANUCO	527	533	539	545	551	557	563	569
ICA	573	580	586	593	599	606	612	619
JUNIN	853	863	872	882	891	901	911	921
LA LIBERTAD	1,250	1,264	1,278	1,292	1,306	1,321	1,335	1,350
LAMBAYEQUE	916	927	937	947	958	968	979	989
LIMA	7,339	7,420	7,503	7,585	7,668	7,752	7,837	7,922
LORETO	583	589	596	602	609	616	622	629
MADRE DE DIOS	81	82	83	84	84	85	86	87
MOQUEGUA	148	150	152	153	155	157	158	160
PASCO	178	180	182	183	186	188	190	192
PIURA	1,200	1,213	1,227	1,240	1,254	1,268	1,282	1,296
PUNO	859	868	878	888	897	907	917	927
SAN MARTIN	535	541	547	553	559	565	571	577
TACNA	241	244	246	249	252	254	257	260
TUMBES	154	156	157	159	161	163	164	166
UCAYALI	321	325	329	332	336	340	343	347

▪ **Enfermedades Externas del Ojo**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Total - Enfermedades Externas del Ojo								
Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	691,294	698,947	706,723	714,463	722,288	730,198	738,193	746,277
AMAZONAS	9,514	9,619	9,726	9,833	9,940	10,049	10,159	10,270
ANCASH	25,768	26,053	26,343	26,632	26,923	27,218	27,516	27,817
APURIMAC	10,306	10,420	10,536	10,651	10,768	10,886	11,005	11,125
AREQUIPA	28,563	28,879	29,200	29,520	29,843	30,170	30,500	30,834
AYACUCHO	15,280	15,449	15,621	15,792	15,965	16,140	16,317	16,495
CAJAMARCA	34,474	34,856	35,244	35,630	36,020	36,414	36,813	37,216
CALLAO	22,294	22,541	22,791	23,041	23,293	23,548	23,806	24,067
CUSCO	29,503	29,829	30,161	30,492	30,826	31,163	31,504	31,849
HUANCAVELICA	11,058	11,180	11,305	11,428	11,554	11,680	11,808	11,937
HUANUCO	19,229	19,442	19,659	19,874	20,092	20,312	20,534	20,759
ICA	17,501	17,695	17,891	18,087	18,285	18,486	18,688	18,893
JUNIN	30,198	30,532	30,872	31,210	31,552	31,897	32,247	32,600
LA LIBERTAD	41,155	41,610	42,073	42,534	43,000	43,471	43,947	44,428
LAMBAYEQUE	28,125	28,437	28,753	29,068	29,386	29,708	30,033	30,362
LIMA	216,427	218,823	221,257	223,680	226,130	228,606	231,110	233,640
LORETO	23,096	23,351	23,611	23,870	24,131	24,396	24,663	24,933
MADRE DE DIOS	2,969	3,002	3,035	3,068	3,102	3,136	3,170	3,205
MOQUEGUA	4,009	4,053	4,099	4,143	4,189	4,235	4,281	4,328
PASCO	6,801	6,876	6,953	7,029	7,106	7,184	7,262	7,342
PIURA	41,163	41,618	42,081	42,542	43,008	43,479	43,955	44,437
PUNO	31,523	31,872	32,227	32,580	32,937	33,297	33,662	34,031
SAN MARTIN	18,557	18,762	18,971	19,179	19,389	19,601	19,816	20,033
TACNA	7,560	7,644	7,729	7,813	7,899	7,985	8,073	8,161
TUMBES	5,251	5,309	5,368	5,427	5,486	5,546	5,607	5,668
UCAYALI	10,972	11,094	11,217	11,340	11,464	11,590	11,717	11,845

- **Baja Visión**

Salud Ocular : Cuantificación de la Población Total - Baja Visión								
REGIÓN	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PERU	421,734	426,403	431,147	435,869	440,642	445,468	450,346	455,277
AMAZONAS	4,966	5,021	5,077	5,133	5,189	5,246	5,303	5,361
ANCASH	16,147	16,325	16,507	16,688	16,870	17,055	17,242	17,431
APURIMAC	5,632	5,695	5,758	5,822	5,885	5,949	6,014	6,080
AREQUIPA	19,752	19,971	20,193	20,414	20,638	20,864	21,092	21,323
AYACUCHO	7,611	7,696	7,781	7,866	7,953	8,040	8,128	8,217
CAJAMARCA	18,230	18,432	18,637	18,841	19,047	19,256	19,467	19,680
CALLAO	15,619	15,792	15,968	16,143	16,320	16,498	16,679	16,862
CUSCO	17,910	18,108	18,309	18,510	18,713	18,918	19,125	19,334
HUANCAVELICA	4,810	4,863	4,917	4,971	5,026	5,081	5,136	5,192
HUANUCO	10,095	10,207	10,321	10,434	10,548	10,664	10,780	10,898
ICA	11,500	11,627	11,757	11,885	12,016	12,147	12,280	12,415
JUNIN	16,912	17,099	17,289	17,479	17,670	17,863	18,059	18,257
LA LIBERTAD	25,047	25,325	25,606	25,887	26,170	26,457	26,747	27,039
LAMBAYEQUE	18,467	18,671	18,879	19,086	19,295	19,506	19,719	19,935
LIMA	147,764	149,399	151,061	152,715	154,388	156,079	157,788	159,516
LORETO	10,586	10,703	10,822	10,941	11,061	11,182	11,304	11,428
MADRE DE DIOS	1,283	1,297	1,312	1,326	1,340	1,355	1,370	1,385
MOQUEGUA	2,842	2,873	2,905	2,937	2,969	3,002	3,034	3,068
PASCO	3,250	3,286	3,323	3,359	3,396	3,433	3,471	3,508
PIURA	23,575	23,836	24,102	24,366	24,632	24,902	25,175	25,451
PUNO	17,548	17,742	17,939	18,136	18,334	18,535	18,738	18,943
SAN MARTIN	9,333	9,437	9,542	9,646	9,752	9,859	9,967	10,076
TACNA	4,440	4,489	4,539	4,589	4,639	4,690	4,741	4,793
TUMBES	2,735	2,766	2,796	2,827	2,858	2,889	2,921	2,953
UCAYALI	5,679	5,742	5,806	5,869	5,934	5,999	6,064	6,131

Metales Pesados:**Tabla N° 23.****Cuantificación de la población priorizada**

METALES PESADOS: CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN PRIORIZADA EN GESTANTES Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS						
REGIÓN	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PERÚ	71967	76561	81448	86335	91514	97005
AMAZONAS	3107	3305	3516	3727	3951	4188
ANCASH	4656	4953	5269	5585	5920	6275
APURIMAC	2042	2172	2311	2450	2597	2754
AREQUIPA	3396	3613	3844	4075	4320	4579
AYACUCHO	4084	4345	4622	4899	5192	5504
CAJAMARCA	4823	5131	5459	5787	6134	6502
CALLAO	2824	3004	3196	3388	3591	3806
CUSCO	1557	1656	1762	1868	1980	2099
HUANCAVELICA	4882	5194	5526	5857	6208	6580
HUANUCO	724	770	819	868	920	975
ICA	448	477	507	537	568	602
JUNIN	668	712	757	802	850	901
LA LIBERTAD	3513	3737	3975	4214	4467	4735
LAMBAYEQUE	469	499	531	563	597	633
LIMA	3195	3399	3616	3833	4063	4307
LORETO	12831	13650	14521	15392	16315	17294
MADRE DE DIOS	1052	1119	1190	1261	1337	1417
MOQUEGUA	132	140	149	158	167	177
PASCO	1709	1818	1934	2050	2173	2303
PIURA	1113	1184	1260	1336	1416	1501
PUNO	13000	13830	14713	15596	16532	17524
SAN MARTIN	36	38	40	42	45	48
TACNA	265	282	300	318	337	357
TUMBES	1176	1251	1331	1411	1497	1587
UCAYALI	265	282	300	318	337	357

5.2.2 Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP

Salud Ocular

Tabla N° 24.

Seguimiento del desempeño

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Valores históricos				Metas proyectadas			
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Resultado Específico									
Disminuir la Discapacidad visual y ceguera	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver.	19.9	18	20.7	21.3	21.9	22.5	23.1	23.1
Producto									
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	Porcentaje de recién nacidos prematuros con tratamiento y control de Retinopatía de la Prematuridad.	16.9	39.9	15.6	13.2	13.9	14.6	15.3	16.1
Tratamiento y control de niños con errores refractivos	Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado.	18.5	19.1	20.0	23.20	24.36	25.58	26.86	28.20

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Tratamiento y control de niños con errores refractivos	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes en forma permanente	67.3	67.3	74.2	68.1	68.1	71.6	74.1	76.6
Tratamiento y control de personas con cataratas.	Porcentaje de personas de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata.	31.5	36.2	41.6	43.69	45.88	48.17	50.58	53.11
Tratamiento y control de persona con Glaucoma	Porcentaje de personas de 40 años a más con diagnóstico de glaucoma que reciben tratamiento.			10	11.0	12.1	13.3	14.6	16.1
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	Porcentaje de personas con Diagnóstico de retinopatía diabética que reciben tratamiento.				45	49.5	54.5	59.9	65.9
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo que reciben tratamiento.				69.2	72.7	76.3	80.1	84.1
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Porcentaje de personas con diagnóstico en Baja Visión que reciben tratamiento.						5	8	12

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Tamizaje diagnóstico y de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad	Porcentaje de recién nacidos prematuros que presentan factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad	29.1	34.2	39.4	41.4	43.5	45.6	47.9	50.3
Tamizaje diagnóstico y de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad	Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad.	17.8	8.9	12.7	21.9	20.8	19.8	18.8	17.8
Tamizaje diagnóstico y de errores refractivos en niños.	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual efectuada por personal de salud en los últimos 12 meses.	20.1	19.7	17.6	16.8	16.8	17.8	18.3	18.8
Tamizaje diagnóstico y de errores refractivos en niños.	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud.	5.5	7.9	7.3	8	8	8	8	8
Tamizaje diagnóstico y de personas con cataratas.	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud.	25.6	29.7	29.2	28.8	28.8	31.3	33.8	36.3
Tamizaje diagnóstico y de personas con cataratas.	Porcentaje de personas de 50 años o más que han recibido un diagnóstico de cataratas.	13.7	15.4	15.7	16.7	17	18	18	20

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Tamizaje diagnóstico y de personas con Glaucoma	Porcentaje de personas de 40 años a más con factores de riesgo que son tamizadas por personal de salud para la detección de glaucoma.	85.21	69	78.2	80.0	80.4	80.8	81.2	81.6
Tamizaje diagnóstico y de personas con Glaucoma	Porcentaje de personas de 40 años a más con diagnóstico de Glaucoma.			10	10.5	11.0	11.6	12.2	12.8
Detección diagnóstico y control de personas con retinopatía diabética	Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que son tamizadas por personal de salud para la detección de retinopatía.				53	55.7	58.4	61.4	64.4
Detección diagnóstico y control de personas con retinopatía diabética	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus que son diagnosticadas con Retinopatía Diabética.				32.45	34.1	35.8	37.6	39.4
Detección diagnóstico y control de personas con enfermedades externas del ojo	Porcentaje de personas que son detectadas con enfermedades externas del ojo por personal de salud				75	75.8	76.5	77.3	78.0

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	Porcentaje de personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.				65	65.7	66.3	67.0	67.6
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	Porcentaje de personas con diagnóstico en Baja Visión.						10	15	20

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Valores históricos			Metas ENDES			
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Resultado Específico								
Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso u obesidad de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta	52	52.7	53.4	53.6	28.95	30	30.1
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta	16.6	16.6	16.0	12.6	13.6.	14.8	14.1

Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un médico	12.2	12.2	12.5	13.0	8.7	9.5	10.2
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un médico	2.8	3.3	4	2.9	3.3	3.6	3.9
Promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en niños de 12 años (CPOD)	3.67	3.57	3.47	3.37			
Proporción de menores de 12 años con valores de plomo mayor a 10µg/dl en sangre	S.D	S.D	S.D	S.D			

Metales Pesados

Tabla 24.

Seguimiento del desempeño

Nivel de objetivo	Nombre del indicador	Valores históricos		Metas proyectadas			
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Resultado Específico							

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Disminuir la morbilidad por intoxicación con metales pesados	Incidencia de intoxicación por metales pesados.			-	-	-	-
Producto							
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	Porcentaje de Gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que reciben evaluación integral de salud en los EE.SS. del primer nivel de atención.	24.71	24.77	30.00	32.00	34.00	36.00

5.2.3 Cálculo de la meta del producto

Los cálculos de la Meta Física de los Productos están descritos en los criterios de programación y definiciones operacionales del Programa Presupuestal 0018 Enfermedades No Transmisibles, disponibles y publicados en la página oficial del Ministerio de Salud: <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/index.asp#requisitos> (Ver: Programación Multianual / Criterios de programación).

5.2.4 Cálculo de la meta de actividad

Los cálculos de la Meta Física de las Actividades están descritos en los criterios de programación y definiciones operacionales del Programa Presupuestal 0018 Enfermedades No Transmisibles, disponibles y publicados en la página oficial del Ministerio de Salud: <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/index.asp#requisitos> (Ver: Programación Multianual / Criterios de programación).

5.3 PROGRAMACIÓN DEL REQUERIMIENTO DE INVERSIONES

5.3.1 Brecha de inversiones

NO APLICA PARA EL PRESENTE PROGRAMA PRESUPUESTAL.

5.3.2 Programación de los proyectos de inversión

NO APLICA PARA EL PRESENTE PROGRAMA PRESUPUESTAL.

5.4 PROGRAMACIÓN DE PRODUCCIÓN ANUAL

❖ Salud Ocular

Tabla N° 25.

Clasificación de Proyectos

Estado	Nombre de tipología del PIP	Código unificado del PIP	Nombre del PIP	UF	UE	Fecha de viabilidad	Monto de inversión (1)	Monto de Inversión Ejecutado Acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente (2)	PIM ejercicio fiscal vigente (3)	Saldo (4) = (1)-(2)-(3)	Fecha de Inicio de Ejecución de la Obra (mm/aaa)	Fecha de Término de Ejecución de la Obra (mm/aaa)
Proyectos Viables en ejecución												
Proyectos Viables sin ejecución financiera acumulada al 2015 y/o PIM en el 2016												
Proyectos en Formulación en el SNIP	Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios de Oftalmología en los diferentes	36339	Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva en el área de ecografía, tomografía y Biometría para	Instituto Nacional de Oftalmología - INO	Instituto Nacional de Oftalmología - INO		1,100,000.00					

Estado	Nombre de tipología del PIP	Código unificado del PIP	Nombre del PIP	UF	UE	Fecha de viabilidad	Monto de inversión (1)	Monto de Inversión Ejecutado Acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente (2)	PIM ejercicio fiscal vigente (3)	Saldo (4) = (1)-(2)-(3)	Fecha de Inicio de Ejecución de la Obra (mm/aaa)	Fecha de Término de Ejecución de la Obra (mm/aaa)
	niveles de atención de los Establecimientos de Salud		el diagnóstico por imágenes en el Instituto Nacional de Oftalmología, Distrito, Provincia y Departamento de Lima									

Daños No Transmisibles

Tabla N° 25.

Clasificación de Proyectos

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Estado	Nombre de tipología del PIP	Código unificado del PIP	Nombre del PIP	UF	UE	Fecha de viabilidad	Monto de inversión (1)	Monto de Inversión Ejecutado Acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente (2)	PIM ejercicio fiscal vigente (3)	Saldo (4) = (1)-(2)-(3)	Fecha de Inicio de Ejecución de la Obra (mm/aaa)	Fecha de Término de Ejecución de la Obra (mm/aaa)
Proyectos Viables en ejecución												
Proyectos Viables sin ejecución financiera acumulada al 2015 y/o PIM en el 2016												
Proyectos en Formulación en el SNIP	Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios de Oftalmología en los diferentes niveles de atención de los Establecimientos de Salud	253910	Mejoramiento de los servicios en el área de enfermedades no transmisibles (Salud Mental, Salud Ocular, Hipertensión, Diabetes y Obesidad) en la Micro Tred de Salud de Kiteni, distrito de	Gerencia de Desarrollo Social y Servicios Municipales de la Municipalidad	Municipalidad Distrital de Echarate	05/09/2013	3,043,531.00					

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Estado	Nombre de tipología del PIP	Código unificado del PIP	Nombre del PIP	UF	UE	Fecha de viabilidad	Monto de inversión (1)	Monto de Inversión Ejecutado Acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente (2)	PIM ejercicio fiscal vigente (3)	Saldo (4) = (1)-(2)-(3)	Fecha de Inicio de Ejecución de la Obra (mm/aaa)	Fecha de Término de Ejecución de la Obra (mm/aaa)
			Echarate-La Convención-Cusco	ad								

Nota: En este programa presupuestal no se han formulado tipologías de proyectos; sólo los gobiernos locales han formulado pero aún no han logrado ejecutar dichas inversiones

Salud Ocular

Tabla N° 26.

Requerimiento de Inversiones

	Tipología de proyectos	Nombre del Proyecto	Código unificado del PIP	UF	UE	Fecha de Viabilidad	Monto de Inversión (1)	Monto Ejecutado Acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente (2)	PIM ejercicio fiscal vigente (3)	Saldo (4) = (1)-(2)-(3)	Fecha de Inicio de Ejecución de la Obra (mm/aaaa)	Año t-0	Año t+1	Año t+2
Proyectos Viables en ejecución	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Proyectos Viables sin ejecución financiera acumulada al 2015 y/o PIM en el 2016	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Proyectos en Formulación en el SNIP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Daños No Transmisibles

Tabla N° 26.

Requerimiento de Inversiones

	Tipología de Proyectos	Nombre del Proyecto	Código Unificado del PIP (*)	UF	UE	Fecha de viabilidad (2009 en adelante, si no es viable señalar situación en el SNIP)	Monto de Inversión ----- (1)/a	Monto ejecutado acumulado al año previo al ejercicio fiscal vigente ----- (2)	PIM ejercicio fiscal vigente ----- (3)	Saldo ----- (4)=(1)-(2)-(3)	Año t-0 (**)	Año t+1 (**)	Año t+2 (**)
Proyectos Viables en ejecución													
Proyectos Viables sin ejecución Financiera acumulada o PIM en el 2016	Creación, ampliación o mejoramiento de los Servicios en el área de Enfermedades No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes y Obesidad)	253910	Mejoramiento de los servicios e en el área de enfermedades no transmisible(Salud Menmtal, Salud Ocular, Hipertensión, Diabetes y Obesidad) en la Micro Tred de Salud de Kiteni, distrito de Echarate-La Convención-Cusco	Gerencia de Desarrollo Social y Servicios Municipales de la Municipalidad Distrital de Echarate-La Convención -Cusco	Municipalidad Distrital de Echarate	05/09/2013	3,043,531.00						
Proyectos en formulación en el SNIP													

NOTA: En este programa presupuestal no se han formulado tipologías de proyectos; sólo los gobiernos locales han formulado pero aún no han logrado ejecutar dichas inversiones

PROGRAMACIÓN DE PRODUCCIÓN ANUAL

Salud Ocular

Tabla N° 27.

Programación anual – meta física y financiera de productos

Producto / Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida)	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		Persona Tamizada	5,376	2,734,023
1	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	Persona tamizada	5376	
2	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	Persona Evaluada	5376	
3	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención	Persona Diagnosticada	183	
4	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención	Persona Informada	183	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

5	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención	Persona Referida	183	
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		Persona Tratada	183	788,190
6	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con laser	Persona tratada	110	
7	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con antiangiogénicos	Persona tratada	46	
8	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser más antiangiogénicos	Persona tratada	18	
9	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.	Persona tratada	9	
10	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.	Persona Controlada	183	
11	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo secundario a Retinopatía del Prematuro.	Persona Atendida	146	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

12	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Nistagmus secundario a Retinopatía del Prematuro.	Persona Atendida	18	
13	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Estrabismo secundario a Retinopatía del prematuro	Persona Atendida	18	
14	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Glaucoma secundario a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	18	
15	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Catarata secundaria a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	18	
16	Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	55	
17	Diagnóstico, tratamiento quirúrgico y control especializado para recién nacido con retinopatía de la prematuridad mediante oferta móvil.	Persona tratada	91	
Tamizaje y diagnóstico de Errores Refractivos en niños.		Persona Tamizada	700,000	13,047,105
18	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.	Persona tamizada	700,000	
19	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.	Persona Evaluada	70,000	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

20	Referencia de niños con Errores Refractivos.	Persona Referida	56,000	
21	Diagnóstico de Errores Refractivos.	Persona Diagnosticada	44,800	
22	Diagnóstico de Ambliopía	Persona Diagnosticada	4,480	
Tratamiento y control de niños con Errores Refractivos		Persona Tratada	44,800	5,542,503
23	Tratamiento de Errores Refractivos	Persona tratada	44,800	
24	Control de niños con Errores Refractivos	Persona Controlada	44,800	
25	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para niños con Errores Refractivos.	Persona tratada	44,800	
26	Tratamiento de Ambliopía	Persona tratada	4,480	
27	Terapia de Estimulación Visual en Ambliopía	Persona tratada	4,480	
Tamizaje y diagnóstico de personas con Catarata.		Persona Tamizada	350,000	26,376,899
28	Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención	Persona tamizada	350,000	
29	Evaluación y despistaje de catarata	Persona Evaluada	87,500	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

30	Consejería para control y detección oportuna de catarata	Persona Informada	87,500	
31	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención	Persona Referida	70,000	
32	Diagnóstico de ceguera por catarata	Persona Diagnosticada	40,600	
33	Examen de apoyo al diagnóstico en laboratorio	Persona Atendida	40,600	
34	Examen de apoyo al diagnóstico en cardiología	Persona Atendida	40,600	
35	Examen de apoyo al diagnóstico en imágenes	Persona Atendida	40,600	
Tratamiento y control de personas con Catarata		Persona Tratada	40,600	15,857,215
36	Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña	Persona tratada	28,420	
37	Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Facoemulsificación	Persona tratada	12,180	
38	Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata	Persona Controlada	40,600	
39	Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control	Persona Controlada	40,600	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

40	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo	Persona tratada	406	
41	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma	Persona tratada	406	
42	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina	Persona tratada	406	
43	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Úvea	Persona tratada	812	
44	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de la capsula posterior	Persona tratada	2,030	
45	Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para personas con Catarata	Persona tratada	0	
Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma		Persona Tamizada	80,000	1,161,965
46	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	Persona tamizada	80,000	
47	Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	Persona Evaluada	16,000	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

48	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma	Persona Informada	16,000	
49	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención	Persona Referida	16,000	
50	Diagnóstico de Glaucoma	Persona Diagnosticada	2,240	
Tratamiento y control de persona con Glaucoma		Persona Tratada	2,240	755,689
51	Tratamiento de Glaucoma	Persona tratada	2,240	
52	Control de personas con Glaucoma	Persona Controlada	2,240	
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética		Persona Tamizada	12,413	14,952,554
53	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.	Persona tamizada	12,413	
54	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	Persona Evaluada	12,413	
55	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.	Persona Informada	3,724	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

56	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética en el primer nivel de atención.	Persona Referida	3,724	
57	Diagnóstico de Retinopatía Diabética.	Persona Diagnosticada	856	
58	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina	Persona Atendida	856	
59	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina	Persona Atendida	857	
60	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser	Persona tratada	858	
61	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos	Persona tratada	859	
62	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía	Persona tratada	860	
63	Control de personas con Retinopatía Diabética	Persona Controlada	856	
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo		Persona Tamizada	571,570	20,710,420
64	Detección de persona con Enfermedades Externas del Ojo.	Persona tamizada	571,570	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

65	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.	Persona Diagnosticada	285,785	
66	Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo	Persona Diagnosticada	57,157	
67	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.	Persona tratada	285,785	
68	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo.	Persona tratada	57,157	
69	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo	Persona tratada	57,157	
70	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado	Persona tratada	57,157	
71	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea	Persona tratada	57,157	
72	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con trasplante de cornea	Persona tratada	57,157	
73	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo	Persona Controlada	342,942	
diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión		Persona Tratada	10,000	10,000,000
74	Diagnóstico de Baja Visión	Persona Diagnosticada	10,000	

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

75	Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión	Persona Atendida	10,000	
76	Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión	Persona Atendida	10,000	
77	Tratamiento con Ayudas en Baja Visión	Persona tratada	10,000	
78	Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión	Persona tratada	10,000	
79	Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión	Persona tratada	7,000	
80	Capacitación en Interacción con una persona con baja visión	Persona Informada	20,000	
81	Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión	Persona Informada	10,000	
82	Control de personas con Baja Visión	Persona Controlada	10,000	

DAÑOS NO TRANSMISIBLES – CPCDNT

Tabla N° 27

Programación anual – meta física y financiera de productos

Producto / Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida)	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
1	Valoración Clínica y Tamizaje Laboratorial De Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Persona atendida	1'439,813	2,734,023
2	Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	Persona atendida	176,788	75'814,000
3	Tratamiento y control de personas con diabetes	Persona atendida	169,241	592'343,500

Metales Pesados

Tabla N° 27.

Programación anual – meta física y financiera de productos

Producto / Actividad		Unidad de producción física (unidad medida)	de de de	Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados		Persona atendida		81448	13,226,305
1	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados	Persona atendida		81448	

Promoción de la Salud

Tabla N° 27.

Programación anual – meta física y financiera de productos

Producto / Actividad	Unidad de producción física (unidad medida)	de de Meta de producción física (meta física)	Recursos financieros (S/.)
3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	Familia	394,115	S/. 5,366,777
Actividad 1 (5005995): Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles.		394,115	
Subproducto 1 (4398801): Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles		394,115	
Actividad 2 (5005996): Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles		63,752	S/. 687,322
Subproducto 1 (4398802): Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles	Funcionario capacitado	1,773	
Subproducto 2 (4398803): Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal	Docente capacitado	61,979	
Subproducto 3 (4398804): Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos	Organización comunitaria capacitada	4,649	

Programación Multianual

Salud Ocular

Tabla N° 28.

Programación Multianual de metas físicas *de productos*

Producto / Actividad		U.M.	Programación multianual <i>(de la meta física)</i>					
			2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		Persona Tamizada	4,687	4,734	4,781	4,829	4,877	4,926
1	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	Persona tamizada	4687	4,734	4,781	4,829	4,877	4,926
2	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	Persona Evaluada	4687	4,734	4,781	4,829	4,877	4,926

3	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención	Persona Diagnosticada	742	1028	1,038	1,049	1,059	1,070
4	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención	Persona Informada	742	1028	1038	1049	1059	1070
5	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención	Persona Referida	742	1028	1038	1049	1059	1070
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		Persona Tratada	116	136	137	139	140	142
6	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con laser	Persona tratada	70	82	82	83	84	85
7	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con antiangiogénicos	Persona tratada	29	34	34	35	35	35
8	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser más antiangiogénicos	Persona tratada	12	14	14	14	14	14
9	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía	Persona tratada	6	7	7	7	7	7

	posterior Endofotocoagulación.	más						
10	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.	Persona Controlada	116	136	137	139	140	142
11	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo secundario a Retinopatía del Prematuro.	Persona Atendida	93	109	110	111	112	113
12	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Nistagmus secundario a Retinopatía del Prematuro.	Persona Atendida	12	14	14	14	14	14
13	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Estrabismo secundario a Retinopatía del prematuro	Persona Atendida	12	14	14	14	14	14
14	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Glaucoma secundario a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	12	14	14	14	14	14
15	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Catarata secundaria a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	12	14	14	14	14	14
16	Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro	Persona Atendida	35	41	41	42	42	42

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

17	Diagnóstico, tratamiento quirúrgico y control especializado para recién nacido con retinopatía de la prematuridad mediante oferta móvil.	Persona tratada	6	7	8	10	11	11
Tamizaje y diagnóstico de Errores Refractivos en niños.		Persona Tamizada	866,026	897,719	906,696	915,763	924,921	934,170
18	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.	Persona tamizada	866,026	897,719	906,696	915,763	924,921	934,170
19	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.	Persona Evaluada	86,603	89,772	90,670	91,576	92,492	93,417
20	Referencia de niños con Errores Refractivos.	Persona Referida	69,282	71,818	72,536	73,261	73,994	74,734
21	Diagnóstico de Errores Refractivos.	Persona Diagnosticada	30,146	30,950	31,260	31,572	31,888	32,207
22	Diagnóstico de Ambliopía	Persona Diagnosticada				3,157	3,189	3,221
Tratamiento y control de niños con Errores Refractivos		Persona Tratada	6,952	7,195	7,267	7,340	7,413	7,487
23	Tratamiento de Errores Refractivos	Persona tratada	6,952	7,195	7,267	7,340	7,413	7,487
24	Control de niños con Errores Refractivos	Persona Controlada	6,952	7,195	7,267	7,340	7,413	7,487

25	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para niños con Errores Refractivos.	Persona tratada	6,952	7,195	7,267	7,340	7,413	7,487
26	Tratamiento de Ambliopía	Persona tratada				4,480	4,525	4,570
27	Terapia de Estimulación Visual en Ambliopía	Persona tratada				4,480	4,525	4,570
Tamizaje y diagnóstico de personas con Catarata.		Persona Tamizada	350,000	390,025	393,925	397,865	401,843	405,862
28	Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención	Persona tamizada	350,000	390,025	393,925	397,865	401,843	405,862
29	Evaluación y despistaje de catarata	Persona Evaluada	87,500	97,506	98,481	99,466	100,461	101,465
30	Consejería para control y detección oportuna de catarata	Persona Informada	87,500	97,506	98,481	99,466	100,461	101,465
31	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención	Persona Referida	70,000	78,005	78,785	79,573	80,369	81,172
32	Diagnóstico de ceguera por catarata	Persona Diagnosticada	40,600	45,243	45,695	46,152	46,614	47,080
33	Examen de apoyo al diagnóstico en laboratorio	Persona Atendida	40,600	45,243	45,695	46,152	46,614	47,080

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

34	Examen de apoyo al diagnóstico en cardiología	Persona Atendida	40,600	45,243	45,695	46,152	46,614	47,080
35	Examen de apoyo al diagnóstico en imágenes	Persona Atendida	40,600	45,243	45,695	46,152	46,614	47,080
Tratamiento y control de personas con Catarata		Persona Tratada	16,117	16,965	17,135	17,306	17,479	17,654
36	Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña	Persona tratada	11,282	9,762	11,994	12,114	12,235	12,358
37	Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Facoemulsificación	Persona tratada	4,835	7,203	5,140	5,192	5,244	5,296
38	Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata	Persona Controlada	16,117	16,965	17,135	17,306	17,479	17,654
39	Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control	Persona Controlada	16,117	16,965	17,135	17,306	17,479	17,654
40	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo	Persona tratada	161	170	171	173	175	177
41	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma	Persona tratada	161	170	171	173	175	177

42	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina	Persona tratada	161	170	171	173	175	177
43	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Úvea	Persona tratada	322	339	343	346	350	353
44	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de la capsula posterior	Persona tratada	806	848	857	865	874	883
45	Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para personas con Catarata	Persona tratada	500	515	520	525	531	536
Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma			79,843	80,649	81,455	82,270	83,093	83,924
46	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	Persona tamizada	79,843	80,649	81,455	82,270	83,093	83,924
47	Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	Persona Evaluada	27,945	28,227	28,509	28,795	29,082	29,373
48	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma	Persona Informada	27,945	28,227	28,509	28,795	29,082	29,373
49	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención	Persona Referida	27,945	28,227	28,509	28,795	29,082	29,373

50	Diagnóstico de Glaucoma	Persona Diagnosticada	20,959	21,170	21,382	21,596	21,812	22,030
Tratamiento y control de persona con Glaucoma		Persona Tratada	10,641	10748	10,855	10,964	11,074	11,184
51	Tratamiento de Glaucoma	Persona tratada	10,641	10,748	10,855	10,964	11,074	11,184
52	Control de personas con Glaucoma	Persona Controlada	10,641	10,748	10,855	10,964	11,074	11,184
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética		Persona Tamizada			22,793	23,021	23,251	23,483
53	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.	Persona tamizada			22,793	23,021	23,251	23,483
54	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	Persona Evaluada			22,793	23,021	23,251	23,483
55	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.	Persona Informada			9,117	9,208	9,300	9,393
56	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética en el primer nivel de atención.	Persona Referida			9,117	9,208	9,300	9,393
57	Diagnóstico de Retinopatía Diabética.	Persona Diagnosticada			7,294	7,367	7,440	7,515

58	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina	Persona Atendida			7294	7367	7440	7515
59	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina	Persona Atendida			7,294	7,367	7,440	7,515
60	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser	Persona tratada			2,006	2,026	2,046	2,067
61	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos	Persona tratada			1,167	1,179	1,190	1,202
62	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía	Persona tratada			168	169	171	173
63	Control de personas con Retinopatía Diabética	Persona Controlada			3,340	3,374	3,408	3,442
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo		Persona Tamizada			577,286	583,059	588,889	594,778
64	Detección de persona con Enfermedades Externas del Ojo.	Persona tamizada			577,286	583,059	588,889	594,778
65	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.	Persona Diagnosticada			288,643	291,529	294,445	297,389
66	Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo	Persona Diagnosticada			288,643	291,529	294,445	297,389

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

67	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.	Persona tratada			14,432	14,576	14,722	14,869
68	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo.	Persona tratada			14,432	14,576	14,722	14,869
69	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo	Persona tratada			274,211	276,953	279,722	282,520
70	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado	Persona tratada			7,216	7,288	7,361	7,435
71	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea	Persona tratada			4,330	4,373	4,417	4,461
72	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con trasplante de cornea	Persona tratada			2,886	2,915	2,944	2,974
73	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo	Persona Controlada			288,643	291,529	294,445	297,389
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión		Persona Tratada				5,000	5,250	5,513
74	Diagnóstico de Baja Visión	Persona Diagnosticada				5,000	5,250	5,513
75	Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión	Persona Atendida				5,000	5,250	5,513

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

76	Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión	Persona Atendida				5,000	5,250	5,513
77	Tratamiento con Ayudas en Baja Visión	Persona tratada				5,000	5,250	5,513
78	Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión	Persona tratada				5,000	5,250	5,513
79	Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión	Persona tratada				3,000	3,150	3,308
80	Capacitación en Interacción con una persona con baja visión	Persona Informada				10,000	10,500	11,025
81	Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión	Persona Informada				5,000	5,250	5,513
82	Control de personas con Baja Visión	Persona Controlada				5,000	5,250	5,513

Producto / Actividad	U.M.	Programación multianual			
		2013	2014	2015	2016
3000001. acciones comunes	Informe	0	6,186	5,920	6,098
3000006. atención estomatológica preventiva	Persona Atendida	147,853	5,371,101	5,542,976	5,720,351
3000007. atención estomatológica recuperativa	Persona Atendida	14,138	3,580,734	3,598,637	3,616,630

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Producto / Actividad	U.M.	Programación multianual			
		2013	2014	2015	2016
3000008. atención estomatológica especializada	Persona Atendida	1,736	69,843	70,848	71,868
3000015. valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles	Persona Tamizada	12,355	2,067,208	2,014,376	2,121,096
xxxxx tratamiento y control de personas con sobrepeso u obesidad	Persona Tratada	0	0	0	0
3000016. tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	Persona Tratada	4,917	552,532	568,030	598,026
3000017. tratamiento y control de personas con diabetes	Persona Tratada	1,452	363,852	273,752	288,696
3043985. monitoreo, supervisión, evaluación y control de enfermedades no transmisibles	Informe	2,490	0	0	0
3043986. desarrollo de normas y guías técnicas en enfermedades no transmisibles	Informe	1,170	0	0	0
3043987. población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	Personas Informadas	191,773	19,565,122	10,149,866	10,218,720
3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	Familia prácticas con	6,219	774,400	1,244,052	1,296,388
3043989. instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	IIEE promueve	311	33,248	37,090	37,992
3043990. municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	Municipio desarrolla	36	2,192	1,954	2,060
3043997. tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	Persona atendida	1,124	270,426	281,140	294,222

DAÑOS NO TRASMISIBLES – CPCDNT

Tabla N°28

Programación Multianual de metas físicas de productos

Producto / Actividad	U.M.	Programación multianual (de la meta física)			
		2020	2021	2022	2023
Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles	Persona atendida	1'730,548	1'903,603	2'093,963	2'303,359
Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	Persona atendida	194,466.80	213,913.48	235,304.83	258,835.31
Tratamiento y control de personas con diabetes	Persona atendida	186,165.10	204,781.61	225,259.77	247,785.75

Metales Pesados

Tabla N° 28.

Programación Multianual de metas físicas de productos

Producto / Actividad		U.M.	Programación multianual (de la meta física)			
			2020	2021	2022	2023
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados		Persona atendida	81448	86335	91514	97005
1	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados.	Persona atendida	81448	86335	91514	97005

Promoción de la Salud

Tabla N° 28.

Programación Multianual de metas físicas de productos

Producto / Actividad	U.M.	Programación multianual (de la meta física)			
		2018	2019	2020	2021
3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	Familia con prácticas		394,115	474,115	514,115
Actividad 1 (5005995): Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles.					
Subproducto 1 (4398801): Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles			394,115	474,115	514,115
Actividad 2 (5005996): Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles			68,401	68,501	68,601

Producto / Actividad	U.M.	Programación multianual (de la meta física)			
		2018	2019	2020	2021
Subproducto 1 (4398802): Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles	Funcionario capacitado		1,773	1780	1780
Subproducto 2 (4398803): Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal	Docente capacitado		61,979	62,079	61,179
Subproducto 3 (4398804): Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos	Organización comunitaria capacitada		4,649	1,773	1,773

Salud Ocular

Tabla N° 29.

Programación Multianual financiera de productos

Producto / Actividad	Programación multianual (de la meta financiera)
----------------------	---

		2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		778,478	1,737,045	684,673	1,052,372	1,104,991	1,160,240
1	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.						
2	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.						
3	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención						
4	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención						
5	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención						
Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)		248,525	1,015,478	959,844	1,027,033	1,078,385	1,132,304
6	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con laser						

7	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con antiangiogénicos						
8	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser más antiangiogénicos						
9	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.						
10	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.						
11	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo secundario a Retinopatía del Prematuro.						
12	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Nistagmus secundario a Retinopatía del Prematuro.						
13	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Estrabismo secundario a Retinopatía del prematuro						
14	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Glaucoma secundario a Retinopatía del Prematuro						

15	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Catarata secundaria a Retinopatía del Prematuro						
16	Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro						
17	Diagnóstico, tratamiento quirúrgico y control especializado para recién nacido con retinopatía de la prematuridad mediante oferta móvil.						
Tamizaje y diagnóstico de Errores Refractivos en niños.		3,652,602	6,908,081	5,772,051	6,349,256	6,666,719	7,000,055
18	Tamizaje de agudeza visual en niños (as) de 3 a 11 años.						
19	Evaluación de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.						
20	Referencia de niños con Errores Refractivos.						
21	Diagnóstico de Errores Refractivos.						
22	Diagnóstico de Ambliopía						
Tratamiento y control de niños con Errores Refractivos		2,767,205	3,980,226	6,210,235	6,520,747	6,846,784	7,189,123
23	Tratamiento de Errores Refractivos						

24	Control de niños con Errores Refractivos						
25	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para niños con Errores Refractivos.						
26	Tratamiento de Ambliopía						
27	Terapia de Estimulación Visual en Ambliopía						
Tamizaje y diagnóstico de personas con Catarata.		6,862,666	8,267,761	6,692,055	7,361,261	7,729,324	8,115,790
28	Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención						
29	Evaluación y despistaje de catarata						
30	Consejería para control y detección oportuna de catarata						
31	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención						
32	Diagnóstico de ceguera por catarata						
33	Examen de apoyo al diagnóstico en laboratorio						
34	Examen de apoyo al diagnóstico en cardiología						

35	Examen de apoyo al diagnóstico en imágenes						
Tratamiento y control de personas con Catarata		9,402,101	15,040,304	14,994,852	15,744,595	16,531,824	17,358,416
36	Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión extra capsular del cristalino o incisión pequeña						
37	Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Facoemulsificación						
38	Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata						
39	Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control						
40	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo						
41	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma						
42	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina						
43	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Úvea						

44	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de la capsula posterior						
45	Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para personas con Catarata						
Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma		101,006	822,759	505,784	556,362	584,181	613,390
46	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención						
47	Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención						
48	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma						
49	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención						
50	Diagnóstico de Glaucoma						
Tratamiento y control de persona con Glaucoma		647,831	3,195,926	3,621,426	3,911,140	4,106,697	4,312,032
51	Tratamiento de Glaucoma						
52	Control de personas con Glaucoma						

Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética		S.D	S.D	347,921	382,713	420,984	463,083
53	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.						
54	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética						
55	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.						
56	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética en el primer nivel de atención.						
57	Diagnóstico de Retinopatía Diabética.						
58	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina						
59	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina						
60	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser						
61	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos						

62	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía						
63	Control de personas con Retinopatía Diabética						
Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo		S.D	S.D	192,571	211,828	233,011	256,312
64	Detección de persona con Enfermedades Externas del Ojo.						
65	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.						
66	Consejería Integral en Salud Ocular – Enfermedades Externas del Ojo						
67	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.						
68	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo.						
69	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo						
70	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado						
71	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea						

72	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con trasplante de cornea						
73	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo						
Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión		S.D	S.D	S.D	500,000	550,000	605,000
74	Diagnóstico de Baja Visión						
75	Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión						
76	Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión						
77	Tratamiento con Ayudas en Baja Visión						
78	Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión						
79	Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión						
80	Capacitación en Interacción con una persona con baja visión						
81	Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión						
82	Control de personas con Baja Visión						

Fuente: Presupuesto según página amigable del MEF (2018-2020) -
proyectado 2021 al 2023

DAÑOS NO TRANSMISIBLES – CPCDNT

Tabla N° 29.

Programación Multianual financiera de productos

Producto / Actividad		Unidad de producción física (unidad de medida)	Programación multianual (de la meta financiera)			
			2020	2021	2022	2023
1	VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	Persona atendida	141,435,148	210,147,128	278,859,108	347,571,088
	Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo.	Persona atendida				
	Personas de 12 y 17 años con valoración clínica de factores de riesgo.	Persona atendida				
	Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo.	Persona atendida				
	Personas de 30 a 39 años con valoración clínica de factores de riesgo.	Persona atendida				
	Personas de 40 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial	Persona atendida				
	Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial.	Persona atendida				

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Población que accede a laboratorios clínicos que cuentan con programa de evaluación de calidad para el diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles.						
2	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Persona atendida	104,241,058	126,392,461	148,547,864	170,703,267
	Manejo de emergencia o urgencia hipertensiva	Persona atendida				
	Tratamiento y control de personas con dislipidemia	Persona atendida				
	Paciente hipertenso de no alto riesgo controlado	Persona atendida				
	Pacientes con enfermedad cardiometabólica organizados que reciben educación para el control de la enfermedad.	Persona atendida				
	Personas hipertensas con tratamiento especializado	Persona atendida				
	Pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular	Persona atendida				
3	TrATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	Persona atendida	113,047,666	139,095,331	167,268,220	196,443,109
	Manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglucémica en pacientes diabéticos	Persona atendida				
	Paciente diabético no complicado controlado	Persona atendida				
	Pacientes diabéticos con tratamiento especializado	Persona atendida				
	Valoración de complicaciones en personas con diabetes	Persona atendida				
	Manejo del sobrepeso y obesidad	Persona atendida				

Manejo enfermedad renal diabética	Persona atendida				
-----------------------------------	------------------	--	--	--	--

Fuente: Presupuesto según página amigable del MEF (2018-2020) - proyectado 2021 al 2023

Metales Pesados

Tabla N° 289.

Programación Multianual financiera de productos

Producto / Actividad		Programación multianual (de la meta financiera)			
		2020	2021	2022	2023
Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados		13,226,305	14,019,883	14,861,076	15,752,741
1	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados.				

Promoción de la Salud

Tabla N° 29.

Programación Multianual financiera de productos

Producto / Actividad	Programación multianual (de la meta financiera)			
	2018	2019	2020	2021
3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus)		S/. 5,366,777	S/. 6,400,000	S/. 7,400,000
Actividad 1 (5005995): Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles.				
Subproducto 1 (4398801): Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas en prácticas saludables frente a las enfermedades no trasmisibles				
Actividad 2 (5005996): Capacitación a actores sociales para la promoción de prácticas y entornos saludables para prevenir factores de riesgo de enfermedades no transmisibles		S/. 687,322	S/. 790,000	S/. 890,000
Subproducto 1 (4398802): Funcionarios municipales capacitados para la generación de entornos saludables frente a las enfermedades no trasmisibles				

Producto / Actividad	Programación multianual (de la meta financiera)			
	2018	2019	2020	2021
Subproducto 2 (4398803): Docentes comprometidos que desarrollan acciones para la promoción de la alimentación saludable, actividad física, salud ocular y salud bucal				
Subproducto 3 (4398804): Organizaciones comunitarias realizan vigilancia ciudadana para la reducción de la contaminación por metales pesados, sustancias químicas e hidrocarburos				

Salud Ocular

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PROPUESTA

Tabla N° 30.

Estructura Programática

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000001
PRODUCTO	ACCIONES COMUNES
CODIGO MEDIDA PRODUCTO	060
UNIDAD MEDIDA PRODUCTO	INFORME
CODIGO ACTIVIDAD	5004452
ACTIVIDAD	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD	060
UND MEDIDA ACTIVIDAD	INFORME
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	004
DIVISION FUNCIONAL	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL
COD GRUPO	0005
GRUPO FUNCIONAL	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL
COD FINALIDAD	43985
FINALIDAD	Evaluación del Programa de Enfermedades No Transmisibles
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000001
PRODUCTO	ACCIONES COMUNES
CODIGO MEDIDA PRODUCTO	060
UNIDAD MEDIDA PRODUCTO	INFORME
CODIGO ACTIVIDAD	5004452
ACTIVIDAD	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD	060
UND MEDIDA ACTIVIDAD	INFORME
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	004
DIVISION FUNCIONAL	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL
COD GRUPO	0005
GRUPO FUNCIONAL	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL
COD FINALIDAD	43985
FINALIDAD	MONITOREO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000811

PRODUCTO	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP)
CODIGO PRODUCTO	438
UNIDAD PRODUCTO	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5005991
ACTIVIDAD	Exámenes de tamizaje y diagnostico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
CODIGO ACTIVIDAD	438
UND ACTIVIDAD	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	44
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	'0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	'0215301
FINALIDAD	Exámenes de tamizaje y diagnostico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	'0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000812
PRODUCTO	TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP)

CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD		5005992
ACTIVIDAD		Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA	394
UND ACTIVIDAD	MEDIDA	PERSONA TRATADA
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		´044
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		´0097
GRUPO FUNCIONAL		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD		´0215302
FINALIDAD		Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)
CODIGO AMBITO		N
AMBITO		NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		
CODIGO PROGRAMA		´0018
PROGRAMA PPTO		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO		3000013
PRODUCTO		TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS EN NIÑOS
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	438

UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD		5000111
ACTIVIDAD		Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA	438
UND ACTIVIDAD	MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		´044
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		´0097
GRUPO FUNCIONAL		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD		´0135995
FINALIDAD		Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos
CODIGO AMBITO		N
AMBITO		NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		
CODIGO PROGRAMA		18
PROGRAMA PPTO		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO		3000014
PRODUCTO		TRATAMIENTO Y CONTROL DE NIÑOS CON ERRORES REFRACTIVOS
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD		5000112

ACTIVIDAD	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos
CODIGO ACTIVIDAD	394
UND ACTIVIDAD	PERSONA TRATADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0135996
FINALIDAD	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000011
PRODUCTO	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON CATARATAS
CODIGO PRODUCTO	438
UNIDAD PRODUCTO	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5000109
ACTIVIDAD	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Pacientes con cataratas
CODIGO ACTIVIDAD	438

UND ACTIVIDAD	MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		´044
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		´0097
GRUPO FUNCIONAL		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD		´0135993
FINALIDAD		Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Pacientes con cataratas
CODIGO AMBITO		N
AMBITO		NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		
CODIGO PROGRAMA		18
PROGRAMA PPTO		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO		3000012
PRODUCTO		TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON CATARATAS
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD		5000110
ACTIVIDAD		Brindar tratamiento a paciente con diagnóstico de cataratas
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA	394
UND ACTIVIDAD	MEDIDA	PERSONA TRATADA
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD

COD DIVISION	'044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	'0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	'0135994
FINALIDAD	Brindar tratamiento a paciente con diagnóstico de cataratas
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000813
PRODUCTO	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	438
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5005993
ACTIVIDAD	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	438
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	'044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	'0097

GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0215066
FINALIDAD	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000814
PRODUCTO	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON GLAUCOMA
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD	5005994
ACTIVIDAD	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	394
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TRATADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	44
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	97
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0215067
FINALIDAD	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma

CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000865
PRODUCTO	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5006230
ACTIVIDAD	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	438
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0258388
FINALIDAD	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000865
PRODUCTO	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5006231
ACTIVIDAD	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	394
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TRATADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0258389
FINALIDAD	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA

CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000866
PRODUCTO	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	438
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5006232
ACTIVIDAD	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	438
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0258390
FINALIDAD	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

CODIGO PRODUCTO	3000866
PRODUCTO	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	438
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5006233
ACTIVIDAD	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo
CODIGO ACTIVIDAD MEDIDA	438
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	´0258391
FINALIDAD	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	
PRODUCTO	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión

CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	459
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	Persona Diagnosticada
CODIGO ACTIVIDAD		
ACTIVIDAD		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA	459
UND ACTIVIDAD	MEDIDA	Persona Diagnosticada
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		´044
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		´0097
GRUPO FUNCIONAL		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD		
FINALIDAD		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión
CODIGO AMBITO		N
AMBITO		NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		
CODIGO PROGRAMA		18
PROGRAMA PPTO		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO		
PRODUCTO		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	459
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	Persona Diagnosticada

CODIGO ACTIVIDAD	
ACTIVIDAD	Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA 394
UND ACTIVIDAD	MEDIDA Persona tratada
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	´044
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	´0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
COD FINALIDAD	
FINALIDAD	Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

DAÑOS NO TRASMISIBLES – CPCDNT

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PROPUESTA

Tabla N° 30.

Estructura Programática

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000001
PRODUCTO	ACCIONES COMUNES

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO MEDIDA PRODUCTO	060
UNIDAD MEDIDA PRODUCTO	INFORME
CODIGO ACTIVIDAD	5004452
ACTIVIDAD	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD	060
UND MEDIDA ACTIVIDAD	INFORME
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	004
DIVISION FUNCIONAL	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL
COD GRUPO	0005
GRUPO FUNCIONAL	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL
COD FINALIDAD	43985
FINALIDAD	Evaluación del Programa de Enfermedades No Transmisibles
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000001
PRODUCTO	ACCIONES COMUNES
CODIGO MEDIDA PRODUCTO	060
UNIDAD MEDIDA PRODUCTO	INFORME
CODIGO ACTIVIDAD	5004452

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
ACTIVIDAD	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO MEDIDA ACTIVIDAD	060
UND MEDIDA ACTIVIDAD	INFORME
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	004
DIVISION FUNCIONAL	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL
COD GRUPO	0005
GRUPO FUNCIONAL	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL
COD FINALIDAD	43985
FINALIDAD	MONITOREO DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO AMBITO	N
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000015
PRODUCTO	VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES
CODIGO MEDIDA PRODUCTO	438
UNIDAD MEDIDA PRODUCTO	PERSONA TAMIZADA
CODIGO ACTIVIDAD	5000113
ACTIVIDAD	evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles

CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA	438
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		44
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		'0097
GRUPO FUNCIONAL		ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
AMBITO		NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA		
CODIGO PROGRAMA		18
PROGRAMA PPTO		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO		3000016.
PRODUCTO		TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD		5000114.
ACTIVIDAD		Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial
UND ACTIVIDAD	MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION		20
FUNCION		SALUD
COD DIVISION		44
DIVISION FUNCIONAL		SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO		'0097

GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	18
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3000017.
PRODUCTO	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES
CODIGO PRODUCTO MEDIDA	394
UNIDAD PRODUCTO MEDIDA	PERSONA TRATADA
CODIGO ACTIVIDAD	5000115.
ACTIVIDAD	brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes mellitus
UND ACTIVIDAD MEDIDA	PERSONA TAMIZADA
COD FUNCION	20
FUNCION	SALUD
COD DIVISION	44
DIVISION FUNCIONAL	SALUD INDIVIDUAL
COD GRUPO	'0097
GRUPO FUNCIONAL	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA
AMBITO	NACIONAL Y REGIONAL

Metales Pesados

Tabla N° 30.

Estructura Programática

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
CODIGO PROGRAMA	0018
PROGRAMA PPTO	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CODIGO PRODUCTO	3043997
PRODUCTO	Tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados.
CODIGO PRODUCTO	MEDIDA
	087
UNIDAD PRODUCTO	MEDIDA
	Persona atendida
CODIGO ACTIVIDAD	5000103
ACTIVIDAD	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados.
CODIGO ACTIVIDAD	MEDIDA
	087
UND MEDIDA ACTIVIDAD	Persona atendida
COD FUNCION	20
FUNCION	Salud
COD DIVISION	044
DIVISION FUNCIONAL	Salud individual
COD GRUPO	0097
GRUPO FUNCIONAL	Atencion medica especializada
COD FINALIDAD	0136005
FINALIDAD	Exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicacion de metales pesados
CODIGO AMBITO	N

ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA	
AMBITO	Nacional y regional

CODIGO_PROGRAMA	PROGRAMA_PPTO	Código Producto	Producto	Código medida Producto	Unidad medida producto	Código Actividad	Actividad	Código medida actividad	Unidad medida actividad	Código función	Función	Código División	División funcional	Código grupo	Grupo funcional	Código finalidad	Finalidad	Código ámbito	Ámbito
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	ACCIONES COMUNES	60	INFORME	5004452	MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	60	INFORME	20	SALUD	4	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	5	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	43985	MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	Acciones Comunes	60	informe	5004452	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles	60	informe	20	Salud	4	Planeamiento gubernamental	5	Planeamiento institucional	4398502	Monitoreo del Programa de Enfermedades No Transmisibles	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	Acciones Comunes	60	informe	5004452	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles	60	informe	20	Salud	4	Planeamiento gubernamental	5	Planeamiento institucional	4398503	Evaluación del Programa de Enfermedades No Transmisibles	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	Acciones Comunes	60	informe	5004452	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de Enfermedades No Transmisibles	60	informe	20	Salud	4	Planeamiento gubernamental	5	Planeamiento institucional	4398504	Supervisión del Programa de Enfermedades No Transmisibles	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	ACCIONES COMUNES	80	NORMA	5004453	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	80	NORMA	20	SALUD	43	SALUD COLECTIVA	93	REGULACION Y CONTROL SANITARIO	43986	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	Acciones Comunes	80	norma	5004453	Desarrollo de normas y guías técnicas en Enfermedades No Transmisibles	80	norma	20	Salud	43	Salud Colectiva	93	Regulación y control sanitario	43986	Desarrollo de Normas y Guías Técnicas para la Prevención y Control en Enfermedades No Transmisibles	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000001	Acciones Comunes	80	norma	5004453	Desarrollo de normas y guías técnicas en Enfermedades No Transmisibles	80	norma	20	Salud	43	Salud Colectiva	93	Regulación y control sanitario	43987	Implementación de Documentos Técnicos Normativos en salud con adecuación cultural	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE RECIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	438	PERSONA TAMIZADA	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	44	SALUD INDIVIDUAL	70097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	70215301	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la	438	Persona Tamizada	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la	438	Persona tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	70081101	Detección de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			Prematuridad (ROP)				Prematuridad (ROP)												
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona Tamizada	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	'0081102	Seguimiento de recién nacido prematuro con factores de riesgo para ROP en el segundo y tercer nivel de atención.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Premat	438	Persona Tamizada	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81103	Diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			uridad (ROP)																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona Tamizada	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81104	Consejería de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000811	Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con Retinopatía de la Premat	438	Persona Tamizada	5005991	Exámenes de tamizaje y diagnóstico en recién nacido con factores de riesgo para Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	438	Persona tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81105	Referencia de recién nacido con retinopatía de la prematuridad al segundo y tercer nivel de atención.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			uridad (ROP)																
0018	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	TRATAMIENTO Y CONTROL DE RECEIÉN NACIDO CON RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD (ROP)	394	PERSONA TRATADA	5005992	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	PERSONA TRATADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0215302	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Pers ona Trat ada	50059 92	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Person a tratada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 04	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Pers ona Trat ada	50059 92	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Person a tratada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 05	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con antiangiogénicos	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de	394	Pers ona Trat ada	50059 92	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la	394	Person a tratada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 06	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con láser más	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			la Prematuridad (ROP)				Prematuridad (ROP)									antiangiogénicos			
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Persona Tratada	5005992	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81207	Tratamiento especializado de recién nacido con retinopatía de la prematuridad con Vitrectomía posterior más Endofotocoagulación.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	5005992	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81202	Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Pers ona Cont rola da	50059 92	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Person a Control ada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 08	Diagnóstico y tratamiento de complicaciones: Error Refractivo secundario a Retinopatía del Prematuro	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Pers ona Cont rola da	50059 92	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Person a Control ada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 09	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Nistagmus secundario a Retinopatía del Prematuro.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de	440	Pers ona Cont rola da	50059 92	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Person a Control ada	20	Salu d	44	Salud Indivi dual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	812 10	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Estrabismo secundario a Retinopatía del prematuro	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			la Prematuridad (ROP)																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	5005992	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81211	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Glaucoma secundario a Retinopatía del Prematuro	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	5005992	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81212	Diagnóstico y Tratamiento de complicaciones: Catarata secundaria a Retinopatía del Prematuro	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	5005992	Brindar control a niños tratados por Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	440	Persona Controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81213	Rehabilitación visual de Ceguera y Baja Visión secundaria a Retinopatía del Prematuro	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000812	Tratamiento y control de recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Persona Tratada	5005992	Brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad (ROP)	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81203	Diagnóstico, Tratamiento quirúrgico y Control especializado para recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad mediante oferta móvil.	N	Nacional y Regional
0018	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVO	438	PERSONA TAMIZADA	5000111	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0135995	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			S EN NIÑOS																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños	438	Pers ona Tam izad a	500011	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	438	Person a tamizad a	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Básic a	5001306	Tamizaje y Detección de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños	90	Pers ona Eval uad a	500011	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	90	Person a Evalua da	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Básic a	5001302	Evaluación y despistaje de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños	442	Pers ona Refer ida	500011	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	442	Person a Referid a	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Básic a	5001304	Referencia de pacientes con errores refractivos	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños	459	Persona Diagnosticada	500011	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001301	Diagnóstico de errores refractivos	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000013	Tamizaje y diagnóstico de errores refractivos en niños	459	Persona Diagnosticada	500011	Exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Diagnóstico de Ambliopía	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	TRATAMIENTO Y CONTROL DE NIÑOS CON ERRORES REFRACTIVOS	394	PERSONA TRATADA	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	394	PERSONA TRATADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0135996	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	Tratamiento y control de niños con errores refractivos	394	Persona tratada	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001402	Tratamiento de errores refractivos	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	Tratamiento y control de niños con errores refractivos	340	Persona controlada	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001401	Control de pacientes con errores refractivos	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	Tratamiento y control de niños con errores refractivos	394	Persona tratada	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001403	Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	Tratamiento y control de niños con	394	Persona tratada	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Espec		Tratamiento de Ambliopía	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	MISIBLES		errores refractivos				errores refractivos							ializada					
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000014	Tratamiento y control de niños con errores refractivos	394	Persona tratada	500012	Brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Terapia de Estimulación Visual en Ambliopía	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PERSONAS CON CATARATAS	438	PERSONA TAMIZADA	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Pacientes con cataratas	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0135993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Pacientes con cataratas	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	438	Persona Tamizada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	438	Persona Tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	5001101	Tamizaje y de detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

																segundo nivel de atención			
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	90	Persona Evaluada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001102	Evaluación y despistaje de catarata	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	259	Persona Informada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	259	Persona Informada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001105	Consejería para control y detección oportuna de catarata	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	442	Persona Referida	5000109	Referencia de personas para diagnóstico de catarata	442	Persona Referida	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001103	Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	459	Pers ona Diag nosti cada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	459	Person a Diagno sticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	5001104	Diagnóstico de ceguera por catarata	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	459	Pers ona Diag nosti cada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	459	Person a Diagno sticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	5001106	Examen de apoyo al diagnóstico en laboratorio	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	459	Pers ona Diag nosti cada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	459	Person a Diagno sticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	5001107	Examen de apoyo al diagnóstico en cardiología	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000011	Tamizaje y diagnóstico de personas con cataratas.	459	Pers ona Diag nosti cada	5000109	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de Personas con cataratas	459	Person a Diagno sticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atenci ón Médic a Espec ializad a	5001108	Examen de apoyo al diagnóstico en imágenes	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON CATARATAS	394	PERSONA TRATADA	500010	Brindar tratamiento a paciente con diagnóstico de cataratas	394	PERSONA TRATADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0135994	Brindar tratamiento a paciente con diagnóstico de cataratas	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001209	Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión Extracapsular del cristalino o incisión pequeña	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001208	Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Faco Emulsificación	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	340	Persona controlada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001204	Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	MISIBLES		cataratas											ializada					
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	340	Persona controlada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona Controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001205	Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001201	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001202	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001203	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001206	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Uvea	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con cataratas	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001207	Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de la capsula posterior	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000012	Tratamiento y control de personas con	394	Persona tratada	500010	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de cataratas	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	5001210	Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para personas con Catarata	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			cataratas																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PERSONAS CON GLAUCOMA	438	PERSONA TAMIZADA	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0215066	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	438	Persona Tamizada	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	438	Persona Tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	81301	Tamizaje de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	438	Persona Tamizada	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	438	Persona Tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	81305	Evaluación de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	259	Persona Informada	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	259	Persona Informada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	81302	Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	442	Persona Referida	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	442	Persona Referida	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	81303	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000813	Tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	459	Persona Diagnosticada	5005993	Evaluación de tamizaje y diagnóstico de personas con glaucoma	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81304	Diagnóstico de Glaucoma	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000814	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON	394	PERSONA TRATADA	5005994	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma	394	PERSONA TRATADA	20	SALUD	44	SALUD INDIVIDUAL	97	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0215067	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			GLAUCOMA																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000814	Tratamiento y control de personas con glaucoma	394	Persona tratada	5005994	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81401	Tratamiento de Glaucoma	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000814	Tratamiento y control de personas con glaucoma	340	Persona controlada	5005994	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de glaucoma	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	81402	Control de personas con Glaucoma	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía	394	PERSONA TAMIZADA	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0258388	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			diabética																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	438	Persona Tamizada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	438	Persona Tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086501	Detección de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética en el primer y segundo nivel de atención.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía	90	Persona Evaluada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086502	Evaluación ocular en personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			diabética																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	259	Persona Informada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	259	Persona Informada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086503	Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía	442	Persona Referida	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	442	Persona Referida	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086504	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética en el primer nivel de atención.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			diabética																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	459	Persona Diagnosticada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086505	Diagnóstico de Retinopatía Diabética.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía	90	Persona Evaluada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086506	Exámenes de apoyo al diagnóstico en Retina	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			diabética																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	90	Persona Evaluada	5006230	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con diabetes mellitus con riesgo de retinopatía diabética	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086507	Exámenes de apoyo al diagnóstico en imágenes de Retina	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía	394	PERSONALIZADA	5006231	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	394	PERSONALIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	0258389	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			diabética																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	394	Persona tratada	5006231	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086508	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con Laser	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	394	Persona tratada	5006231	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086509	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con antiangiogénicos	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	394	Persona tratada	5006231	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086510	Tratamiento especializado de Retinopatía Diabética (RD) con vitrectomía	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000865	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con retinopatía diabética	340	Persona controlada	5006231	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de retinopatía diabética	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086511	Control de personas con Retinopatía Diabética	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control	438	PERSONA TAMIZADA	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedad	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPE	0258390	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedad	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	MISIBLES		de personas con enfermedades externas del ojo		AD A		s externas del ojo							CIALIZADA		s externas del ojo			
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	438	Persona Tamizada	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	438	Persona Tamizada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086601	Detección de personas con Enfermedades Externas del Ojo.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades	459	Persona Diagnosticada	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086602	Diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			externas del ojo																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	459	Persona Diagnosticada	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086603	Consejería Integral en Salud Ocular - Enfermedades Externas del Ojo	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades	394	Persona tratada	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086604	Referencia para diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo en el primer nivel de atención.	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			externas del ojo																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	340	PERSONA CONTROLADA	5006232	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	340	PERSONA CONTROLADA	20	SALUD	44	Salud Individual	96	Atención Médica Básica	0086605	Diagnóstico Especializado de Enfermedades Externas del Ojo.	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades	438	PERSONA TAMIZADA	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	438	PERSONA TAMIZADA	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0258391	Evaluación para detección y diagnóstico de personas con enfermedades externas del ojo	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			externas del ojo																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	394	Persona tratada	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086606	Tratamiento de Enfermedades Externas del Ojo	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas	394	Persona tratada	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086607	Tratamiento especializado de complicaciones de párpado	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			s del ojo																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	394	Persona tratada	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086608	Tratamiento especializado de complicaciones superficiales de cornea	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externa	394	Persona tratada	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086609	Tratamiento especializado de úlcera corneal perforada con transplante de cornea	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

			s del ojo																
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3000866	Detección - diagnóstico - tratamiento y control de personas con enfermedades externas del ojo	340	Persona controlada	5006233	Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Enfermedades Externas del Ojo	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	0086610	Control de personas con Enfermedades Externas del Ojo	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	459	Persona Diagnosticada		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	459	Persona Diagnosticada	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MEDICA ESPECIALIZADA		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	N	NACIONAL Y REGIONAL

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	459	Persona Diagnosticada		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	459	Persona Diagnosticada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Diagnóstico de Baja Visión	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	90	Persona Evaluada		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Exámenes de apoyo al diagnóstico - Refracción en Baja Visión	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	90	Persona Evaluada		Evaluación para diagnóstico de personas con Baja Visión	90	Persona Evaluada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Exámenes de apoyo al diagnóstico - imágenes en Baja Visión	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	459	Persona diagnosticada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	394	Persona tratada	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	N	NACIONAL Y REGIONAL
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	394	Persona tratada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Tratamiento con Ayudas en Baja Visión	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	394	Persona tratada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Terapia de Estimulación Visual para Baja Visión	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	394	Persona tratada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	394	Persona tratada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Terapia de Rehabilitación Visual en Baja Visión	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	259	Persona Informada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	259	Persona Informada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Capacitación en Interacción con una persona con baja visión	N	Nacional y Regional
18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	259	Persona Informada		Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	259	Persona Informada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada		Consejería Integral en Salud Ocular – Baja Visión	N	Nacional y Regional

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	Diagnóstico - tratamiento y control de personas con Baja Visión	340	Persona controlada	Brindar tratamiento y control a personas con diagnóstico en Baja Visión	340	Persona controlada	20	Salud	44	Salud Individual	97	Atención Médica Especializada	Control de personas con Baja Visión	N	Nacional y Regional
----	-------------------------------	---	-----	--------------------	---	-----	--------------------	----	-------	----	------------------	----	-------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	3000015. valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles	438. persona tamizada	5000113. evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055929. valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles
	3000016. tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	394. persona tratada	5000114. brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0054002. tratamiento y control de personas con hipertensión arterial
	3000017. tratamiento y control de personas con diabetes	394. persona tratada	5000115. brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes mellitus	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0054001. tratamiento y control de personas con diabetes
	3043987. población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, , obesidad,	259. persona informada	5000098. información y sensibilización de la población en para el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, , obesidad,	259. persona informada	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043987. población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no trasmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, , obesidad, hipertensión

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

hipertensión arterial y diabetes mellitus)		hipertensión arterial y diabetes mellitus)					arterial y diabetes mellitus)
3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	056. familia	5000099. promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes)	056. familia	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no trasmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
3043989. instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	236. institución educativa	5000100. promoción de prácticas saludables en instituciones educativas para la prevención de las enfermedades no transmisibles (salud mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hta y diabetes mellitus)	236. institución educativa	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043989. instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no trasmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
3043990. municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las	215. municipio	5000101. acciones dirigidas a funcionarios de municipios para prevenir las enfermedades no	215. municipio	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y	0043990. municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)		transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)				daños para la salud	enfermedades no trasmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
3043997. tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	394. persona tratada	5000103. exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0043997. tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados

ANEXOS

Anexo N° 1 – Narrativo de Evidencias

❖ SALUD OCULAR:

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	La incidencia de la retinopatía del prematuro en el suroeste de China y el análisis de los factores de riesgo.	Liu Q1, Yin ZQ2, Ke N1, Chen L1, Chen XK1, Fang J1, Chen XR1, Xiao J1, K1 Hu, Zhang X1, Y1 Xiong, Shi H1, Li J1, Long HJ1, Zhang KL1, Chen ZY1, Pi LH1	Enero 2009 a noviembre de 2012	Estudio de prevalencia longitudinal	La incidencia de ROP fue de 12,8%. La primera, segunda, tercera, y cuarta etapa de ROP se encontró en el 64,6%, 29,6%, 3,4% y 0,5% de los lactantes, respectivamente. No se observó una quinta etapa de ROP. Además, 7,7% de los niños requiere la intervención quirúrgica. Factores de riesgo independientes de ROP incluyen bajo peso al nacer ($p = 0,049$), menor edad gestacional ($p = 0,008$), los días de la administración de suplementos de oxígeno ($p = 0,008$), y la lesión miocárdica después del nacimiento ($p = 0,001$).	La prevalencia de la retinopatía del prematuro en lactantes prematuros es relativamente alta en el suroeste de China, y el peso bajo al nacer, menor edad gestacional, días de suplemento de oxígeno, y la lesión miocárdica después de nacer son factores de riesgo independientes para la ROP.	A.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
2	Incidencia y factores de riesgo de la retinopatía del prematuro en un servicio de referencia de Brasil	Gonçalves E1, Nasser LS2, Martelli DR2, Alkmim IR2, Mourão TV3, Caldeira AP1, Martelli	Mayo 2009 a Abril 2011	Estudio de incidencia longitudinal	La incidencia de ROP fue 44,5% (intervalo de confianza del 95%, IC = 35,6-46,1) en la población estudiada. Los factores de riesgo asociados con el riesgo de desarrollar la enfermedad fueron: peso al nacer (odds ratio, OR = 4,14; IC del 95% = 1,34-12,77) menos de 1.000 gramos; edad gestacional menor de 30 semanas (OR = 6,69; IC del 95% = 2,10 a 21,31); uso de derivados de la sangre (OR = 4,14; IC 95% = 2,99-8,99); y la presencia de sepsis (OR = 1,99; IC del 95% = 1,45-2,40).	La incidencia de ROP fue mayor que la encontrada en la literatura. Los principales factores de riesgo están relacionados con la prematuridad extrema	A.1
3	Prevalencia y causas de discapacidad visual en escolares de mediano-bajo ingreso en Escuela Infantil en São Paulo, Brasil	Solange R. Salomão, Rafael W. Cinoto, Adriana Berezovsky, Luana Mendieta, Célia R. Nakanami, César Lipener, Emílio de Haro Muñoz, Fabio Ejzenbaum, Rubens Belfort Jr,	Junio a Noviembre de 2005	Encuesta de prevalencia	Un total de 2.825 niños fueron enumerados y 2441 (86,4%) fueron examinados. La prevalencia de la no corregida, presentar y mejor agudeza visual corregida de 20/40 o peor en el mejor ojo era de 4,82%, 2,67% y 0,41%, respectivamente. Gafas fueron utilizados por 144 (5,9%) niños. El error de refracción era una causa en el 76,8% de los niños con discapacidad visual en uno o ambos ojos; ambliopía, el 11,4%; trastornos de la retina, 5,9%; otras causas, 2,7%; y causas inexplicables, un 7,7% la población fueron niños de 11 a 14 años	La prevalencia de la visión reducida en renta bajo-medio urbano niño de la escuela de São Paulo fue baja, la mayor parte de ella debido a defectos refractivos no corregidos. Se necesitan estrategias costo-efectivas para hacer frente a esta causa de fácil tratamiento del trastorno de la visión	A.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia	
4	Estudio de errores de refracción en niños: resultados de La Florida, Chile.	Mutilar Barroso Muñoz Sperduto Ellwein LB.	E1, S, SR, RD, 1998	Abril - Agosto 1998	Encuesta de prevalencia	Se enumeró un total de 6.998 niños de 3.830 hogares y 5.303 niños (75,8%) fueron examinados. La prevalencia de corregir, de presentación, y la mejor agudeza visual 0.50 (20/40) o peor en al menos un ojo fue del 15,8%, 14,7% y 7,4%, respectivamente; 3,3% tenían mejor agudeza visual 0.50 o peor en ambos ojos. El error de refracción fue la causa en el 56,3% de los 1.285 ojos con visión reducida, ambliopía en un 6,5%, otras causas en el 4,3%, con causas inexplicables en el 32,9% restante, la población fueron niños de 5 a 15 años de edad.	El error de refracción, principalmente asociados con la miopía, es una de las principales causas de disminución de la visión en los niños en edad escolar en La Florida. Más del 7% de los niños podrían beneficiarse de la prestación de gafas adecuadas. Se requieren esfuerzos para hacer que los programas existentes que ofrecen lentes gratuitos para los niños de la escuela sean más eficaces.	A.1
5	Prevalencia y causas de la discapacidad visual y la tasa de uso de gafas de en las escuelas para los hijos de los trabajadores migrantes en Shanghai, China.	Él J, L Lu, Zou H, He X, Li Q, W Wang, Zhu J1		Abril - Junio del 2013	Encuesta de prevalencia	Un total de 9.673 niños fueron enumerados y 9512 (98,34%) participaron en este estudio. La prevalencia de la agudeza visual sin corrección, presentar y mejor corregida de 20/40 o peor en el mejor ojo fueron 13,33%, 11,26% y 0,63%, respectivamente. La tasa de uso de gafas de los niños con discapacidad visual en uno o ambos ojos fue 15,50%. El error de refracción era una causa importante de discapacidad visual, que representan el 89,48% de todas las causas de deterioro	El error de refracción fue la causa principal de la discapacidad visual de los hijos de los trabajadores migrantes. La tasa de llevar gafas era baja	A.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					visual. Otras causas de discapacidad visual incluyen ambliopía representando el 10,12%; catarata congénita, 0,1%; nistagmus congénito, 0,1%; prótesis ocular, 0,1%; degeneración macular, 0,05%; y la córnea opaca, 0,05%. La población fueron niños del 1 a 5 grado de las escuelas para los hijos de trabajadores migrantes.		
6	Defectos Refractivos en una población infantil esclarecida en Bogotá DC	Adriana Solano MD, Fernando Schoonewolff MD, María Paula Hernández MD, Miriam Ibeth Isaza MD	2011	Estudio de Corte Transversal	Se analizaron 109 niños entre 4 y 9 años, encontrándose la mayoría entre 6 y 7 años. El defecto refractivo esférico más frecuente fue astigmatismo (15,1%), seguido por hipermetropía (13,8%) y miopía (2,3%). Hubo sospecha de ambliopía (agudeza visual corregida peor de 20/40) en el 21,5% de la población. El 11% presentó estrabismo, encontrando 9 casos de exotropía y 3 de endotropía.	Se encontró un alto porcentaje de niños con disminución de la agudeza visual, siendo muy pocos los que han recibido una valoración oftalmológica u optométrica previas a pesar de ser obligatorias en el país. Se insiste en la necesidad de vigilar el cumplimiento estricto de los programas gubernamentales de salud visual en Bogotá DC y en el resto del país	A.1
7	Encuesta nacional sobre la prevalencia y las	Campos B1, Cerrate A1, Montjoy E1, Dulanto Gomero	Febrero - Diciembre de 2011	Estudio poblacional transversal	Se examinó un total de 4 849 personas. La prevalencia de ceguera fue de 2,0% (intervalo de confianza del 95%: 1.5 a 2.5%). Las principales causas de	La prevalencia de la ceguera y la discapacidad visual en Perú es similar a la de otros países	C.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	causas de la ceguera en Perú	V1, Gonzales C2, Tecse A1, Pariamachi A1, Lansingh VC3, Dulanto Reinoso V3, Minaya Barba J1, Silva JC4, Limburgo H5			ceguera fueron catarata (58,0%), glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada con la edad (11,5%). Errores de refracción no corregidos fueron la causa principal de discapacidad visual moderada (67,2%). La cobertura de cirugía de catarata fue 66,9%. 60,5% de los ojos operados de cataratas logró un \geq agudeza visual de 20/60 con corrección disponible. Las principales barreras para la cirugía de cataratas fueron el alto costo (25,9%) y la gente no estar al tanto de que el tratamiento era posible (23,8%).	latinoamericanos. Dada la baja cobertura de cirugía de catarata y el envejecimiento de la población, el acceso a los servicios podría mejorarse aumentando la educación de la población sobre la salud ocular y la capacidad de respuesta de los servicios quirúrgicos oftalmológicos y de cataratas, y mediante la reducción de los costos de esta última.	

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
8	Evaluación rápida de la ceguera evitable en Uruguay: resultados de un estudio a escala nacional	Marcelo Gallarretal; João M. Furtadoll; Van C. Lansingh Juan Carlos Silvalll; Hans LimburgV	Abril - Diciembre 2011	Estudio poblacional transversal	De las 3 956 personas que reunieron los requisitos, se examinaron 3 729 (94,3%). La prevalencia ajustada por edad y sexo de la ceguera fue de 0,9% (intervalo de confianza (IC) de 95%: 0,5–1,3). La catarata (48,6%) y el glaucoma (14,3%) fueron las principales causas de ceguera. La prevalencia de la DVG y la DVM fue de 0,9% (IC de 95%: 0,5–1,3) y 7,9% (IC de 95%: 6,0–9,7), respectivamente. La catarata fue la causa principal de DVG (65,7%), seguida del error de refracción no corregido (14,3%), que fue la principal causa de DVM (55,2%). La cobertura quirúrgica de la catarata fue de 76,8% (calculada por ojo) y de 91,3% (calculada por persona). De todos los ojos operados de catarata, 70,0% presentaba una agudeza visual de = 20/60 y 15,3% tenía una agudeza visual < 20/200 después de la intervención quirúrgica.	En Uruguay, la prevalencia de la ceguera es baja en comparación con otros países latinoamericanos, pero es factible lograr una reducción adicional. Como consecuencia de la alta cobertura quirúrgica de la catarata y la creciente proporción de personas de = 50 años en Uruguay, la repercusión de las enfermedades de la cámara ocular posterior como factor contribuyente a la ceguera podría aumentar en el futuro.	C.1
9	Encuesta sobre la ceguera evitable y la discapacidad visual en Panamá	López M1, Brea I1, Yee R2, R3 Yi, Carles V4, Broce A3, Limburgo H5, Silva JC6	Diciembre de 2012 - Marzo de 2014	Estudio poblacional transversal	Se examinaron un total de 4 125 personas (98,2% de la muestra calculada). Prevalencia por edad y sexo ajustados de la ceguera fue del 3,0% (IC del 95%: 2.3 a 3.6). La principal causa de ceguera era de cataratas (66,4%), seguido de glaucoma (10,2%). La catarata (69,2%) fue la principal causa de discapacidad visual severa y los errores	La prevalencia de ceguera en Panamá está en línea con prevalencia media se encuentran en otros países de la Región. Este problema se puede reducir, ya que 76,2% de los casos de ceguera y 85,0% de los casos de	C.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					de refracción no corregidos fueron la causa principal de discapacidad visual moderada (60,7%). Surgical cobertura de cataratas en los individuos fue 76,3%. De todos los ojos operados de cataratas, el 58,0% alcanzó la agudeza visual <20/60 con corrección disponible.	deterioro visual grave resultado de casos evitable.	
10	Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013	Rosario Barrenechea,1 Inés de la Fuente,1 Roberto Gustavo Plaza,1 Nadia Flores,1 Lía Segovia,1 Zaida Villagómez,1 Esteban Elián Camarero,1 Luz Consuelo Zepeda-Romero,2 Van C. Lansingh,3 Hans Limburg4 y Juan Carlos Silva5	Mayo y Noviembre de 2013	Estudio poblacional transversal	Se evaluaron 3 770 personas (92,0% de lo previsto). La prevalencia de ceguera fue de 0,7% (intervalo de confianza de 95%: 0,4–1,0%). La catarata no operada fue la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa (44,0% y 71,1%, respectivamente), mientras que de la deficiencia visual moderada fueron los errores de refracción no corregidos (77,8%). La cobertura de cirugía de catarata fue de 97,1%, y 82,0% de los ojos operados lograron una AV ≥ 20/60. Las principales barreras para someterse a este tratamiento fueron el temor a la cirugía o a un mal resultado (34,9%), el costo (30,2%) y no tener acceso al tratamiento (16,3%).	La prevalencia de ceguera en la población estudiada es baja y la catarata es la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa. Se debe continuar aumentando la cobertura de cirugía de catarata, perfeccionar la evaluación preoperatoria, hacer un cálculo más adecuado del lente intraocular que necesita el paciente y corregir con mayor precisión los defectos refractivos postoperatorios.	C.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
11	Encuesta nacional de la ceguera y la discapacidad visual evitables en Honduras]. [Artículo en español	Alvarado D1, Rivera B1, Lagos L1, Ochoa M2, Starkman I2, Castillo M3, Flores E3, Lansingh VC4, Limburgo H5, Silva JC6	Junio - Diciembre de 2013	Estudio poblacional transversal	Se examinaron un total de 2 999 personas (95,2% del total previsto). La prevalencia de ceguera fue del 1,9% (intervalo de confianza del 95%: 1.4 a 2.4%) y el 82,2% de estos casos eran evitables. Las principales causas de ceguera son las cataratas no operadas (59,2%) y glaucoma (21,1%). Error de refracción no corregidos fue la principal causa de grave (19,7%) y moderada (58.6%) la discapacidad visual. La cobertura de cirugía de catarata fue 75,2%. 62,5% de los ojos operados de cataratas logró un VA> 20/60 con corrección disponible. Las principales barreras para la cirugía de cataratas fueron: el costo (27,7%) y la falta de disponibilidad o de dificultad de acceso geográfico al tratamiento (24,6%)	La prevalencia de la ceguera y la discapacidad visual en Honduras es similar a la de otros países latinoamericanos. 67% de los casos de ceguera se podría resolver mediante la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios oftalmológicos, especialmente de la cirugía de cataratas, la mejora de los servicios de óptica y la incorporación de cuidado de los ojos en la atención primaria de salud	C.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
12	La prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes peruanos con diabetes tipo 2: resultados de un programa telescreening retina de base hospitalaria	Villena JE1, Yoshiyama CA, Sánchez JE, Hilario NL, Merin LM.	Septiembre 2007 - Septiembre 2010	Estudio prospectivo	De 1 311 pacientes examinados, imágenes retinianas apropiadas se obtienen en 1 222 sujetos (93,2%). DR se detectó en 282 pacientes (23,1%) [Intervalo de confianza del 95% (IC): 20,71-25,44]; 249 pacientes (20,4%) (IC 95%: 18,1-22,6) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) (IC del 95%: 1.8 a 3.6) tenía RD proliferativa. En 32 pacientes (11,3%), DR fue unilateral. La frecuencia de la DR fue la misma en ambos sexos. La prevalencia de ceguera era dos veces más frecuente en los pacientes con RD como en aquellos sin ella (9,4% y 4,6%, respectivamente) (P = 0,001). La frecuencia de RD al diagnóstico fue de 3,5% y aumentó con la duración de la diabetes. DR fue más frecuente en los pacientes con hipertensión arterial, complicaciones macrovasculares o microvasculares, y la hemoglobina A1c (HbA1c) > 7,0% y en los tratados con insulina o sulfonilureas. Era menos frecuente en aquellos con HbA1c <7,0%, con un mayor índice de masa corporal, y que había sido tratado con metformina	La prevalencia de RD en estos pacientes con diabetes tipo 2 fue del 23,1%. Retinopatía no proliferativa representó 77.0% de los casos. Aunque menos frecuente que en un informe anterior, se duplicó la frecuencia de ceguera en las personas afectadas. Un programa nacional de detección DR se debe considerar	C.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
13	Prevalencia y causas de discapacidad visual en pacientes diabéticos en Túnez, África del Norte	Kahloun R1, Jelliti B1, Zaouali S1, S1 Attia, Ben Yahia S1, S2 Resnikoff, Khairallah M1	Publicado en el 2014	Estudio transversal	De todos los pacientes estudiados, el 60,2% eran mujeres y el 39,8% eran varones. La edad media de los pacientes fue de 54,5 años. La media de duración de la diabetes fue de 7,6 años. La retinopatía diabética (RD) se registró en el 26,3% de los pacientes, y era de proliferación en el 3,4% de los pacientes. La prevalencia de la deficiencia visual fue de 22,2%, con un 4,4% de los pacientes legalmente ciegos y el 17,8% con deficiencia visual. La deficiencia visual se asoció significativamente con la edad ≥ 60 años ($p < 0,001$), la duración de la diabetes > 10 años ($p < 0,001$), el índice de masa corporal > 25 ($P = 0,014$), la hipertensión arterial ($P < 0,001$), enfermedad cardíaca ($P < 0,001$), neuropatía periférica ($P = 0,03$), neuropatía vegetativa ($P = 0,002$), macroalbuminuria ($P < 0,001$), catarata ($P < 0,001$), DR ($P < 0,001$), edema macular diabético ($P < 0,001$), glaucoma de ángulo abierto ($P < 0,001$), la hemorragia intravítrea ($P < 0,001$), rubeosis del iris ($P < 0,001$), el glaucoma neovascular ($P < 0,001$), y desprendimiento de retina traccional ($P < 0,001$).	El presente informe es el estudio más grande de República Dominicana, en la región del norte de África. Proporciona un conjunto de datos de referencia con los que el progreso puede evaluar el futuro. La detección y el tratamiento pueden reducir en gran medida la incidencia de la discapacidad visual, debido a la diabetes.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
14	Prevalencia de glaucoma primario entre los adultos de 50 años o por encima de la población en la comunidad Huamu: una encuesta transversal en Shanghai, 2011	Él J1, Zou H, Tong X, Zhang S, Zhao R, Zhang Y, Zhou W, W Tang, Ge L2	Marzo a septiembre de 2011	Estudio transversal de base poblacional	Dos miles cinco cientos y veintiocho casos fueron examinados y la tasa de responder era 80.36%. La prevalencia del glaucoma primario fue de 3.09%, en el que el glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y el ángulo de primaria glaucoma (PACG) fueron 2.85% y 0.24%. La prevalencia de GPAA tenía tendencia ascendente con la edad. La tasa de ceguera en uno o ambos ojos causadas por GPAA y GPAC fue 12.5% y 6.3, y la tasa de ceguera de GPAA se comparó inferior con PACG. 88.89% de GPAA en esta investigación no había sido diagnosticada previamente, y el 100% de GPAC había sido diagnosticada previamente y recibido tratamiento.	La prevalencia de glaucoma primario en la comunidad Huamu es relativamente alta y la tasa de diagnóstico y el tratamiento previo de GPAA son relativamente bajos. La detección y la salud La educación temprana para el glaucoma primario son importantes en el trabajo de prevención de la ceguera en el futuro.	B.1
15	La prevalencia mundial del glaucoma y proyecciones de la carga glaucoma hasta el 2040: una revisión sistemática y meta-análisis	Tham YC1, Li X2, Wong TY1, Quigley HA3, Aung T1, Cheng CY4	Estudios poblacionales de prevalencia de glaucoma publicados hasta el 25 de marzo, se utilizó 2013.	Revisión sistemática y meta-análisis	La prevalencia global de glaucoma de población de 40 a 80 años es de 3,54% (95% CrI, 2,09-5,82). La prevalencia de GPAA es mayor en África (4,20%; 95% CrI, 2,08-7,35), y la prevalencia de GPAC es mayor en Asia (1,09%; 95% CrI, 0,43-2,32). En 2013, el número de personas (edades comprendidas entre 40 a 80 años) con glaucoma en todo el mundo se estimó en 64,3 millones, aumentando a 76,0 millones en 2020 y 111,8 millones en 2040. En el modelo de meta-regresión bayesiana, los hombres eran más	El número de personas con glaucoma en todo el mundo aumentará a 111,8 millones en 2040, lo que afecta de manera desproporcionada a las personas que residen en Asia y África. Estas estimaciones son importantes para guiar los diseños de detección de glaucoma, el tratamiento y	A.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					propensos a tener GPAA que las mujeres (odds ratio [OR], 1,36; 95% CrI, 1,23-1,52), y después de ajustar por edad, sexo, tipo de vivienda, la tasa de respuesta, y el año de estudio, las personas de ascendencia africana eran más propensos a tener GPAA que las personas de ascendencia europea (OR, 2,80; 95% CrI, 1,83-4,06), y las personas que viven en zonas urbanas tenían más probabilidades de tener GPAA que en las zonas rurales (OR, 1,58; 95% CrI, 01.19 a 02.04).	las estrategias de salud pública relacionados.	

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
16	Pruebas de detección para la detección de glaucoma de ángulo abierto: revisión sistemática y meta-análisis	Graham Mowatt1, Jennifer Burr1,2, Jonathan Cook1, M. A. Rehman Siddiqui2, Craig Ramsay1, Cynthia Fraser1, Augusto Azuara-Blanco2, Jonathan J. Deeks3 y para el Proyecto de Detección OAG	Estudios poblacionales de prevalencia de glaucoma publicados hasta diciembre del 2005	Revisión sistemática y meta-análisis	Cuarenta estudios que incluían a más de 48.000 personas reportaron nueve pruebas. La mayoría de los ensayos se informaron por sólo unos pocos estudios. Tecnología de frecuencia de duplicación (FDT; C-20-1) fue significativamente más sensible que la oftalmoscopia (30, 95% intervalo de credibilidad [CRI] 0-62) y tonometría de aplanación de Goldmann (GAT; 45, 95% CrI 17-68), mientras norma umbral perimetría automatizada (SAP) y Heidelberg Retinal Tomógrafo (HRT II) eran tanto más sensible que GAT (41, 95% CrI 14-64 y 39, 95% CrI 3-64, respectivamente). GAT fue más específica que tanto FDT C-20-5 (19, 95% CrI 0-53) y SAP umbral (14, 95% CrI 1-37). A juzgar por el rendimiento diagnóstico odds ratio, FDT, perimetría oculokinetic, y HRT II son prometedoras pruebas. La oftalmoscopia, SAP, fotografía de la retina, y GAT tenían relativamente pobre desempeño como pruebas individuales.	Ninguna prueba o conjunto de pruebas fue claramente superior para detección de glaucoma. Se necesita más investigación para evaluar la exactitud comparativa de las pruebas más prometedoras.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
17	Prevalencia y severidad de las manifestaciones no detectadas de Glaucoma: Resultados de la Evaluación Temprana de las manifestaciones de Glaucoma	Anders Heijl, MD, PhD1, Boel Bengtsson, PhD1, Sigridur Erla Oskarsdottir, MD1	1992 y 1997	Estudio transversal	Entre los temas seleccionados, que eran el 77,5% de todos los sujetos invitados, se identificaron un total de 406 sujetos (1,23%) con glaucoma no detectado previamente. La prevalencia aumenta con la edad, de 0,55% a los 55 a 59 años a 2,73% a los 75 y 79 años. Enfermedad unilateral representó el 66% de todos los casos. Alcance de la pérdida del campo visual fue similar en todos los grupos de edad de 60 años y más. La mayoría de los ojos tenía precoz (35%) o moderada (31%) los defectos del campo visual glaucomatoso, pero 134 sujetos (33%) tuvieron avanzada pérdida de campo visual en al menos 1 de los ojos. Ningún tema era ciego de ambos ojos, pero el 3,4% de los pacientes recién diagnosticados fueron unilateralmente ciego a causa de glaucoma.	La prevalencia del glaucoma no detectado aumenta con la edad, mientras que la gravedad de la enfermedad no se incrementó en sujetos mayores de 60 años de edad. Un tercio de los pacientes con glaucoma no detectado previamente tenía enfermedad avanzada o temprano-etapa en al menos 1 de los ojos. Unilateralmente sujetos ciegos estaban presentes en todos los grupos de edad	C.1
18	Utilidad de la tonometría de aplanación en atención primaria	F Rubio Sevillano, E Peñascal Pujol, M Vigil Beneito, A Alayeto Sánchez, JA Ibáñez Estella, A Sánchez Ibáñez	Mayo y junio de 1995.	Estudio descriptivo prospectivo	Se obtuvo una muestra de 354 pacientes, el 38% varones y el 62% mujeres, con una edad media de 63,5 años. Se registró una tonometría >18 mmHg en 49 casos, que fueron derivados al oftalmólogo, confirmándose la existencia de HIO en 10 casos (2,8% del total). El valor predictivo positivo para HIO, con un punto de corte de 18 mmHg en nuestro estudio es de	Consideramos que el tonómetro de aplanación empleado es útil para la detección de HIO en atención primaria.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					20,4%. El 60% de los pacientes con HIO presentan factores de riesgo.		
19	Impacto de cribado de la retinopatía diabética en un Población del distrito británica: la detección de casos y prevención de la ceguera en un modelo basado en la evidencia	Max Bachmann, Sally J Nelson	Revisión de estudios de prevalencia, incidencia, validez de pruebas de detección y eficacia de tratamiento o desde Enero 1980 a junio de 1996	Revisión sistemática y meta-análisis	La prevalencia de la retinopatía que requiere tratamiento sería de entre 1% y 6%; incidencia anual de la ceguera entre los diabéticos con retinopatía que requieren tratamiento sería de entre 6% y 9%; sensibilidad de las pruebas de cribado para la detección retinopatía que requirió tratamiento estaría entre 50% y 88%; y tratamiento podría prevenir 77% de los casos esperados de la ceguera. De los evaluados, aproximadamente el 4% sería detectado correctamente como requiriendo el tratamiento durante una evaluación inicial ronda, pero este rendimiento puede disminuir a alrededor de 1% en el cribado anual posterior rondas. De los tratados, aproximadamente 6% lo haría prevenirse de la ceguera en un año de tratamiento y el 34% dentro de 10 años del tratamiento.	La detección y el tratamiento temprano de la retinopatía diabética puede prevenir discapacidad sustancial. La eficacia y la eficiencia de la detección podría ser realizado por la mejora del rendimiento de las pruebas actuales o aumento en el uso de fotografía retiniana midriática, y por aumento de la absorción, especialmente entre diabéticos con mayor riesgo.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
20	Telemedicina para detectar retinopatía diabética: una revisión sistemática y meta-análisis	Lili Shi1,2, Huiqun Wu1, Jiancheng Dong1, Kui Jiang1, Xiting Lu3, Jian shi4	Revisión realizada 2013-2014	Revisión sistemática y meta-análisis	Veinte artículos relacionados con 1960 participantes fueron incluidos. Sensibilidad agrupado de telemedicina superó el 80% en la detección de la ausencia de DR, bajo o la retinopatía diabética proliferativa de alto riesgo (PDR), que superó el 70% en la detección de la retinopatía leve o moderada no diabética proliferativa (RDNP), DME y macular clínicamente significativo edema (CSME) y fue del 53% (IC 95% 45% a 62%) en la detección de RDNP grave. Especificidad agrupado de telemedicina superó el 90%, excepto en la detección de RDNP leve que alcanzó el 89% (IC del 95%: 88% a 91%). La precisión diagnóstica fue mayor con imágenes digitales obtenidas a través de midriasis que a través de no midriasis, y fue más alta cuando se utilizó un amplio ángulo (100-200 °) en comparación con un ángulo estrecho (45-60 °, 30 ° o 35 °) en la detección de la ausencia de DR y la presencia de RDNP leve. No se detectó potencial sesgo de publicación.	La precisión diagnóstica de la telemedicina mediante imagen digital en RD es en general alta. Puede ser utilizado ampliamente para la detección DR. Telemedicina basada en la técnica de imagen digital que combina midriasis con un campo de gran angular (100-200 °) es la mejor opción en la detección de la ausencia de DR y la presencia de RDNP leve.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
21	Retinografía y tonometría en atención primaria: técnicas incorporadas a la práctica habitual de enfermería	Carmen Novogarcía, Sofía de Dios-Perrino, Concepción Lafuente-López, Carmen Romero-Arancón, Felisa Herrero-Rubio	Publicado en el 2014	Estudio descriptivo observacional	Se ha aumentado a un 50% (133) la cobertura de diabéticos que se han sometido al cribado ocular. El 38% (44) de los pacientes estudiados presentó algún grado de retinopatía y la calidad de las imágenes obtenidas en un 67% (88) fue buena. La concordancia en la interpretación fue moderada. El tipo de diabetes y de tratamiento, la presencia de dislipemia y nefropatía y los años de evolución y la glucohemoglobina elevada son variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas. La cifra de presión intraocular media ha sido 14,66 mmHg; el 5% (6) presentó cifras >21 mmHg.	La realización de un cribado ocular integral a los pacientes diabéticos se debe consolidar como intervención a implementar en atención primaria y remitir a especializada solamente a los pacientes con criterios de derivación, los casos dudosos y los fracasos de la técnica.	B.1
22	Causas de la pérdida de la visión en todo el mundo, 1990-2010: Un análisis sistemático	Rupert R A Bourne, Gretchen A Stevens, Richard A White, Jennifer L Smith, Seth R Flaxman, Holly Price, Jost B Jonas, Jill Keeff, Janet Leasher†, Kavin Naidoo†, Konrad Pesudovs†,	Publicado en el año 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	Las principales causas en el mundo de 1990 y 2010 para la ceguera fueron: Cataratas (39% y 33%, respectivamente), error de refracción no corregido (20% y 21%) y degeneración macular (5% y 7%), y para MSVI fueron errores de refracción no corregidos (51% y 53%), cataratas (26% y 18%) y maculares Degeneración (2% y 3%). Las causas de ceguera varían sustancialmente según la	Las diferencias y los cambios temporales que encontramos en las causas de ceguera y MSVI tienen implicaciones Para la planificación y la asignación de recursos en el cuidado de los ojos	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
		Serge Resnikoff †, Hugh R Taylor†,			región. En todo el mundo y en todas las regiones más Las mujeres que los hombres eran ciegos o tenían MSVI debido a la catarata y la degeneración macular.		
23	Revisión crítica: verduras y frutas en la prevención de enfermedades crónicas enfermedades	Heiner Boeing, Angela Bechthold, Achim Bub, Sabine Ellinger, Dirk Haller, Anja Kroke, Eva Leschik-Bonnet, Manfred J. Müller, Helmut Oberritte, Matthias Schulze, Peter Stehle, Bernhard Watzl	Publicado en junio 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	Para la hipertensión, enfermedad coronaria, y accidente cerebrovascular, hay evidencia convincente de que el aumento del consumo de verduras y frutas reduce el riesgo de enfermedad. Hay evidencia probable de que el riesgo de cáncer en general es inversamente asociado con el consumo de hortalizas y fruta. Además el sobrepeso es el riesgo más importante Factor de diabetes mellitus tipo 2, un aumento del consumo De hortalizas y frutas por lo tanto podría indirectamente reduce la incidencia de diabetes mellitus tipo 2. Hay pruebas posibles de que El aumento del consumo de verduras y frutas disminuye el riesgo de ciertas enfermedades de los ojos, la demencia y la osteoporosis. Para glaucoma y la retinopatía diabética, no hubo pruebas suficientes sobre una asociación con el consumo de verduras y frutas.	Esta revisión muestra que una ingesta diaria de estos alimentos promueve la salud. Por lo tanto, campañas nacionales para aumentar el consumo de frutas, la promoción de consumo de hortalizas y frutas como política es una estrategia preferible para reducir la carga de varias enfermedades crónicas en las sociedades occidentales	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
24	Epidemiología actual de la retinopatía diabética	Jie Ding, Tien Yin Wong	Publicado mayo 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	Con el aumento de la prevalencia mundial de la diabetes, la retinopatía diabética (DR) es la principal causa de deterioro de la visión en muchos países. DR Afecta a un tercio de las personas con diabetes y la prevalencia aumenta con la duración de la diabetes, actualmente hay datos sobre la epidemiología del edema macular diabético (DME), una complicación avanzada de DR; estudios que sugiere que el DME puede afectar hasta un 7% de las personas con diabetes. Los factores de riesgo para DME son en gran parte similares a la DR, pero la dislipidemia parece desempeñar un papel más relevante. La detección temprana de DR y DME a través de Programas de detección y derivación apropiada para la terapia es importante para preservar la visión en personas con diabetes.	Hay evidencia clara de que controlar los factores sistémicos, hiperglucemia e hipertensión, pueden reducir la incidencia de y la progresión de DR y pérdida visual. Terapia hipolipemiente pueden ser más protectores contra la retinopatía severa, como PDR y DME. Además, la detección temprana de la retinopatía a través de exámenes generales de los ojos dilatados mediante los proveedores de atención oftalmológica es fundamental para la prevención de la DR.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
25	Y Edema Macular Diabético	Donatella Pascolini, Silvio Paolo Mariotti	Publicado abril 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	A nivel mundial, el número de Personas de todas las edades con discapacidad visual 285 millones, de los cuales 39 millones son ciegos, con Incertidumbres de 10e20%. Personas mayores de 50 años Representan el 65% y el 82% de deficientes visuales y ciegos, respectivamente. Las principales causas de discapacidad visual son: Errores de refracción no corregidos (43%) seguidos de cataratas (33%); La primera causa de ceguera es la catarata (51%).	Este estudio indica que la discapacidad visual En 2010 es un problema de salud importante que es igualmente distribuido entre las regiones de la OMS; El abordaje de las causas es prevenible como el 80% de la carga global total.	B.1
26	Estimaciones globales de discapacidad visual: 2010	Susannah Rowe, Catherine H. MacLean, Paul G. Shekelle,	Publicado en marzo 2004	Revisión sistemática	La mayoría de las guías principales recomiendan la remisión periódica de adultos mayores a un oftalmólogo para una evaluación integral para detectar enfermedades oculares y discapacidad visual. El valor de la detección sistemática de la pérdida de la visión en la atención primaria no se ha establecido. La identificación oportuna y el tratamiento de las enfermedades reducir sustancialmente la incidencia y la prevalencia de discapacidad visual entre los adultos mayores. La optimización de la gestión de enfermedades sistémicas, como la diabetes, la hipertensión y la hiperlipidemia, Reduce	Los médicos de atención primaria pueden desempeñar un papel vital en la preservación de la visión en sus pacientes mediante la gestión de enfermedades sistémicas que afectan la salud de los ojos y garantizando que los pacientes se someten a evaluaciones periódicas por parte de los profesionales de la vista y reciben la atención ocular necesaria.	B.1

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					significativamente el riesgo de trastornos oculares relacionados.		

❖ SALUD BUCAL

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of combined caries-preventive methods: a systematic review of controlled clinical trials.	Axelsson S et al.	2004	Meta-análisis	Todas las combinaciones que incluían el uso de productos con flúor tuvieron efecto protector en niños, estadísticamente significativo ($p < 0.05$)	Se recomienda uso de medidas de prevención combinadas que involucren el uso de productos con flúor, especialmente en niños. Limitada evidencia para valorar efectos en otros grupos etareos.	A1
2	A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health.	Kay E et al.	1998	Meta-análisis	Las caries y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas por cepillado regular.	Las medidas de prevención y promoción de la salud oral que involucren el uso de flúor son efectivas en la reducción de caries.	A1

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
3	The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review.	Berchier CE et al.	2008	Meta-análisis	Solo una pequeña fracción de los estudios incluidos encuentra un beneficio discreto; pero estadísticamente significativo ($p < 0.05$) para el uso adicional de hilo dental cuando se compararon los valores medios y desviaciones estándar de los índices clínicos de placa y gingivitis.	Los profesionales de la salud oral deben determinar, evaluando caso por caso, si el uso de hilo dental en forma consistente y con alta calidad es una meta realmente alcanzable. La evidencia disponible no permite apoyar o descartar el uso de hilo dental en forma complementaria al cepillado.	A1
4	The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation: a systematic review.	Slot DE et al.	2008	Meta-análisis	Los estudios demuestran una diferencia positiva y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) cuando se evalúan los siguientes marcadores: índice de placa, índice de sangrado, y profundidad sondaje de la enfermedad periodontal.	El uso de cepillado interdental remueve más placa que el cepillado solo regular.	A1
5	Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults.	Griffin SO et al.	2007	Meta-análisis	La proporción de casos de caries evitada por la aplicación de flúor varía entre 29% y 22% anualmente. En comparación a una fluorización de vía sistémica.	El uso de flúor (Independientemente de su forma de aplicación) y la fluoración del agua son efectivas medidas para prevenir la caries en adultos.	A1

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
6	Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children.	Marinho VC et al.	2003	Meta-análisis	La fracción prevenida estimada agregada de placa bacteriana fue de 28%. Mínimos efectos adversos reportados	El uso de flúor en gel es efectiva para la prevención de caries en niños	A1
7	Professional fluoride varnish treatment for caries control: a systematic review of clinical trials.	Petersson LG et al.	2004	Meta-análisis	La fracción prevenida estimada agregada de placa bacteriana fue de 30%; pero la calidad de la evidencia disponible no fue la mejor esperada.	El uso de flúor en barniz es efectivo para la prevención de caries en niños. Es necesario realizar más investigaciones con mejor calidad para llegar a conclusiones massolidas.	A1
8	The effect of cetylpyridinium chloride-containing mouth rinses as adjuncts to toothbrushing on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review.	Haps S et al.	2008	Meta-análisis	El promedio estandarizado y la desviación estándar de los índices de placa e inflamación gingival fueron menores y estadísticamente significativos ($p < 0.05$) favorables para el uso del enjuagatorio, en adicional cepillado regular.	El uso de enjuagatorios orales con cloruro de cetilpiridinio, junto a la higiene oral supervisada o no supervisada, es efectiva para reducir la acumulación de placa bacteriana e inflamación gingival.	A1
9	The atraumatic restorative treatment (ART) approach for managing dental caries: a meta-analysis.	van 't Hof MA et al	2006	Meta-análisis	Sobrevida luego de las restauraciones: Entre 95% y 97% luego de un año, 86% a los 3 años, y 72% a los 6 años	La aplicación de la practica restaurativa a traumática tiene una gran sobrevida, especialmente con ionómero de viscosidad alta	A1

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
10	Outcome of root canal obturation by warm gutta-percha versus cold lateral condensation: a meta-analysis	Peng L et al.	2007	Meta-análisis	La única diferencia encontrada fue en el parámetro de sobre-extensión (RR=2, indicando efecto directo favorable para el grupo de obturación). Efectos en dolor post-operatorio, calidad de la obturación y evolución a largo plazo fueron similares.	La aplicación de la obturación del canal radicular tuvo mayor ocurrencia de sobre-extensión. Es más recomendable su uso debido a su relativo menor costo.	A1

❖ DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Anexo N° 1 – Narrativo de Evidencia

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
Alimentación inadecuada							
• Baja adherencia a patrones alimentarios saludables y/o alta adherencia a patrones poco saludables							
1.	The association between dietary patterns and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies.	Alhazmi, A., et al.	<u>J Hum Nutr Diet</u> 2014, 27 (3): 251-260.	Meta-analysis of cohort studies	Association between dietary patterns and the risk of type 2 diabetes.	There was evidence of a reduction in the risk of T2D in the highest adherence compared to the lowest adherence to healthy dietary patterns [RR = 0.79, 95% confidence interval (CI) = 0.74-0.86, P < 0.005]. An increase in the risk of T2D was evident for the highest adherence compared to the lowest adherence to unhealthy dietary patterns (RR = 1.44, 95% CI = 1.33-1.57, P < 0.005).	A1
2.	The Evidence for Dietary Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease	van Horn, L., et al.	<u>J Am Dietetic Assoc.</u> 2008, 108 (2): 287-331	Systematic review	Evidence associated with key dietary factors and risk of cardiovascular disease	Criteria used and results cited provide scientific rationale for food and nutrition professionals and other health professionals for counseling patients. Details of these searches are available within the American Dietetic Association Evidence Analysis Library online (http://adaevidencelibrary.com). Potential mechanisms and needs for future research are summarized for each relevant nutrient, food, or food component.	A2
3.	The effect of Mediterranean diet on the development of	Koloverou, E., et al.	<u>Metabolism</u> 2014, 63 (7): 903-911.	Systematic review and meta-analysis of	Evaluate the effect of a Mediterranean diet on the	Higher adherence to the Mediterranean diet was associated with 23% reduced risk of developing T2D (combined RR for upper vs lowest available centile: 0.77;	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of 10 prospective studies and 136,846 participants.			prospective studies	development of T2D	95% CI: 0.66, 0.89). Subgroup analyses based on region, health status of participants and number of confounders controlling for, showed similar results. Limitations include variations in Mediterranean diet adherence assessment tools, confounders' adjustment, duration of follow up and number of events with DM. The presented results are of major public health importance, since no consensus exists concerning the best anti-diabetic diet. Mediterranean diet could, if appropriately adjusted to reflect local food availability and individual's needs, constitute a beneficial nutritional choice for the primary prevention of diabetes.	
4.	Methodologic quality of meta-analyses and systematic reviews on the Mediterranean diet and cardiovascular disease outcomes: a review	Huedo-Medina T, et al	<u>Am J of Clin Nutr.</u> 2016, 103 (3): 841-850	Systematic Review.	Evaluate the quality of recent systematic reviews/ meta-analyses on MedSD and CVD risk outcomes.	Reviews completely satisfied from 8% to 75% of the AMSTARMedSD items (mean ± SD: 31.2% ± 19.4%), with those published in higher-impact journals having greater quality scores. At a minimum, 60% of the 24 reviews did not disclose full search details or apply appropriate statistical methods to combine study findings. Only 5 of the reviews included participant or study characteristics in their analyses, and none evaluated MedSD diet characteristics. These data suggest that current meta-analyses/systematic	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						reviews evaluating the effect of MedSD on CVD risk do not fully comply with contemporary methodologic quality standards. There are more research questions to answer to enhance our understanding of how MedSD affects CVD risk or how these effects may be modified by the participant or MedSD characteristics.	
5.	Effects of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet on some risk for developing type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis on controlled clinical trials.	Shirani, F., et al.	<u>Nutrition</u> 2013, 29 (7-8): 939-947.	Systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials	Effects of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet consumption on the indices of glycemic control	Meta-analysis showed that the DASH diet can significantly reduce fasting insulin concentration (mean difference -0.15; 95% CI -0.22 to -0.08; P < 0.001). Subgroup analysis based on the study period showed that the DASH diet could significantly reduce fasting insulin levels when prescribed for more than 16 wk (mean difference -0.16; 95% CI, -0.23 to -0.08; P < 0.001). Meta-analysis could not show a beneficial effect of the DASH diet on FBG (mean difference -0.26; 95% CI, -0.56 to 0.05; P = 0.1), and HOMA-IR (mean difference -0.26; 95% CI, -0.56 to 0.05; P = 0.1). The DASH dietary pattern may lead to an improvement in insulin sensitivity independent of weight loss. The DASH diet may play an important role in glycemic control in long-term interventions.	A1
6.	Effects of Dietary	Salehi-	<u>Nutrition</u> . 2013,	Systematic	Longitudinal	Meta-analysis showed that imitating a	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Approaches to Stop Hypertension (DASH)-style diet on fatal or nonfatal cardiovascular diseases-- Incidence: A systematic review and meta-analysis on observational prospective studies	Abargouei, A, et al	29 (4): 611-618	review and meta-analysis on cohort studies	effects of a DASH-style diet on the incidence of CVD, coronary heart disease (CHD), stroke, and heart failure (HF)	DASH-like diet can significantly reduce CVDs (RR = 0.80; 95% confidence interval [CI], 0.74-0.86; P < 0.001), CHD (RR = 0.79; 95% CI, 0.71-0.88; P < 0.001), stroke (RR = 0.81, 95% CI, 0.72-0.92; P < 0.001), and HF (RR = 0.71, 95% CI, 0.58-0.88; P < 0.001) risk. A linear and negative association was obtained between DASH-style diet concordance and all CVDs, as well. Our results showed that a DASH-like diet can significantly protect against CVDs, CHD, stroke, and HF risk by 20%, 21%, 19% and 29%, respectively. Furthermore, there is a significant reverse linear association between DASH diet consumption and CVDs, CHD, stroke, and HF risk.	
7.	A posteriori dietary patterns are related to risk of type 2 diabetes: findings from a systematic review and meta-analysis.	McEvoy, C. T., et al.	<u>J Acad Nutr Diet</u> 2014, 114 (11): 1759-1775 e1754.	Systematic review and meta-analysis	Association between a posteriori-derived dietary patterns (DPs) and risk of T2D	Pooled results indicated a 15% lower T2D risk for those in the highest category of Healthy/Prudent pattern compared with those in the lowest category (95% CI 0.80 to 0.91; P<0.0001). Compared with the lowest category of Unhealthy/Western DP, those in the highest category had a 41% increased risk of T2D (95% CI 1.32 to 1.52; P<0.0001). These results provide evidence that DPs are consistently associated with risk of T2D even when other lifestyle factors are controlled for.	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						Thus, greater adherence to a DP characterized by high intakes of fruit, vegetables, and complex carbohydrate and low intakes of refined carbohydrate, processed meat, and fried food may be one strategy that could have a positive influence on the global public health burden of T2D.	
8.	Macronutrient intakes and development of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies.	Alhazmi, A., et al.	<u>J Am Coll Nutr</u> 2012, 31 (4): 243-258.	Systematic review and meta-analysis of cohort studies	Association between macronutrient intake and type 2 diabetes risk	High intake of total dietary carbohydrate was associated with an increased type 2 diabetes risk (relative risk [RR] = 1.11, 95% confidence interval [CI]: 1.01 to 1.22, p = 0.035); however, this effect was not observed in an analysis stratified by gender. High vegetable fat intake was associated with a reduced type 2 diabetes risk in females (RR = 0.76, 95% CI: 0.68 to 0.85, p < 0.001). Other macronutrients were not significantly associated with type 2 diabetes risk.	A1
• Exceso de azúcares (carbohidratos simples)							
9.	Does high sugar consumption exacerbate cardiometabolic risk factors and increase the risk of type 2 diabetes and	Sonestedt, E., et al	<u>Food & Nutr Research.</u> 2012, 56 : 1-19	Systematic review of prospective cohort studies and randomised controlled intervention	Association of sugar intake (sugar-sweetened beverages, sucrose and fructose) with T2D, CVD and	The outcome was that out of the 17 studies extracted, 15 were prospective cohort studies and 2 were randomised controlled crossover trials. With respect to incident T2D (9 studies), 4 of 6 prospective cohort studies found a significant positive association for sugar-sweetened beverage intake. In general,	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	cardiovascular disease?			studies	related metabolic risk factors (impaired glucose tolerance, insulin sensitivity, dyslipidemia, blood pressure, uric acid, inflammation markers), and on all-cause mortality	larger cohort studies with longer follow-up more often reported positive associations, and BMI seemed to mediate part of the increased risk. For other metabolic or CV risk factors or outcomes, too few studies have been published to draw conclusions. In conclusion, sugar-sweetened beverages probably increase the risk of T2D. For related metabolic risk factors, CVD or all-cause mortality and other types of sugars, too few studies were available to draw conclusions	
10.	Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies.	Greenwood, D. C., et al.	<u>Br J Nutr</u> 2014, 112 (5): 725-734.	Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies	Association between sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks and T2D	The summary RR for sugar-sweetened and artificially sweetened soft drinks were 1.20/330 ml per d (95 % CI 1.12, 1.29, P< 0.001) and 1.13/330 ml per d (95 % CI 1.02, 1.25, P= 0.02), respectively. The association with sugar-sweetened soft drinks was slightly lower in studies adjusting for BMI, consistent with BMI being involved in the causal pathway. Overall between-study heterogeneity was high. The included studies were observational, so their results should be interpreted cautiously, but findings indicate a positive association between sugar-sweetened soft drink intake and T2D risk, attenuated	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						by adjustment for BMI. The trend was less consistent for artificially sweetened soft drinks. This may indicate an alternative explanation, such as lifestyle factors or reverse causality.	
11.	Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction.	Imamura, F., et al.	<u>BMJ</u> 2015, 351 : h3576.	Systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction	Association between consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice with T2D	Higher consumption of sugar sweetened beverages was associated with a greater incidence of T2D, by 18% per one serving/day (95% CI 9-28%, I(2) for heterogeneity = 89%) and 13% (6-21%, I(2) = 79%) before and after adjustment for adiposity; for artificially sweetened beverages, 25% (18-33%, I(2) = 70%) and 8% (2-15%, I(2) = 64%); and for fruit juice, 5% (-1-11%, I(2) = 58%) and 7% (1-14%, I(2) = 51%). Habitual consumption of sugar sweetened beverages was associated with a greater incidence of T2D, independently of adiposity. Although artificially sweetened beverages and fruit juice also showed positive associations with incidence of T2D, the findings were likely to involve bias. Both artificially sweetened beverages and fruit juice were unlikely to be healthy alternatives to sugar sweetened beverages for the prevention of T2D.	A1
12.	Is there a dose-response relation	Livesey, G., et al.	<u>Am J Clin Nutr</u> 2013, 97 (3):	Systematic review &	Association between dietary	In a fully adjusted meta-analysis model, the GL was positively associated with RR	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	of dietary glycemic load to risk of type 2 diabetes? Meta-analysis of prospective cohort studies.		584-596.	meta-analyses of prospective cohort studies	glycemic load (GL) and type 2 diabetes (T2D)	of T2D of 1.45 (95% CI: 1.31, 1.61) for a 100-g increment in GL (P < 0.001; n = 24 studies; 7.5 million person-years of follow-up). Sex (P = 0.03), dietary instrument validity (P < 0.001), and ethnicity (European American compared with other; P = 0.04) together explained 97% of the heterogeneity among studies. Multiple influence, cumulative, and forecast analyses indicated that the GL-T2D relation tended to have reached stability and to have been underestimated. The relation was apparent at all doses of GL investigated, although it was statistically significant only at >95 g GL/2000 kcal. Findings from prospective cohort studies that related the GL to T2D appear robust and consistently indicate strong and significantly lower T2D risk in persons who consume lower-GL diets.	
<ul style="list-style-type: none"> Alto contenido de grasas y acidos grasos trans 							
13.	High cholesterol intake is associated with elevated risk of type 2 diabetes mellitus - a meta-analysis.	Tajima, R., et al.	<u>Clin Nutr</u> 2014, 33 (6): 946-950.	Meta-analysis of observational studies	Association between dietary cholesterol intake and T2D risk	Compared with the lowest category, the highest category had a significantly higher association with T2D risk (RR [95% CI], 1.25 [1.16-1.36]). The pooled RR for a 100-mg/day increment was also significant (1.11 [1.06-1.15]). Current meta-analysis suggested that high intake of cholesterol was positively associated with future T2D risk.	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
14.	The relationship between high-fat dairy consumption and obesity, cardiovascular, and metabolic disease	Kratz, M., et al	<u>Eur J Nutr.</u> 2013, 52 (1): 1-24	Systematic review of observational studies	Relationship between the consumption of dairy fat and high-fat dairy foods, obesity and cardiometabolic disease	In 11 of 16 studies, high-fat dairy intake was inversely associated with measures of adiposity. Studies examining the relationship between high-fat dairy consumption and metabolic health reported either an inverse or no association. Studies investigating the connection between high-fat dairy intake and DM or CVD incidence were inconsistent. We discuss factors that may have contributed to the variability between studies, including differences in (1) the potential for residual confounding; (2) the types of high-fat dairy foods consumed; and (3) bovine feeding practices (pasture vs. grain) known to influence the composition of dairy fat. The observational evidence does not support the hypothesis that dairy fat or high-fat dairy foods contribute to obesity or cardiometabolic risk, and suggests that high-fat dairy consumption within typical dietary patterns is inversely associated with obesity risk.	A2
15.	Monounsaturated Fatty Acids and Risk of Cardiovascular Disease: Synopsis of the Evidence Available from	Schwingshackl, L. and Hoffmann, G	<u>Nutrients.</u> 2012, 4 (12): 1989-2007	Review of systematic reviews and meta-analyses of randomized controlled	Effects of MUFA on CV & DM risk factors, CV events and CV death	Several studies indicated an increase of HDL-cholesterol and a corresponding decrease in triacylglycerols following a MUFA-rich diet. The effects on total and LDL-cholesterol appeared not consistent, but no detrimental effects on blood lipids were observed. Values for	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Systematic Reviews and Meta-Analyses			trials and cohort studies		systolic and diastolic blood pressure were found to be reduced during short- and long-term protocols using high amounts of MUFA as compared to low-MUFA diets. In T2D, MUFA exerted a hypoglycemic effect and reduced glycosylated hemoglobin in the long term. Data from meta-analyses exploring evidence from long-term prospective cohort studies provide ambiguous results with respect to the effects of MUFA on risk of coronary heart disease (CHD). One meta-analysis reported an increase in CHD events, however, most meta-analyses observed a lesser number of cases in participants subjected to a high-MUFA protocol. Additional long-term intervention studies are required to characterized efficacy of recommending MUFA-rich diet among general and clinical populations.	
<ul style="list-style-type: none"> Alto contenido de productos finales de glucosilación avanzada (AGE): carnes rojas y alimentos procesados 							
16	Red meat, dietary heme iron, and risk of type 2 diabetes: the involvement of advanced lipoxidation endproducts.	White, D. L. and Collinson A.	<u>Adv Nutr</u> 2013, 4(4): 403-411.	Review	This review discusses the findings of cohort studies and meta-analyses of heme iron and red meat intakes and the risk of	These suggest that processed red meat is associated with increased risk, with high intakes of red meat possibly also associated with a small increased risk. Historically, humans have relied on large quantities of heme iron and red meat in their diets, and therefore it is paradoxical that iron from meat sources should be associated with the risk of T2D. A reason	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					T2D.	for this association may be drawn from studies of dietary advanced glycation and lipoxidation endproducts present in processed food and the mechanisms by which insulin output by pancreatic islet cells might be influenced by the protein modifications present in processed red meat.	
17.	Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis.	Pan, A., et al.	<u>Am J Clin Nutr</u> 2011, 94 (4): 1088-1096.	Meta-analysis	Association between unprocessed and processed red meat consumption and incident T2D in US adults	After adjustment for age, BMI, and other lifestyle and dietary risk factors, both unprocessed and processed red meat intakes were positively associated with T2D risk in each cohort (all P-trend <0.001). The pooled HRs (95% CIs) for a one serving/d increase in unprocessed, processed, and total red meat consumption were 1.12 (1.08, 1.16), 1.32 (1.25, 1.40), and 1.14 (1.10, 1.18), respectively. Results were confirmed by a meta-analysis (442,101 participants and 28,228 diabetes cases): the RRs (95% CIs) were 1.19 (1.04, 1.37) and 1.51 (1.25, 1.83) for 100 g unprocessed red meat/d and for 50 g processed red meat/d, respectively. We estimated that substitutions of one serving of nuts, low-fat dairy, and whole grains per day for one serving of red meat per day were associated with 16-35% lower risk of T2D. Red meat consumption, particularly processed, is associated with an	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						increased risk of T2D.	
18.	Unprocessed red and processed meats and risk of coronary artery disease and type 2 diabetes--an updated review of the evidence.	Micha, R., et al.	<u>Curr Atheroscler Rep</u> 2012, 14 (6): 515-524.	Meta-analyses of prospective cohorts	effects of unprocessed (fresh/frozen) red and processed (using sodium/other preservatives) meat consumption on CHD and diabetes.	Higher risk of coronary heart disease (CHD) is seen with processed meat consumption (RR per 50 g: 1.42, 95 %CI = 1.07-1.89), but a smaller increase or no risk is seen with unprocessed meat consumption. Differences in sodium content (~400 % higher in processed meat) appear to account for about two-thirds of this risk difference. In similar analyses, both unprocessed red and processed meat consumption are associated with incident diabetes, with higher risk per g of processed (RR per 50 g: 1.51, 95 %CI = 1.25-1.83) versus unprocessed (RR per 100 g: 1.19, 95 % CI = 1.04-1.37) meats. The findings suggest that neither unprocessed red nor processed meat consumption is beneficial for cardiometabolic health, and that clinical and public health guidance should especially prioritize reducing processed meat consumption.	A1
• Consumo de huevos							
19.	Egg consumption and risk of cardiovascular diseases and diabetes: a meta-analysis.	Li, Y., et al.	<u>Atherosclerosis</u> 2013, 229 (2): 524-530.	Systematic review	dose-response relationship between egg consumption and the risk of cardiovascular	The pooled RRs of the risk of CVD, CVD for separated diabetes patients, and diabetes for the highest vs lowest egg intake were 1.19 (95% CI 1.02-1.38), 1.83 (95% CI 1.42-2.37), 1.68 (95% CI 1.41-2.00), respectively. For each	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					diseases (CVD) and diabetes	4/week increment in egg intake, the RRs of the risk for CVD, CVD for separated diabetes patients, diabetes was 1.06 (95% CI 1.03-1.10), 1.40 (95% CI 1.25-1.57), 1.29 (95% CI 1.21-1.37), respectively. Subgroup analyses showed that population in other western countries have increased CVD than ones in USA (RR 2.00, 95% CI 1.14 to 3.51 vs 1.13, 95% CI 0.98 to 1.30, P = 0.02 for subgroup difference). Our study suggests that there is a dose-response positive association between egg consumption and the risk of CVD and diabetes.	
20.	Egg consumption in relation to risk of cardiovascular disease and diabetes: a systematic review and meta-analysis.	Shin, J. Y., et al.	<u>Am J Clin Nutr</u> 2013, 98 (1): 146-159.	Systematic review and meta-analysis of cohort studies	Association of egg consumption with cardiovascular disease (CVD) and diabetes	Comparison of the highest category (≥ 1 egg/d) of egg consumption with the lowest (< 1 egg/wk or never) resulted in a pooled HR (95% CI) of 0.96 (0.88, 1.05) for overall CVD, 0.97 (0.86, 1.09) for ischemic heart disease, 0.93 (0.81, 1.07) for stroke, 0.98 (0.77, 1.24) for ischemic heart disease mortality, 0.92 (0.56, 1.50) for stroke mortality, and 1.42 (1.09, 1.86) for T2D. Of the studies conducted in diabetic patients, the pooled HR (95% CI) was 1.69 (1.09, 2.62) for overall CVD. Egg consumption is not associated with the risk of CVD and cardiac mortality in the general population. However, egg consumption may be associated with an	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						increased incidence of T2D among general population and CVD comorbidity among diabetic patients.	
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de pescado y ácidos grasos de cadena larga 							
21.	Fish consumption, dietary long-chain n-3 fatty acids, and risk of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of prospective studies.	Wallin, A., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2012, 35 (4): 918-929.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Association between fish consumption, dietary long-chain n-3 fatty acids, and risk of T2D	Considerable statistical heterogeneity in the overall summary estimates was partly explained by geographical differences. For each serving per week increment in fish consumption, the RR (95% CI) of T2D were 1.05 (1.02-1.09), 1.03 (0.96-1.11), and 0.98 (0.97-1.00) combining U.S., European, and Asian/Australian studies, respectively. For each 0.30 g/day increment in long-chain n-3 fatty acids, the corresponding summary estimates were 1.17 (1.09-1.26), 0.98 (0.70-1.37), and 0.90 (0.82-0.98). Results indicate differences between geographical regions in observed associations of fish consumption and dietary intake of long-chain n-3 fatty acids with risk of T2D.	A1
22.	Fish Consumption and Incidence of Diabetes: meta-analysis of data from 438,000 individuals in 12 independent prospective	Xun, P. and K. He	<u>Diabetes Care</u> 2012, 35 (4): 930-938.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Association between fish consumption and diabetes risk.	Compared with those who never consumed fish or ate fish less than once per month, the pooled RR of incident diabetes was 0.99 (95% CI 0.85-1.16) for individuals who ate fish 5 or > times per week (P(trend) = 0.80). Similar results were found for long-chain n-3 polyunsaturated fatty acid intake. An	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	cohorts with an average 11-year follow-up.					inverse association between fish intake and diabetes incidence was found by combining studies conducted in Eastern but not Western countries. Accumulated evidence generated from this meta-analysis does not support an overall inverse association of fish or fish oil intake with incidence of diabetes.	
23	Omega-3 fatty acids and incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis.	Wu, J. H., et al.	<u>Br J Nutr</u> 2012, 107 Suppl 2 : S214-227.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Relationship between omega-3 polyunsaturated fatty acids (n-3 PUFA) from seafood sources (EPA, DHA) or plant sources (ALA) and risk of T2D	Consumption of fish and/or seafood was not significantly associated with DM (n = 13 studies; RR per 100 g/d = 1.12, 95 % CI = 0.94, 1.34); nor were consumption of EPA+DHA (n = 16 cohorts; RR per 250 mg/d = 1.04, 95 % CI = 0.97, 1.10) nor circulating levels of EPA+DHA biomarkers (n = 5 cohorts; RR per 3 % of total fatty acids = 0.94, 95 % CI = 0.75, 1.17). Both dietary ALA (n = 7 studies; RR per 0.5 g/d = 0.93, 95 % CI = 0.83, 1.04) and circulating ALA biomarker levels (n = 6 studies; RR per 0.1 % of total fatty acid = 0.90, 95 % CI = 0.80, 1.00, P = 0.06) were associated with non-significant trend towards lower risk of DM. The overall pooled findings do not support either major harms or benefits of fish/seafood or EPA+DHA on development of DM, and suggest that ALA may be associated with modestly lower risk.	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
24.	The impact of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation on the incidence of cardiovascular events and complications in peripheral arterial disease: a systematic review and meta-analysis	Enns, J.E., et al.	BMC Cardiovas Dis, 2014, 14: 70-79	Systematic review and meta-analysis of.	Relation between omega-3 PUFA supplementation with reduction of incidence of CV events in adults with peripheral arterial disease	There was no evidence of a protective association of omega-3 PUFA supplementation against major adverse cardiac events (pooled RR 0.73, 95% CI 0.22 to 2.41, I ² 75%, 2 trials, 288 individuals) or other serious clinical outcomes. Adverse events and compliance were poorly reported. Our results showed that insufficient evidence exists to suggest a beneficial effect of omega-3 PUFA supplementation in adults with peripheral arterial disease with regard to CV events and other serious clinical outcomes.	A1
• Consumo de productos lácteos bajos en grasa							
25.	Dairy products and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies.	Aune, D., et al.	Am J Clin Nutr 2013, 98(4): 1066-1083.	Systematic review and dose-response meta-analysis	Association between intake of dairy products and the risk of T2D.	In the dose-response analysis, the summary RRs (95% CIs) were 0.93 (0.87, 0.99; I ² = 33%) per 400 g total dairy products/d (n = 12), 0.98 (0.94, 1.03; I ² = 8%) per 200 g high-fat dairy products/d (n = 9), 0.91 (0.86, 0.96; I ² = 40%) per 200 g low-fat dairy products/d (n = 9), 0.87 (0.72, 1.04; I ² = 94%) per 200 g milk/d (n = 7), 0.92 (0.86, 0.99; I ² = 0%) per 50 g cheese/d (n = 8), and 0.78 (0.60, 1.02; I ² = 70%) per 200 g yogurt/d (n = 7). Nonlinear inverse associations were observed for total dairy products (P-nonlinearity < 0.0001), low-fat dairy products (P-nonlinearity = 0.06), cheese (P-nonlinearity = 0.05),	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						and yogurt (P-nonlinearity = 0.004), and there was a flattening of the curve at higher intakes. Meta-analysis suggests that there is a significant inverse association between intakes of dairy products, low-fat dairy products, and cheese and risk of T2D.	
26.	Dairy consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis.	Chen, M., et al.	<u>BMC Med</u> 2014, 12 : 215.	Meta-analysis of prospective cohorts	association between consumption of different types of dairy and risk of T2D Diet was assessed by validated food-frequency questionnaires, and data were updated every four years. Incident T2D was confirmed by a validated supplementary questionnaire.	After adjustment for age, body mass index (BMI) and other lifestyle and dietary risk factors, total dairy consumption was not associated with T2D risk and the pooled hazard ratio (HR) (95% CI) of T2D for one serving/day increase in total dairy was 0.99 (0.98, 1.01). Among different types of dairy products, neither low-fat nor high-fat dairy intake was appreciably associated with risk of T2D. Yogurt intake was consistently and inversely associated with T2D risk across the three cohorts with the pooled HR of 0.83 (0.75, 0.92) for one serving/day increment (P for trend <0.001). We conducted a meta-analysis of 14 prospective cohorts with 459,790 participants and 35,863 incident T2D cases; the pooled relative risks (RRs) (95% CIs) were 0.98 (0.96, 1.01) and 0.82 (0.70, 0.96) for one serving total dairy/day and one serving yogurt/day, respectively. Higher intake of yogurt is associated with a reduced risk of T2D,	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						whereas other dairy foods & consumption of total dairy are not appreciably associated with incidence of T2D.	
27.	Dairy products consumption and risk of type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis.	Gao, D., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2013, 8 (9): e73965.	Systematic review and meta-analysis	dose-response association of dairy products intake and T2DM risk	We found an inverse linear association of consumption of total dairy products (13 studies), low-fat dairy products (8 studies), cheese (7 studies) & yogurt (7 studies) and risk of T2D. The pooled RRs were 0.94 (95% CI 0.91-0.97) and 0.88 (0.84-0.93) for 200 g/day total and low-fat dairy consumption, respectively. The pooled RRs were 0.80 (0.69-0.93) and 0.91 (0.82-1.00) for 30 g/d cheese and 50 g/d yogurt consumption, respectively. We also found a nonlinear association of total and low-fat dairy intake and T2DM risk, and the inverse association appeared to be strongest within 200 g/d intake. A modest increase in daily intake of dairy products such as low fat dairy, cheese and yogurt may contribute to the prevention of T2D, which needs confirmation in randomized controlled trials.	A1
28.	Dairy consumption and risk of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of cohort studies.	Tong, X., et al.	<u>Eur J Clin Nutr</u> 2011, 65 (9): 1027-1031.	Systematic review and meta-analysis of cohort	Association between dairy products consumption and T2DM	A combined RR of 0.86 (95% CI, 0.79-0.92) was revealed on T2D risk associated to dairy intake, with little evidence of heterogeneity. For subgroup analysis, a combined RR was 0.82 (95%	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
				studies		CI, 0.74-0.90), 1.00 (95% CI, 0.89-1.10), 0.95 (95% CI, 0.86-1.05) and 0.83 (95% CI, 0.74-0.93) for the intake of low-fat dairy, high-fat dairy, whole milk and yogurt, respectively. Dose-response analysis showed that T2D risk could be reduced 5% for total dairy products and 10% for low-fat dairy products. An inverse association of daily intake of dairy products, especially low-fat dairy, with T2D was revealed, indicating a beneficial effect of dairy consumption in the prevention of T2DM development.	
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de alto en fibras y granos enteros no refinados 							
29.	Dietary fiber intake and risk of type 2 diabetes: a dose-response analysis of prospective studies.	Yao, B., et al.	<u>Eur J Epidemiol</u> 2014, 29 (2): 79-88.	Meta-analysis of prospective studies	Association between dietary fiber intake and risk of T2D	The combined RR (95% CI) of T2D for intake of total dietary fiber, cereal fiber, fruit fiber and insoluble fiber was 0.81 (0.73-0.90), 0.77 (0.69-0.85), 0.94 (0.88-0.99) and 0.75 (0.63-0.89), respectively. A nonlinear relationship was found of total dietary fiber intake with risk of T2D (P for nonlinearity < 0.01), and the RR (95 % CI) of T2D were 0.98 (0.90-1.06), 0.97 (0.87-1.07), 0.89 (0.80-0.99), 0.76 (0.65-0.88), and 0.66 (0.53-0.82) for 15, 20, 25, 30, and 35 g/day. The departure from nonlinear relationship was not significant (P for nonlinearity = 0.72) and the risk of T2D decreased by 6 % (RR 0.94, 95 % CI 0.93-0.96) for 2 g/day increment in cereal fiber intake. Findings	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						from this meta-analysis indicate that the intakes of dietary fiber may be inversely associated with risk of T2D.	
30.	Whole grain and refined grain consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies.	Aune, D., et al.	<u>Eur J Epidemiol</u> 2013, 28 (11): 845-858.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Dose-response relationship between different types of grains intake and type 2 diabetes.	The summary relative risk per 3 servings per day was 0.68 (95% CI 0.58-0.81, I(2) = 82%, n = 10) for whole grains and 0.95 (95% CI 0.88-1.04, I(2) = 53%, n = 6) for refined grains. A nonlinear association was observed for whole grains, p nonlinearity < 0.0001, but not for refined grains, p nonlinearity = 0.10. Inverse associations were observed for subtypes of whole grains including whole grain bread, whole grain cereals, wheat bran and brown rice, but these results were based on few studies, while white rice was associated with increased risk. Our meta-analysis suggests that a high whole grain intake, but not refined grains, is associated with reduced T2D risk. Results support recommendations to replace refined grains with whole grains and suggest that at least two servings of whole grains per day should be consumed to reduce T2D risk.	A1
31.	White rice consumption and risk of type 2 diabetes: meta-analysis and	Hu, E. A., et al.	<u>BMJ</u> 2012, 344 : e1454.	Meta-analysis of prospective cohort studies	association between white rice consumption and risk of T2D	The pooled relative risk was 1.55 (95% CI 1.20 to 2.01) comparing the highest with the lowest category of white rice intake in Asian populations, whereas the corresponding RR was 1.12 (0.94-1.33)	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	systematic review.				(dose-response relation)	in Western populations (P for interaction= 0.038). In the total population, the dose-response meta-analysis indicated that for each serving per day increment of white rice intake, the RR of T2D was 1.11 (1.08 to 1.14) (P for linear trend<0.001). Higher consumption of white rice is associated with a significantly increased risk of T2D, especially in Asian (Chinese and Japanese) populations.	
32.	Meta-analysis of prospective studies on the effects of nut consumption on hypertension and type 2 diabetes mellitus.	Guo, K., et al.	<u>J Diabetes</u> 2015, 7 (2): 202-212.	Meta-analysis of prospective studies	effects of nut consumption on hypertension and T2DM risks	Compared with never/rare consumers of nuts, those consuming >2 servings per week had an 8% lower risk of hypertension (SRR = 0.92, 95% CI: 0.87-0.97, P(heterogeneity) = 0.590, I2 = 0%), while consuming one serving per week had similar risk (SRR = 0.97, 95% CI: 0.83-1.13). It was not associated with risk of T2D (SRRs = 0.98, 95% CI: 0.84-1.15; P(heterogeneity) = 0.008, I2 = 67.7%) on the basis of the highest versus lowest analysis. This null association was also shown in the dose-response analysis. Consumption of nuts (>2 servings/week) may be inversely associated with hypertension risk, but not with T2D risk.	A1
33.	Nut consumption in relation to	Zhou, D., et al.	<u>Am J Clin Nutr</u> 2014, 100 (1):	Systematic review and	Association between nut	Consumption of each 1 serving of nuts/d was significantly associated with incident	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	cardiovascular disease risk and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.		270-277.	meta-analysis of cohort studies	consumption and risk of coronary artery disease (CAD), stroke, hypertension and T2D.	CAD (RR: 0.81; 95% CI: 0.72, 0.91; P < 0.001) & HT (RR: 0.66; 95% CI: 0.44, 1.00; P =0.049). However, there was no association between the consumption of each 1 serving of nuts/d and risk of stroke (RR: 0.90; 95% CI: 0.71, 1.14) or T2D (RR: 0.80; 95% CI: 0.57, 1.14). A higher consumption of nuts was associated with reduced risk of CAD and hypertension but not stroke or T2D. Large randomized controlled trials are warranted to confirm the observed associations.	
• Consumo de frutas y vegetales							
34.	Fruit and vegetable intake and type 2 diabetes: EPIC-InterAct prospective study and meta-analysis.	Cooper, A. J., et al.	<u>Eur J Clin Nutr</u> 2012, 66 (10): 1082-1092.	Meta-analysis	Association of fruit and vegetable intake (FVI) with T2D.	In the European Prospective Investigation into Cancer-InterAct (EPIC-InterAct) prospective case-cohort study (eight European countries, 16,154 participants and 12,403 incident cases of T2D), in adjusted analyses the hazard ratio (95% CI) comparing the highest with lowest quartile of reported intake was 0.90 (0.80-1.01) for FVI; 0.89 (0.76-1.04) for fruit and 0.94 (0.84-1.05) for vegetables. Among FV subtypes, only root vegetables were inversely associated with DM 0.87 (0.77-0.99). In meta-analysis using pooled data from 5 studies including EPIC-InterAct, comparing the highest with lowest category for FVI was associated with a	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						lower relative risk of T2D (0.93 (0.87-1.00)). F or V separately were not associated with T2D. Among FV subtypes, only green leafy vegetable (GLV) intake (relative risk: 0.84 (0.74-0.94)) was inversely associated with T2D. Subtypes of vegetables, such as root vegetables or GLVs may be beneficial for the prevention of T2D, while total FVI may exert a weaker overall effect.	
35.	Fruit and vegetable intake and risk of type 2 diabetes mellitus: meta-analysis of prospective cohort studies.	Li, M., et al.	BMJ Open 2014, 4 (11): e005497.	Meta-analysis and systematic review of prospective cohort studies.	dose-response association between the intake of fruit and vegetables and risk of T2D	Evidence of curve linear associations was seen between fruit and green leafy vegetables consumption and risk of T2D (p=0.059 and p=0.036 for non-linearity, respectively). The summary RR of T2D for an increase of 1 serving fruit consumed/day was 0.93 (95% CI 0.88 to 0.99) without heterogeneity among studies (p=0.477, I(2)=0%). For vegetables, the combined RR of T2D for an increase of 1 serving consumed/day was 0.90 (95% CI 0.80 to 1.01) with moderate heterogeneity among studies (p=0.002, I(2)=66.5%). For green leafy vegetables, the summary RR of T2D for an increase of 0.2 serving consumed/day was 0.87 (95% CI 0.81 to 0.93) without heterogeneity among studies (p=0.496, I(2)=0%). The combined estimates showed no significant benefits	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						of increasing the consumption of fruit and vegetables combined. Higher fruit or green leafy vegetables intake is associated with a significantly reduced risk of T2D.	
36.	Dose-response effect of fruit and vegetables on insulin resistance in people at high risk of cardiovascular Disease	Wallace I., et al	<u>Diabetes Care.</u> 2013, 36 (12): 3888-3896	Randomized controlled trial	Dose-response effect of fruit and vegetable (F&V) intake on insulin resistance (IR) in people who are overweight and at high risk of CVD	Participants attained self-reported F&V intakes of 1.8, 3.8, and 7.0 portions/day (P < 0.001) per group. There was a significant linear increase in serum lutein status across the groups, indicating good compliance (P < 0.001), and body weight was maintained (P = 0.77). No significant difference was found between groups in terms of a change in measures of whole-body, peripheral, or hepatic IR or adiponectin multimers. Increased consumption of F&Vs, as advocated in public-health advice, has no effect on IR in overweight individuals who are at high risk of CVD when body weight is maintained. Recent evidence from systematic reviews indicates that particular classes or types of F&Vs may have particular antidiabetic properties; hence, it is possible that benefits may only be observed in response to a more specific F or V	A3
37.	Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: results	Muraki, I., et al.	<u>BMJ</u> 2013, 347 : f5001.	Meta-analysis and systematic	Association of fruit consumption	After adjustment for personal, lifestyle, and dietary risk factors of DM, the pooled hazard ratio of T2D for every three	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	from three prospective longitudinal cohort studies.			review of prospective cohort studies.	with risk of T2D.	servings/week of total whole fruit consumption was 0.98 (95% CI 0.97 to 0.99). With mutual adjustment of individual fruits, the pooled hazard ratios of T2D for every three servings/week were 0.74 (0.66 to 0.83) for blueberries, 0.88 (0.83 to 0.93) for grapes and raisins, 0.89 (0.79 to 1.01) for prunes, 0.93 (0.90 to 0.96) for apples and pears, 0.95 (0.91 to 0.98) for bananas, 0.95 (0.91 to 0.99) for grapefruit, 0.97 (0.92 to 1.02) for peaches, plums, and apricots, 0.99 (0.95 to 1.03) for oranges, 1.03 (0.96 to 1.10) for strawberries, and 1.10 (1.02 to 1.18) for cantaloupe. The pooled hazard ratio for the same increment in fruit juice consumption was 1.08 (1.05 to 1.11). The associations with risk of T2D differed significantly among individual fruits (P<0.001 in all cohorts). Our findings suggest the presence of heterogeneity in the associations between individual fruit consumption and risk of T2D. Greater consumption of specific whole fruits, particularly blueberries, grapes, and apples, is significantly associated with a lower risk of T2D, whereas greater consumption of fruit juice is associated with a higher risk.	
38	Fruit and vegetable	Wu, Y., et al.	<u>Nutr Metab Cardiovasc Dis</u>	Dose-response	Association of fruit and	The RR (95% CI) of T2D was 0.99 (0.98-1.00) for every 1 serving/day increment	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	consumption and risk of type 2 diabetes mellitus: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies.		2015, 25 (2): 140-147.	meta-analysis	vegetable consumption with risk of T2D.	in fruit and vegetable (FV) (P = 0.18), 0.98 (0.95-1.01) for vegetable (P = 0.12), and 0.99 (0.97-1.00) for fruit (P = 0.05). The RR (95%CI) of T2D was 0.99 (0.97-1.01), 0.98 (0.96-1.01), 0.97 (0.93-1.01), 0.96 (0.92-1.01), 0.96 (0.91-1.01) and 0.96 (0.91-1.01) for 1, 2, 3, 4, 5 and 6 servings/day of FV (P(for non-linearity) = 0.44). The T2D risk was 0.96 (0.95-0.99), 0.94 (0.90-0.98), 0.94 (0.89-0.98), 0.96 (0.91-1.01), 0.98 (0.92-1.05) and 1.00 (0.93-1.08) for 1, 2, 3, 4, 5 and 6 servings/day of vegetable (P(for non-linearity) < 0.01). The T2D risk was 0.95 (0.93-0.97), 0.91 (0.89-0.94), 0.88 (0.85-0.92), 0.92 (0.88-0.96) and 0.96 (0.92-1.01) for 0.5, 1, 2, 3 and 4 servings/day of fruit (P(for non-linearity) < 0.01). 2-3 servings/day of vegetable and 2 of fruit conferred a lower risk of T2D than other levels of vegetable and fruit consumption, respectively.	
39	Intake of fruit juice and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis.	Xi, B., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2014, 9 (3): e93471.	Systematic review of prospective studies	Relationship between fruit juice intake and risk of incident T2D	4 studies investigated the association between sugar-sweetened fruit juice and risk of incident T2D & 4 studies investigated the association between 100% fruit juice and risk of incident T2D. A higher intake of sugar-sweetened fruit juice was significantly associated with risk of T2D (RR 1.28, 95%CI 1.04-1.59, p=0.02), while intake of 100% fruit juice	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						was not associated with risk of developing T2D (RR 1.03, 95% CI 0.91-1.18, p=0.62). Findings support dietary recommendations to limit sugar-sweetened beverages to prevent the development of T2D	
• Consumo de café y cafeína							
40.	Caffeinated and decaffeinated coffee consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review and a dose-response meta-analysis.	Ding, M., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2014, 37 (2): 569-586.	Systematic review and meta-analysis of cohort and case-control studies	Association between coffee consumption and the risk of type 2 diabetes. (Previous meta-analyses identified an inverse association of coffee consumption with the risk of type 2 diabetes.)	Compared with no or rare coffee consumption, the relative risk (RR; 95% CI) for diabetes was 0.92 (0.90-0.94), 0.85 (0.82-0.88), 0.79 (0.75-0.83), 0.75 (0.71-0.80), 0.71 (0.65-0.76), and 0.67 (0.61-0.74) for 1-6 cups/day, respectively. The RR of diabetes for a 1 cup/day increase was 0.91 (0.89-0.94) for caffeinated coffee consumption and 0.94 (0.91-0.98) for decaffeinated coffee consumption (P for difference = 0.17). Coffee consumption was inversely associated with the risk of type 2 diabetes in a dose-response manner. Both caffeinated and decaffeinated coffee was associated with reduced diabetes risk.	A1
41.	Coffee and caffeine intake and incidence of type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of prospective	Jiang, X., et al.	<u>Eur J Nutr</u> 2014, 53 (1): 25-38.	Dose-response meta-analysis of prospective studies	association between coffee and caffeine intake and T2DM incidence	Compared with the lowest level, the pooled RR (95% CI) of T2D was 0.71 (0.67-0.76) for the highest level of coffee intake, 0.79 (0.69-0.91) for the highest level of decaffeinated coffee intake and 0.70 (0.65-0.75) for the highest level of	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	studies.					caffeine intake. The association of coffee, decaffeinated coffee and caffeine intake with T2D incidence was stronger for women than that for men. A stronger association of coffee intake with T2D incidence was found for non-smokers and subjects with body mass index <25 kg/m(2). Dose-response analysis suggested that incidence of T2D decreased by 12 % [0.88 (0.86-0.90)] for every 2 cups/day increment in coffee intake, 11 % [0.89 (0.82-0.98)] for every 2 cups/day increment in decaffeinated coffee intake and 14 % [0.86 (0.82-0.91)] for every 200 mg/day increment in caffeine intake. Coffee and caffeine intake might significantly reduce the incidence of T2D.	
42.	Systematic review of randomised controlled trials of the effects of caffeine or caffeinated drinks on blood glucose concentrations and insulin sensitivity in people with diabetes mellitus.	Whitehead, N. and H. White	<u>J Hum Nutr Diet</u> 2013, 26 (2): 111-125.	Systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials (RCTs).	Effects of caffeine on blood glucose concentrations and/or insulin sensitivity in people with diabetes	Trials in people with T2D demonstrated that the ingestion of caffeine (approximately 200-500 mg) significantly increased blood glucose concentrations by 16-28% of the area under the curve (AUC) and insulin concentrations by 19-48% of the AUC when taken prior to a glucose load, at the same time as decreasing insulin sensitivity by 14-37%. In T1D, trials indicated enhanced recognition and a reduced duration of hypoglycaemic episodes following ingestion of 400-500 mg caffeine, without	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						altering glycated haemoglobin. In GDM, a single trial demonstrated that approx. 200 mg of caffeine induced a decrease in insulin sensitivity by 18% and a subsequent increase in blood glucose concentrations by 19% of the AUC. Evidence indicates a negative effect of caffeine intake on blood glucose control in individuals with T2D, as replicated in a single trial in GDM.	
43.	A meta-analysis of prospective studies of coffee consumption and mortality for all causes, cancers and cardiovascular diseases	Malerba, S., et al.	[Eur J Epidemiol] 2013, 28 (7): 527-39	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Relation of coffee with mortality for all causes, all cancers, CVD, coronary/ ischemic heart disease (CHD/IHD) and stroke	The pooled RRs of all cause mortality for the study-specific highest versus low (≤ 1 cup/day) coffee drinking categories were 0.88 (95 % CI 0.84-0.93) based on all the 23 studies, and 0.87 (95 % CI 0.82-0.93) for the 19 smoking adjusting studies. The combined RR for CVD mortality were 0.89 (0.77-1.02, smoking adjusting studies) for the highest versus low drinking and 0.98 (0.95-1.00, 16 studies) for the increment of 1 cup/d. Compared with low drinking, the RRs for the highest consumption of coffee were 0.95 (0.78-1.15, 12 smoking adjusting studies) for CHD/IHD, 0.95 (0.70-1.29, 6 studies) for stroke, and 1.03 (95 % CI 0.97-1.10, 10 studies) for all cancers. This meta-analysis provides quantitative evidence that coffee intake is inversely related to all cause and, probably, CVD mortality.	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
44.	Effects of green tea or green tea extract on insulin sensitivity and glycaemic control in populations at risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.	Wang, X., et al.	<u>J Hum Nutr Diet</u> 2014, 27 (5): 501-512.	Systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials	Effect of green tea or green tea extract on insulin sensitivity and glycaemic control in populations at risk of T2D.	There was no statistically significant difference between green tea or green tea extract group and placebo group with regard to fasting plasma glucose [standardised mean difference (SMD) 0.04; 95% CI, -0.15 to 0.24], fasting serum insulin (SMD -0.09; 95% CI -0.30 to 0.11), 2-h plasma glucose in the oral glucose tolerance test (OGTT-2 h) (SMD -0.14; 95% CI -0.63 to 0.34), haemoglobin A(1)c (SMD 0.10; 95% CI -0.13 to 0.33) and homeostasis model of insulin resistance (HOMA(IR)) index (SMD -0.06; 95% CI -0.35 to 0.23) in participants at risk of T2D. Consumption of green tea did not decrease the levels of fasting plasma glucose, fasting serum insulin, OGTT-2 h glucose, haemoglobin A(1)c and HOMA(IR) in populations at risk of T2D. Larger, longer-term and high-quality RCTs are needed.	A1
<ul style="list-style-type: none"> Consumo moderado de alcohol 							
45.	Effects of Wine, Alcohol and Polyphenols on Cardiovascular Disease Risk Factors: Evidences from	Chiva-Blanch, G., et al.	<u>Alcohol & Alcoholism</u> . 2013, 48 (3): 270-277	Systematic review and meta-analysis	Relationship between moderate alcohol consumption and CVD	Moderate alcohol consumption, especially alcoholic beverages rich in polyphenols, such as wine and beer, seems to confer CV protective effects in patients with documented CVD and even in healthy subjects. Wine and beer (but especially red wine) seem to confer greater CV protection than spirits	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Human Studies					because of their polyphenolic content.	
• Dietary flavonoids							
46	Dietary flavonoids intake and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies.	Liu, Y. J., et al.	<u>Clin Nutr</u> 2014, 33 (1): 59-63.	Meta-analysis	Association between dietary flavonoids and T2D	The summary RR of T2D for the highest intake of total flavonoids compared with the lowest was 0.91 (95% CI: 0.87-0.96). Furthermore, an increase in the total flavonoids intake of 500mg/d was associated with a significant risk reduction of 5% (RR=0.95, 95% CI: 0.91-0.98). In subgroup analyses, the observed beneficial effects were observed in US population, in those mean age>40 years old people and in studies >=20 years in duration. Consumption of dietary total flavonoids is associated with a reduced risk of T2D.	A1
• Consumo de calcio y vitamina D							
47	Dietary calcium intake and risk of type 2 diabetes: possible confounding by magnesium.	Dong, J. Y. and L. Q. Qin	<u>Eur J Clin Nutr</u> 2012, 66 (3): 408-410.	Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies	Relationship between dietary calcium intake and T2D	All combined random-effects meta-analysis yielded a significant pooled RR of 0.85 (95% CI 0.75-0.97). However, a sensitivity analysis limited to 4 studies with control for magnesium yielded an attenuated, nonsignificant pooled RR of 0.94 (95% CI 0.85-1.05). Dietary calcium intake was not independently associated with risk of type 2 diabetes. The inverse association in prior observational studies may be partially confounded by	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						magnesium intake.	
48.	Vitamin D intake and risk of type 1 diabetes: a meta-analysis of observational studies.	Dong, J. Y., et al.	<u>Nutrients</u> 2013, 5 (9): 3551-3562.	Meta-analysis of case-control and cohort studies	Relationship between vitamin D consumption and T1D	The pooled odds ratio for T1D comparing vitamin D supplementation with non-supplementation during early life was 0.71 (95% confidence interval [CI], 0.51-0.98). Similar results were observed in the case-control subgroup analysis but not in the cohort subgroup analysis. The pooled odds ratio with maternal intake of vitamin D during pregnancy was 0.95 (95% CI, 0.66-1.36). Vitamin D intake during early life may be associated with a reduced risk of T1D. However, there was not enough evidence for an association between maternal intake of vitamin D and risk of T1D in the offspring.	A1
49.	Circulating 25-hydroxyvitamin D concentration and the risk of type 2 diabetes: results from the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk cohort and updated meta-analysis of prospective studies.	Forouhi, N. G., et al.	<u>Diabetologia</u> 2012, 55 (8): 2173-2182.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Relationship between circulating vitamin D and T2D	In EPIC-Norfolk, baseline 25(OH)D was lower among incident T2D cases (mean [SD] 61.6 [22.4] nmol/l; n=621) vs non-case subcohort participants (mean 65.3 [23.9] nmol/l; n=826). There was an inverse association between baseline 25(OH)D and incident T2D in multivariable-adjusted analyses: HR (95% CI) 0.66 (0.45, 0.97), 0.53 (0.34, 0.82), 0.50 (0.32, 0.76), p trend <0.001, comparing consecutive increasing 25(OH)D quartiles with the lowest. In Ely, 37 incident T2D cases were identified among 777 participants. In meta-	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						analysis, the combined RR of T2D comparing the highest with lowest quartile of 25(OH)D was 0.59 (0.52, 0.67), with little heterogeneity (I ² =2.7%, p=0.42) between the 11 studies included (3,612 cases and 55,713 non-cases). These findings demonstrate an inverse association between circulating 25(OH)D and incident T2D. However, causal inference should be addressed through adequately dosed randomised trials of vitamin D supplementation or genetic Mendelian randomisation experiments.	
50.	Blood 25-hydroxy vitamin D levels and incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies.	Song, Y., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2013, 36 (5): 1422-1428.	Systematic review & meta-analyses of prospective cohort studies	Relationship between circulating vitamin D and T2D	Comparing the highest to the lowest category of 25(OH)D levels, the summary RR for T2D was 0.62 (95% CI 0.54-0.70). A spline regression model showed that higher 25(OH)D levels were monotonically associated with a lower diabetes risk. This inverse association did not differ by sex, duration of follow-up, study sample size, diabetes diagnostic criteria, or 25(OH)D assay method. A linear trend analysis showed that each 10 nmol/L increment in 25(OH)D levels was associated with a 4% lower risk of T2D (95% CI 3-6; P for linear trend < 0.0001). Our study showed an inverse and significant association between circulating 25(OH)D levels and	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						risk of T2D across a broad range of blood 25(OH)D levels in diverse populations.	
51.	Vitamin D intake and type 2 diabetes risk: a meta-analysis of prospective cohort studies.	Zhao, L. M., et al.	<u>Afr Health Sci</u> 2013, 13 (4): 1130-1138.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Relationship between vitamin D consumption and T2D	The combined RR was 0.93 (95% CI: 0.85-1.01). The associations were similar for subgroup analyses, a combined RR respectively was 0.94 (95% CI: 0.77-1.08), 0.91 (95% CI: 0.77-1.08), 0.93 (95% CI: 0.84-1.02), and 0.92 (95% CI: 0.84-1.01) for the intake of dietary vitamin D, supplemental vitamin D, total vitamin D in USA and total vitamin D for women only. There was no association between vitamin D intake and T2D.	A1
52.	Vitamin D and cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Grandi , N., Breitling, L. and Brenner, H.	<u>Prev Med</u> 2010, 51 (3-4): 228-233	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Relationship between vitamin D consumption and CVD	2 incidence and 3 mortality studies reported a 2- to 5-fold risk increase for both outcomes in subjects with lower 25-OH-D, while the others did not detect a significant association. Meta-analysis supported the existence of an inverse association. Data from prospective studies suggest an inverse association between 25-OH-D and CV risk. However, given the heterogeneity and small number of longitudinal studies, more research is needed to corroborate a potential prognostic value of 25-OH-D for CVD incidence and mortality	A1
Sedentarismo e inactividad física							

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
53.	Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis.	Wilmot, E. G., et al.	<u>Diabetologia</u> 2012, 55 (11): 2895-2905.	Systematic review and meta-analysis of observational studies	Association of sedentary time with DM & CVD	The greatest sedentary time compared with the lowest was associated with a 112% increase in the RR of DM (RR 2.12; 95% credible interval [CrI] 1.61, 2.78), 147% increase in the RR of CV events (RR 2.47; 95% CI 1.44, 4.24), 90% increase in the risk of CV mortality (HR 1.90; 95% CrI 1.36, 2.66) and 49% increase in the risk of all-cause mortality (HR 1.49; 95% CrI 1.14, 2.03). The predictive effects and intervals were only significant for DM. Sedentary time is associated with an increased risk of DM, CVD and CV and all-cause mortality; the strength of the association is most consistent for DM.	A1
54.	Association between physical activity and risk of all-cause mortality and cardiovascular disease in patients with diabetes: a meta-analysis.	Kodama, S., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2013, 36 (2): 471-479.	Meta-analysis of cohort studies	Relationship between physical activity and CVD in persons with DM	Qualitatively, the highest PA category had a lower RR [95% CI] for ACM (0.61 [0.52-0.70]) and CVD (0.71 [0.60-0.84]) than the lowest PA category. The linear regression model indicated a high goodness of fit for the risk of ACM (adjusted R(2) = 0.44, P = 0.001) and CVD (adjusted R(2) = 0.51, P = 0.001), with the result that a 1 MET-h/day incrementally higher PA was associated with 9.5% (5.0-13.8%) and 7.9% (4.3-11.4%) reductions in ACM and CVD risk, respectively. The spline regression model was not significantly different from the linear model in goodness of fit (P =	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						0.14 for ACM risk; P = 0.60 for CVD risk). More PA was associated with a larger reduction in future ACM and CVD risk in patients with DM. Nevertheless, any amount of habitual PA was better than inactivity.	
55.	Exercise and diabetes-related cardiovascular disease: systematic review of published evidence from observational studies and clinical trials.	Koivula, R. W., et al.	<u>Curr Diab Rep</u> 2013, 13 (3): 372-380.	Systematic review of observational studies and clinical trials	Relationship between physical activity and CVD in persons with DM	Physical inactivity and sedentary behaviors are major risk factors for these diseases and are estimated to account for several million global deaths annually. Lifestyle interventions, particularly those aimed at enhancing physical activity levels, have a substantial favorable impact on DM progression in people at high risk of disease. Although observational studies and small intervention studies suggest that physical activity might also prevent CVD in people with DM, this is not supported by the results of larger randomized controlled trials of lifestyle intervention.	A2
56.	The effect of walking on risk factors for cardiovascular disease: An updated systematic review and meta-analysis	Murtagh, E., et al.	<u>Prev Medicine.</u> 2015, 72 : 34-43	Systematic review and meta-analysis of randomised control trials	Relationship between walking with CVD risk	32 articles reported the effects of walking interventions on CVD risk factors. Walking increased aerobic capacity (3.04 mL/kg/min, 95% CI 2.48 to 3.60) and reduced systolic (-3.58mmHg, 95% CI -5.19 to -1.97) and diastolic (-1.54 mm Hg, 95% CI -2.83 to -0.26) blood pressure, waist circumference (-1.51	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	of randomized control trials					cm, 95% CI -2.34 to -0.68), weight (-1.37 kg, 95% CI -1.75 to -1.00), percentage body fat (-1.22%, 95% CI -1.70 to -0.73) and body mass index (-0.53 kg/m ² , 95% CI -0.72 to -0.35) but failed to alter blood lipids. Walking interventions improve many risk factors for CVD	
57.	Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies	Boone, J., et al.	<u>Obesity Reviews</u> . 2009, 10 (2): 204-217	Systematic review	Relationship between walking with CVD risk	Generally, there were dose-dependent reductions in CVD risk with higher walking duration, distance, energy expenditure and pace. Associations appeared to be stronger for ischaemic stroke than other CVD outcomes such as coronary heart disease or haemorrhagic stroke. Adjustment for clinical CVD risk factors, obesity or other types of physical activity generally attenuated but did not eliminate associations. Because functional status may be an important determinant of walking behaviour in adults, potential bias due to pre-existing illness is of concern in all studies reviewed, particularly in case-control studies which ascertain walking retrospectively and yielded the strongest associations. Study findings were consistent with current physical activity recommendations, but there is a need for improvements in measurement of walking and other CVD risk factors, more	A2

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						thorough control for pre-existing illness, examination of mediating or moderating conditions such as obesity and other analytical issues.	
Tiempo de sueño inadecuado (escaso o excesivo)							
58.	Short sleep duration is associated with risk of future diabetes but not cardiovascular disease: a prospective study and meta-analysis.	Holliday, E. G., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2013, 8 (11): e82305.	Meta-analysis of prospective studies	Association between short sleep duration and both cardiovascular disease (CVD) and T2D	Compared to 7h sleep, <6h sleep was associated with incident CVD in participants reporting ill-health at baseline (HR=1.38 [95% CI: 1.12-1.70]), but not after excluding those with baseline illness and adjusting for baseline health status (1.03 [0.88-1.21]). In contrast, the risk of incident T2D was significantly increased in those with <6h versus 7h sleep, even after excluding those with baseline illness and adjusting for baseline health (HR=1.29 [1.08-1.53], P=0.004). This suggests the association is valid and does not simply reflect confounding or reverse causation. Meta-analysis of ten prospective studies also confirmed an association between short sleep and incident diabetes (1.33 [1.20-1.48]). Obtaining less than 6 hours of sleep each night (compared to 7 hours) may increase T2D risk by approximately 30%.	A1
59.	Sleep duration and risk of type 2	Shan, Z., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2015, 38 (3):	Meta-analysis of	Dose-response relationship	A U-shaped dose-response relationship was observed between sleep duration	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	diabetes: a meta-analysis of prospective studies.		529-537.	prospective observational studies	between sleep duration and risk of T2D	and risk of T2D with the lowest risk observed at a sleep duration category of 7-8 h per day. Compared with 7h sleep duration per day, the pooled relative risks for T2D were 1.09 (95% CI 1.04-1.15) for each 1h shorter sleep duration among individuals who slept <7 h per day and 1.14 (1.03-1.26) for each 1h increment of sleep duration among individuals with longer sleep duration. Both short and long sleep duration are associated with a significantly increased risk of T2D.	
60.	Sleep duration and overweight/obesity in children: review and implications for pediatric nursing.	Liu, J. et al.	J Spec Pediatr Nurs. 2012; 17 (3): 193-204.	Systematic review	Relationship between sleep duration and childhood overweight/obesity.	Among the 25 studies selected, all indicated significant associations between short sleep duration and childhood overweight/obesity. Studies explored a range of pediatric populations, methodologies and potential contributing factors. Childhood sleep duration may be a modifiable risk factor in preventing obesity.	A2
Consumo de tabaco							
61.	Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus:	Pan, A., et al.	<u>Circulation</u> 2015, 132(19): 1795-1804.	Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies	Relation of active smoking with risk of total mortality and cardiovascular events among diabetic	Pooled adjusted RR (95% CI) associated with smoking was 1.55 (1.46-1.64) for total mortality (48 studies with 1,132,700 participants and 109,966 deaths), and 1.49 (1.29-1.71) for CV mortality (13 studies with 37,550 participants and 3163 deaths). The pooled RR (95% CI)	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	A Meta-Analysis and Systematic Review.				patients.	was 1.44 (1.34-1.54) for total CV disease (16 studies), 1.51 (1.41-1.62) for coronary heart disease (21 studies), 1.54 (1.41-1.69) for stroke (15 studies), 2.15 (1.62-2.85) for peripheral arterial disease (3 studies) and 1.43 (1.19-1.72) for heart failure (4 studies). In comparison with never smokers, former smokers were at a moderately elevated risk of total mortality (1.19; 1.11-1.28), CV mortality (1.15; 1.00-1.32), CV disease (1.09; 1.05-1.13) and coronary heart disease (1.14; 1.00-1.30), but not for stroke (1.04; 0.87-1.23). Active smoking is associated with significantly increased risks of total mortality and CV events among diabetic patients, whereas smoking cessation is associated with reduced risks in comparison with current smoking. The findings provide strong evidence for the recommendation of quitting smoking among diabetic patients.	
62	Excess risk of mortality and cardiovascular events associated with smoking among patients with diabetes: meta-analysis of observational	Qin, R., et al.	<u>Int J Cardiol</u> 2013, 167 (2): 342-350.	Meta-analysis of prospective studies	Relation of active smoking with risk of total mortality and cardiovascular events among diabetic patients.	The RR comparing smokers with nonsmokers was 1.48 [95% CI 1.34-1.64] for total mortality (27 studies), 1.36(1.22-1.52) for CV mortality (9 studies), 1.54(1.31-1.82) for CHD (13 studies), 1.44(1.28-1.61) for stroke (9 studies) and 1.52(1.25-1.83) for MI (7 studies). Furthermore, the excess risk was observed among former and current	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	prospective studies.					smokers with a greater risk in current smokers. Subgroup analysis showed that the increased risk appeared to be consistent regardless of several study characteristics with the RR ranging from 1.31 to 1.94 for all-cause mortality, 1.37-2.28 for CHD, 1.21-1.87 for stroke, 1.13-1.74 for CV mortality and 1.15 to 2.01 for MI. Smoking amplified the risk of mortality as well as CV events and the effect size for CHD appeared to be higher than other events in diabetic patients. Moreover, a trend of decreasing risk was observed among smoking quitters.	
No haber dado lactancia materna							
63.	Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies.	Aune, D., et al.	<u>Nutr Metab Cardiovasc Dis</u> 2014, 24 (2): 107-115.	Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies	Dose-response relationship between Breastfeeding and the risk of maternal type 2 diabetes	The summary RR for the highest duration of breastfeeding vs the lowest was 0.68 (95% CI: 0.57-0.82, I(2) = 75%, p heterogeneity = 0.001, n = 6). The summary RR for a 3 month increase in the duration of breastfeeding per child was 0.89 (95% CI: 0.77-1.04, I(2) = 93%, p heterogeneity < 0.0001, n = 3) and the summary RR for a one year increase in the total duration of breastfeeding was 0.91 (95% CI: 0.86-0.96, I(2) = 81%, p heterogeneity = 0.001, n = 4). There was little difference in the summary estimates whether or not BMI had been adjusted	A1

Estilos de vida inadecuados							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						for. The inverse associations appeared to be nonlinear, p nonlinearity < 0.0001 for both analyses, and in both analyses the reduction in risk was steeper when increasing breastfeeding from low levels. There is a statistically significant inverse association between breastfeeding and maternal risk of T2D.	
64.	Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis.	Jager, S., et al.	<u>Diabetologia</u> 2014, 57 (7): 1355-1365.	Case-cohort study & Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies	Association between breast-feeding and maternal risk of T2D (and whether this association is mediated by anthropometric and biochemical factors)	The HR for each additional 6 months of breast-feeding was 0.73 (95% CI 0.56, 0.94) in EPIC-Potsdam. Meta-analysis of 3 previous prospective studies and the current study revealed an inverse association between breast-feeding duration and risk of DM (pooled HR for lifetime breast-feeding duration of 6-11 months compared with no breast-feeding 0.89; 95% CI 0.82, 0.97). Adjustment for BMI and waist circumference attenuated the association (HR per 6 additional months in EPIC-Potsdam 0.80; 95% CI 0.61, 1.04). Further controlling for potentially mediating biomarkers largely explained this association (HR 0.89; 95% CI 0.68, 1.16). Longer duration of breast-feeding may be related to a lower risk of diabetes. This potentially protective effect seems to be reflected by a more favourable metabolic profile; however, the role of body weight as a mediator or confounder remains uncertain.	A1

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo estudio	de Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
Causa Indirecta: País de residencia, Migración y aculturación							
65.	Prevalence of behavioural risk factors for cardiovascular disease in adolescents in low-income and middle-income countries: an individual participant data meta-analysis	Caleyachetty, R., et al.	The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2015, 3 (7): 535-544	Meta-analysis of Global School-Based Student Health Surveys (GSHS) datasets from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) website	Pooled prevalence estimates of current tobacco use, alcohol use, low fruit and vegetable intake, low physical activity, obesity and co-occurrence of CVD risk factors for WHO regions and overall	Between 2003 and 2011, of 169 369 adolescents, 12.1% (95% CI 10.2–14.1) used tobacco, 15.7% (12.3–19.5) used alcohol, 74.3% (71.9 –76.5) had low fruit and vegetable intake, 71.4% (69.5–73.3) reported low physical activity and 7.1% (5.6–8.7) were obese. The pooled regional prevalence of exposure to 3 or more CVD risk factors was lowest in the southeast Asian region (3.8%, 95% CI 1.2–7.5) and highest in the western Pacific region (18.6%, 12.8–25.3). Substantial heterogeneities within and across regions were not fully explained by major study characteristics. In low-income and middle-income countries, adolescents carry a substantial burden of behavioural CVD risk factors, which tend to co-occur. Surveillance, prevention, detection, and control initiatives are a global health priority.	A1
66.	The impact of migration on body weight: a review.	Goulão, B. et al.	Cad Saude Publica. 2015; 31(2): 229-45.	Systematic review	Impact of immigration on body mass index (BMI).	39 articles were included. Results varied according to ethnic background, country of origin and host country. A consistent positive association between BMI and time since immigration was found among Hispanic, European and African	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						immigrants. Less than half of studies observed a positive association among Asian immigrants. The quality of the majority of the studies was poor, reflecting a need to improve methodology and concept definition. Immigration appears to have a deteriorative effect on BMI. Underlying causes may include changes in nutrition and physical activity, psychological and social factors, and genetic susceptibility.	
67.	Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature.	Labree, L.J., et al.	Obes Rev. 2011; 12(5): e535-47.	Systematic review	Review the prevalence of overweight and obesity among children and adolescents from migrant and native origin	19 studies (mostly situated in Western and Central Europe) were included. The prevalence of overweight in migrant children ranged from 8.9-37.5%, and from 8.8-27.3% in native children; while the prevalence of obesity ranged from 1.2-15.4% and 0.6-11.6% respectively. Migrant children are at higher risk for overweight and obesity than their native counterparts. Some limitations of the review are discussed, especially the problematic classification of migrant and native children. Apparently, migrant children display an even more sedentary way of life or adverse dietary patterns, as compared with native children. To what degree these differences can be explained by socioeconomic and cultural factors remains to be investigated.	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
68.	Ethnic inequalities in obesity among children and adults in the UK: a systematic review of the literature	El-Sayed, A.M., et al.	Obes Rev. 2011; 12 (5): e516-34	Systematic review	Determinants of obesity among ethnic minority groups	We summarize key methodological limitations to the current literature and suggest avenues for future research.	A2
69.	Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries--a systematic review.	Delavari, M., et al.	BMC Public Health 2013, 13:458	Systematic review	Relationship between acculturation and overweight/obesity	Only 9 studies were included. 6 studies indicated positive associations between acculturation and body mass index (BMI), and 3 studies reported that higher acculturation was associated with lower BMI, as mainly among women. Despite the small number of studies, a number of potential explanatory hypotheses were developed for these emerging patterns. The 'Healthy Migrant Effect' may diminish with greater acculturation as the host culture potentially promotes more unhealthy weight gain than heritage cultures. This appears particularly so for men. The inconsistent results observed for women may be due to the interplay of cultural influences (the Western ideals) on body image, food choices and physical activity.	A2
Causa Indirecta: Comportamientos familiares y accesibilidad de alimentos en el hogar							

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
70.	Effects of parent and child behaviours on overweight and obesity in infants and young children from disadvantaged backgrounds: systematic review with narrative synthesis	Russel, C. G., et al.	BMC Public Health. 2016; 16: 151.	Systematic review	Relationships between parenting and child feeding behaviours	A total of 32 articles met the inclusion criteria. The Mixed Methods Appraisal Tool quality rating for the studies ranged from 25% (weak) to 100% (strong). Studies predominantly reported on relationships between parenting and child weight (n=21), or parenting and child eating (n=12), with fewer (n=8) investigating child eating and weight. Most evidence was from socio-economically disadvantaged ethnic minority groups in USA. Clustering of diet, weight and feeding behaviours by SE indicators and ethnicity precluded identification of independent effects of each of these risk factors.	A2
71.	Parental feeding and childhood obesity in preschool-age children: recent findings from the literature.	Thompson ME	Issues Compr Pediatr Nurs. 2010, 33(4): 205-67.	Integrative literature review (Whittemore and Knalf (2005))	Relationships between parenting and child feeding behaviours	Findings concerned how parents controlled and modified their children's eating, parental perception of their children's risk for obesity, what influenced parental feeding practices and how mothers' disinhibited eating and restrictive parenting practices related to their children's risk for obesity. These findings may impact the efficacy of childhood obesity prevention and intervention efforts and direct future childhood obesity research.	
72.	A systematic review of	van der Horst, K.	Health Educ Res. 2007; 22	Systematic review of	Relationships between parenting	58 papers reviewed mostly focused on sociocultural and economical-	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth.	et al.	(2): 203-26.	observational studies	and child feeding behaviours	environmental factors at the household level. The most consistent associations were found between parental and children's fat, fruit/vegetable intakes, parent and sibling intake with adolescent's energy and fat intakes and parental education with adolescent's fruit/vegetable intake. A less consistent but positive association was found for availability and accessibility on children's fruit/vegetable intake. Environmental factors are predominantly studied at the household level and focus on sociocultural and economic aspects. Most consistent associations were found for parental influences (parental intake and education). More studies examining environmental factors using longitudinal study designs and validated measures are needed.	
Causa Indirecta: Condiciones del entorno (ambiente obesogénico, iluminación y ruido)							
73.	Urban Environments and Obesity in Southeast Asia: A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-	Angkurawaranon, C., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2014, 9 (11): e113547	Systematic Review and Meta-Analysis	Relationship between living in an urban or rural environment (urbanicity) and obesity	The review found a consistent positive association between urbanicity and obesity in countries of Southeast Asia, in all age groups and both genders. Regional differences between the associations are partly explained by gross national income (GNI). In countries with lower GNI per capita, the association between urbanicity and obesity was	A1

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Regression					greater. Such findings imply that population level interventions need to be country or region specific, tailored to suit the current stage of economic development. In addition, less developed countries might be more vulnerable to the negative health impact of urbanization than more developed countries.	
74.	Urban-rural differences in childhood and adolescent obesity in the United States: a systematic review and meta-analysis.	Johnson, J. & Johnson, A.M.	Child Obes. 2015; 11(3): 233-41.	Systematic review and meta-analysis of observational studies	Differences in childhood obesity between urban and rural areas	10 studies were identified for systematic review, 5 of which contributed to the meta-analysis. All but 1 study suggested that residence in rural areas was associated with higher prevalence or increased odds of childhood obesity, compared to children living in urban areas. A meta-analysis of 74,168 pooled participants ages 2-19 found that rural children have 26% greater odds of obesity, compared to urban children (OR=1.26; 95% CI 1.21-1.32). Obesity rates are higher among rural children than urban children in the US.	A1
75.	Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment	Mackenbach, J.D., et al.	<u>BMC Public Health 2014, 14:233</u>	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Associations of physical environmental factors with adult weight status	5 databases were systematically searched for studies published between 1995 and 2013. 2 factors, urban sprawl and land use mix, were found consistently associated with weight status, although only in North America. With the exception of urban sprawl and land use mix in US, the results of the current review confirm	A1

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	and adult weight status, the SPOTLIGHT project					that the available research does not allow robust identification of ways in which that physical environment influences adult weight status, even after taking into account methodological quality.	
76.	Obesity and the community food environment: a systematic review.	Holsten, JE	<u>Public Health Nutr.</u> 2009; 12 (3): 397-405	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments and obesity	7 cross-sectional studies that examine the community food environment (number per capita, proximity or density of food outlets) were included. The studies varied substantially in sample populations, outcome variables, units of measurement and data analysis. 2 studies did not find significant association between obesity rates and community food environment variables. 5 studies found significant results. Many of the studies were subject to limitations that may have mitigated the validity of the results. Research examining obesity and the community or consumer food environment is at an early stage. The most pertinent gaps include primary data at the individual level, direct measures of the environment, studies examining the consumer environment and study designs involving a time sequence.	A2
77.	The relationship of the local food environment	Cobb, L.K., et al.	<u>Obesity</u> 2015; 23 (7):1331-44	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments and	We identified 71 studies. Study quality was low; 60 studies were cross-sectional. Associations between food outlet availability and obesity were	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	with obesity: A systematic review of methods, study quality, and results.				obesity	predominantly null. Among non-null associations, we saw a trend toward inverse associations between supermarket availability and obesity (22 negative, 4 positive, 67 null) and direct associations between fast food and obesity (29 positive, 6 negative, 71 null) in adults. We saw direct associations between fast food availability and obesity in lower income children (12 positive, 7 null). Indices including multiple food outlets were most consistently associated with obesity in adults (18 expected, 1 not expected, 17 null). Despite the large number of studies, we found limited evidence for associations between local food environments and obesity. The predominantly null associations should be interpreted cautiously due to the low quality of available studies.	
78.	Measuring the food environment and its effects on obesity in the United States: a systematic review of methods and results.	Gamba, R. J., et al.	<u>J Community Health.</u> 2015; 40 (3): 464-75.	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments – community nutrition environment (CNE)– and obesity.	We identified 51 studies. 80% of studies found at least one significant association between the CNE and obesity. However we calculated the proportion of studies that found at least one significant association between the CNE and obesity in the expected direction for each food store type and measurement technique, and the proportion across the different store types and measurement techniques was just 32%. Different methods for	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						classifying, locating, and analyzing food stores produced mixed results and challenged direct study level comparison.	
79.	A systematic review of the influence of the retail food environment around schools on obesity-related outcomes	Williams, J., et al.	<i>Obesity Rev.</i> , 2014, 15 (5): 359–374	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments and obesity	30 papers were included. This review found very little evidence for an effect of the retail food environment surrounding schools on food purchases and consumption, but some evidence of an effect on body weight. It is possible that this effect on body weight is a result of residual confounding. Most of the studies did not consider individual children's journeys through the food environment.	A2
80.	Built environments and obesity in disadvantaged populations.	Lovasi, G. S., et al.	<i>Epidemiol Rev.</i> 2009; 31 : 7-20.	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments and obesity	Research provided the strongest support for food stores (supermarkets instead of smaller grocery/convenience stores), places to exercise, and safety as potentially influential for disadvantaged groups. There is also evidence that disadvantaged groups were living in worse environments with respect to food stores, places to exercise, aesthetic problems, and traffic or crime-related safety. Based on the authors' review, increasing supermarket access, places to exercise, and neighborhood safety may also be promising strategies to reduce obesity-related health disparities.	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
81.	Beyond Food Promotion: A Systematic Review on the Influence of the Food Industry on Obesity-Related Dietary Behaviour among Children.	Sonntag, D., et al.	Nutrients. 2015, 7(10): 8565-76.	Systematic review	Relationship between local obesogenic environments and obesity	36 articles met the inclusion and quality criteria. A narrative synthesis of the reviewed studies revealed 6 key obesogenic environments by which the food industry possibly influences obesity-related dietary behaviours in young children. These were schools, retailers, mass media "television", mass media "internet", home and promotional campaigns. Identifying these obesogenic environments is critical for monitoring and controlling the food industry, the development of effective environmental-level interventions to prevent childhood overweight and obesity and to identify knowledge gaps to be addressed in future research to support informed decisions of policy makers.	A2
82.	Fruit and vegetable availability: a micro environmental mediating variable?	Jago, R. et al.	Public Health Nutr. 2007; 10 (7): 681-9	Systematic review	Association between fruit and vegetable availability and consumption	Qualitative studies conducted among children and adults indicated that greater availability was associated with greater consumption. This finding was supported by cross-sectional studies in children. Availability was associated with dietary psychosocial variables such as preferences, and it appears that availability may moderate the relationship between these psychosocial variables and consumption. Intervention studies attempting to increase availability resulted in increased consumption, and	A2

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						availability has predicted change in consumption. Availability appears to be a key proximal determinant of consumption, especially of F&V, and provides a target for change. However, the mechanisms that relate these variables are unclear and there is a need to clarify the direction of causality. We suggest that the possible causal mechanisms may include: (1) availability simply facilitates increased consumption; (2) the visual cues of available food may stimulate consumption; and (3) available food exposure may increase preference. Research to elucidate the mechanisms between availability and intake is needed to advance increased availability as a public health measure.	
83.	Effect of reduced illumination on insomnia in office workers	Kozaki, T., et al.	J Occup Health. 2012; 54 (4): 331-5	Quasi experimental study	Effects of reduced illumination in the workplace on insomnia among office workers	Under ordinary illumination (OI) conditions, there was no significant difference among indoor workers (IWs), semi-outdoor workers (SWs) and outdoor workers (OWs), in sleep difficulties (AIS-5 score), although the mean scores of the IWs were slightly lower than those of the other groups. The AIS-5 scores of IWs were significantly increased under the reduced illumination conditions compared with OI conditions. There was no difference in next-day consequences of sleep or daytime symptoms (AIS-3	B1

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						scores) between conditions for any group. Indoor workers hardly went outside of the office and were exposed only to office light during the daytime. The underexposure to light could have had an impact on insomnia in office workers as well as in underground workers.	
84.	Annoyance, sleep and concentration problems due to combined traffic noise and the benefit of quiet side.	Bodin, T., et al.	Int J Environ Res Public Health. 2015, 12 (2): 1612-28	Cross sectional study	Relationship between outdoor environment (access to a quiet side in one's dwelling) and noise annoyance, sleep quality and concentration problems.	Access to a quiet side (at least one window facing yard, water or green space) was associated with reduced risk of annoyance OR=0.47 (0.38-0.59) and concentration problems 0.76 (0.61-0.95). Bedroom window facing the same environment was associated to reduced risk of poor sleep quality 0.78 (0.64-1.00). Railway noise was associated with reduced risk of annoyance below 55 dB(A) but not at higher levels of exposure. Having a window facing a yard, water or green space was associated to substantially reduced risk of noise annoyance & concentration problems. If this window was the bedroom window, sleeping problems were less likely.	
85.	Associations between Nighttime Traffic Noise and Sleep: The Finnish	Halonen, J., et al.	Environ Health Perspectives 2012, 120 (10): 1391-6	Cross sectional study	Relationship between the levels of night-time traffic noise and sleep disturbance	For the total study population, exposure to levels of night-time-outside ($L_{night, outside}$) traffic noise > 55 dB was associated with any insomnia symptom ≥ 2 nights per week [OR 1.32; 1.05-1.65]. Among participants with higher trait anxiety	

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Public Sector Study					scores, which we hypothesized were a proxy for noise sensitivity, the OR for any insomnia symptom at exposures to $L_{night, outside}$ traffic noises 50.1–55 dB and > 55 dB versus ≤ 45 dB were 1.34 (1.00-1.80) and 1.61 (1.07-2.42), respectively. Night time traffic noise levels > 50 dB $L_{night, outside}$ was associated with insomnia symptoms among persons with higher scores for trait anxiety. For the total study population, $L_{night, outside} > 55$ dB was positively associated with any symptoms.	
86.	Single and combined effects of air, road and rail traffic noise on sleep and recuperation	Basner, M., et al.	Sleep. 2011, 34 (1): 11-23	Cross sectional	Single and combined effects of air, road and rail traffic noise on sleep and recuperation	Noise exposure significantly affected subjective assessments of sleep quality and recuperation, whereas objective performance was unaffected, except for a small increase in mean PVT reaction time (+4 ms, adjusted $P < 0.05$). Road traffic noise led to the strongest changes in sleep structure and continuity, whereas subjective assessments of sleep were worse after nights with air and rail traffic noise exposure. In contrast to daytime annoyance, cortical arousal probabilities and cardiac responses were significantly lower for air than for road and rail traffic noise (all $P < 0.0001$). These differences were explained by sound pressure level rise time and high frequency (> 3 kHz) noise event components. Road, rail, and air traffic noise differentially affect	

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo estudio de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						objective and subjective assessments of sleep. Differences in the degree of noise-induced sleep fragmentation between traffic modes were explained by the specific spectral and temporal composition of noise events, indicating potential targets for active and passive noise control.	
87.	Effects of noise from non-traffic-related ambient sources on sleep: review of the literature of 1990-2010.	Omlin, S., et al.	Noise Health. 2011, 13 (53): 299-309	Systematic review	Effects of specific non-traffic-related ambient noise sources on sleep	Only a small number of surveys, laboratory and field studies about mainly neighborhood, leisure and animal noise have been carried out. Most of them indicate that ambient noise has some effect on human sleep. However, a quantitative meta-analysis and comparison is not possible due to the small number of studies available and at times large differences in quality.	A2

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo estudio de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
88.	The prevalence, awareness, and control of hypertension	Bosu WK	<u>Glob Health Action.</u> 2015; 8 : 26227	Systematic review.	Prevalence of HT & level of awareness and control	A total of 45 studies from 6 countries were identified. In 40 studies with a common definition of HT, the prevalence ranged from 12.0% among automobile garage workers to 68.9% among traditional chiefs. In 15 of these studies, prevalence exceeded 30%.	A1

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	among workers in West Africa: a systematic review.				among workers	Typically sedentary workers such as traders, bank workers, civil servants & chiefs were at high risk. Among health care workers, prevalence ranged from 17.5-37.5%. Prevalence increased with age and was higher among males & workers with higher SES. The crude prevalence of HT increased progressively from 12.9% in studies published in the 1980s to 34.4% in those published in 2010-2014. The proportion of HT who were previously aware of their diagnosis, were on treatment or had their BP controlled was 19.6-84.0%, 0-79.2%, and 0-12.7%, respectively. HT subjects, including health workers, rarely checked their BP except when they were ill.	
89	Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals.	Kivimaki, M., et al.	<u>Lancet Diabetes Endocrinol</u> 2015, 3(1): 27-34.	Meta-analysis stratified by socioeconomic status	Relationship between long working hours and CVD	The minimally adjusted summary RR for long (>=55 h per week) compared with standard working hours (35-40 h) was 1.07 (95% CI 0.89-1.27) with significant heterogeneity in study-specific estimates (I(2)=53%, p=0.0016). In an analysis stratified by SE status, the association between long working hours and DM was evident in the low SE status group (RR 1.29, 95% CI 1.06-1.57, I(2)=0%, p=0.4662), but was null in the high SE status group (1.00, 0.80-1.25, I(2)=15%, p=0.2464). The association in the low SE status group was robust to adjustment for age, sex, obesity, and physical activity, and remained after exclusion of shift workers. In this paper, the link between longer working hours and T2D was apparent only in individuals in the low SE status groups.	A1
90	Long working	Kivimaki,	<u>Lancet</u> . 2015;	Systematic	Relationship	We included 25 studies from 24 cohorts in Europe,	A1

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals.	M., et al.	386 (10005): 1739-46	review and meta-analysis	between long working hours and CVD	the USA, and Australia. The meta-analysis of coronary heart disease (CHD) comprised data for 603,838 men and women who were free from CHD at baseline; the meta-analysis of stroke comprised data for 528,908 men & women who were free from stroke at baseline. Follow-up for CHD was 5.1 million person-years (mean 8.5 years), in which 4768 events were recorded, and for stroke was 3.8 million person-years (mean 7.2 years), in which 1722 events were recorded. In cumulative meta-analysis adjusted for age, sex, and SES, compared with standard hours (35-40 h per week), working long hours (≥55 h per week) was associated with an increase in risk of incident CHD (RR=1.13, 95% CI: 1.02-1.26; p=0.02) and incident stroke (1.33, 1.11-1.61; p=0.002). The excess risk of stroke remained unchanged in analyses that addressed reverse causation, multivariable adjustments for other risk factors, and different methods of stroke ascertainment (range of RR 1.30-1.42). We recorded a dose-response association for stroke, with RR estimates of 1.10 ([0.94-1.28]; p=0.24) for 41-48 working hours, 1.27 (1.03-1.56; p=0.03) for 49-54 working hours, and 1.33 (1.11-1.61; p= 0.002) for 55 working hours or more per week compared with standard working hours (p _{trend} <0.0001). Employees who work long hours have a higher risk of stroke than those working standard hours; the association with coronary heart disease is weaker.	
91.	Psychosocial factors at	Solovieva, S., et al.	Scand J Work Environ	Systematic review	Associations between	About 70% of the studies reported positive associations between long work hours and weight-	A2

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	work, long work hours, and obesity: a systematic review.		Health. 2013; 39 (3): 241-58.		psychosocial factors at work and long work hours with weight-related outcomes	related outcomes. All 4 studies that evaluated the association between working overtime and weight gain (3 longitudinal and one cross-sectional) showed a positive association among men and 2 of them also among women. We found evidence for weak associations between psychosocial factors at work and excess weight. Associations were observed between long work hours, working overtime, and weight gain, especially among men.	
92.	Shift work and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies.	Gan, Y., et al.	<u>Occup Environ Med</u> 2015, 72 (1): 72-78.	Meta-analysis of observational studies	Association between shift work and DM	A pooled adjusted OR for the association between ever exposure to shift work and DM risk was 1.09 (95% CI 1.05 to 1.12; p=0.014; I(2)=40.9%). Subgroup analyses suggested a stronger association between shift work and DM for men (OR=1.37, 95%CI 1.20-1.56) than for women (OR=1.09, 95%CI 1.04-1.14) (p for interaction=0.01). All shift work schedules with the exception of mixed shifts and evening shifts were associated with a statistically higher risk of DM than normal daytime schedules, and the difference among those shift work schedules was significant (p for interaction=0.04). Shift work is associated with an increased risk of DM. The increase was significantly higher among men and the rotating shift group.	A1
93.	Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: a pooled analysis of	Nyberg, S. T., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2014, 37 (8): 2268-2275.	Meta-analysis	Association between work stress and DM.	After adjustment for age, sex, and SES, the hazard ratio (HR) for job strain compared with no job strain was 1.15 (95% CI 1.06-1.25) with no difference between men and women (1.19 [1.06-1.34] and 1.13 [1.00-1.28], respectively). In stratified analyses, job strain was associated with an increased risk of DM	A1

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	124,808 men and women					among those with healthy and unhealthy lifestyle habits. In a multivariable model adjusted for age, sex, SES, and lifestyle habits, the HR was 1.11 (1.00-1.23). Job strain is a risk factor for T2D in men and women independent of lifestyle factors.	
94.	The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review	Backé, E., et al.	<u>Int Arch Occup Environ Health.</u> 2012; 85 (1): 67-79	Systematic review	Association between work stress and CVD (morbidity and mortality)	The risk estimates for work stress were associated with a statistically significant increased risk of CVD in 13 of the 20 cohorts. Associations were significant for 7 out of 13 cohorts applying the demand-control model, all 3 cohorts using the effort-reward model and 3 out of 6 cohorts investigating other models. Most significant results came from analyses considering only men. Results for the association between job stress & CVD in women were not clear. Associations were weaker in participants above the age of 55. In accordance with other systematic reviews, this review stresses the importance of psychosocial factors at work in the aetiology of CVD.	A1
95.	Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis.	Virtanen, M., et al.	<u>BMJ.</u> 2013; 347 : f4746	Meta-analysis combining data from a collaborative consortium and studies identified by a systematic review	Association between self reported job insecurity and CVD (CHD)	Age adjusted RR of high vs low job insecurity was 1.32 (95% CI 1.09-1.59). The RR of job insecurity adjusted for sociodemographic and risk factors was 1.19 (1.00-1.42). There was no evidence of significant differences in this association by sex, age, national unemployment rate, welfare regime, or job insecurity measure. The modest association between perceived job insecurity and CHD is partly attributable to poorer SE circumstances and less favourable risk factor profiles among people with job insecurity.	A1

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
96.	Work stress in the etiology of coronary heart disease--a meta-analysis.	Kivimäki M et al.	<u>Scand J Work Environ Health.</u> 2006; 32 (6): 431-42	Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies	Association between work stress and CVD (CHD)	14 prospective cohort studies were identified. The age- and gender-adjusted RR of CHD for high vs low job strain was 1.43 [95% CI: 1.15-1.84], but decreased to 1.16 [0.94-1.43] after adjustment for risk factors and potential mediators. The age- and gender-adjusted RR for a combination of high efforts and low rewards was 1.58 [0.84-2.97], and no reduction in the RR was seen after further adjustments. For organizational injustice, the age- and gender-adjusted, and multiple-adjusted RR were 1.62 [1.24-2.13] and 1.47 [1.12-1.95], respectively. There was little standardization in the assessment of work stress within all 3 stress models; significant heterogeneity in the effects of stress was observed between studies. Observational data suggest an average 50% excess risk for CHD among employees with work stress.	A1
97.	Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews.	Fishta, A., and Backé, E.	<u>Int Arch Occup Environ Health.</u> 2015 88 (8): 997-1014	Systematic review	Association between work stress and CVD (morbidity and mortality)	Different stress models were used to measure the work-related stress; the "demand-control model" was most commonly used. This meta-analysis confirmed a modest (1.32, 1.09-1.59; Virtanen, 2013) to moderate evidence (1.45, 1.15-1.84; Kivimäki, 2006), predominantly among men, for the association between stress at work and CVD. Due to lacking information, it was not possible to give evidence on the dose-response relationship.	A1
98.	Endothelin-1 and psychosocial risk factors for	Yammine L et al.	<u>Psychosom Med.</u> 2014 Feb; 76 (2):109-	Systematic review	Relationship between plasma ET-1 and	20 studies were included (14 experimental & 6 observational studies). The inferences drawn from this review were: a) laboratory-induced acute psychological/mental stress may result in	A2

Condiciones laborales							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	cardiovascular disease: a systematic review.		<u>21</u>		psychosocial risk factors for CVD.	exaggerated plasma ET-1 release in those with CVD & at risk for CVD (positive studies: 5/10); b) chronic/episodic psychosocial factors may have a positive relationship to plasma ET-1 (positive studies: 3/5); and c) race (African American), sex (male), and individual differences in autonomic and hemodynamic responses to stress (parasympathetic withdrawal and elevated BP responsiveness) may moderate the relationship between psychosocial factors and plasma ET-1. This review indicates that psychosocial risk factors for CVD are associated w/ elevated plasma ET-1; however, the relatively small number of studies, methodological differences, and variable assessment tools preclude definitive conclusions about strength of the association.	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
Patologías del embarazo (Diabetes gestacional, Pre-eclampsia)							
99	Metabolic syndrome risk after gestational diabetes: a	Xu, Y., et al.	<u>PloS ONE</u> 2014, 9 (1): e87863.	Systematic review and meta-analysis	Association between metabolic syndrome (MS)	Women with a history of GDM had a significant higher risk of MS than those	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	systematic review and meta-analysis.				and gestational diabetes mellitus (GDM)	who had a normal pregnancy (OR, 3.96; 95% CI, 2.99 to 5.26), but had significant heterogeneity (I ² = 52.6%). The effect remained robust (4.54; 3.78-5.46) in the subgroup of Caucasians, no association (1.28; 0.64-2.56) was found in Asians. Heterogeneity was reduced in the subgroup of BMI. In addition, mothers with higher BMI in the GDM group had higher risk of MS than those in BMI matched group (BMI higher in GDM group OR, 5.39; 95% CI, 4.47-6.50, BMI matched group OR, 2.53; 95% CI, 1.88-3.41). This meta-analysis demonstrated	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						increased risk of MS after GDM. Therefore, attention should be given to preventing or delaying the onset of MS in GDM mothers, particularly in Caucasian and obese mothers.	
10	[Increased risk of type II diabetes mellitus and cardiovascular disease after gestational diabetes mellitus: a systematic review].	Hopmans, T. E., et al.	<u>Ned Tijdschr Geneeskd</u> 2015, 159 : A8043.	Systematic review and meta-analysis.	Risk of developing T2D & CVD for women with a history of GDM.	Women with gestational diabetes had a risk of T2D varying between 9.5% and 37.0% and a risk of CVD of between 0.28% and 15.5%. Women with GDM were at increased risk of T2D (weighted RR: 13.2; 8.5-20.7) and CVD (2.0; 1.1-3.7) compared to women without GDM. It is very important that GDM is recognized as a CV risk factor in daily practice and that this group is	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						screening for the presence of hyperglycaemia and other CV risk factors.	
10	Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis	Brown, M. et al.	<u>Eur J Epidemiol</u> 2013, 28 (1): 1-19	Systematic review and meta-analysis of case-control and cohort studies	Quantify the risks of CVD, cerebrovascular events and HTA associated with prior diagnosis of pre-eclampsia	Women with a history of pre-eclampsia or eclampsia were at significantly increased odds of fatal or diagnosed CVD (OR 2.28, 95% CI 1.87-2.78), cerebrovascular disease (1.76, 1.43-2.21) and hypertension [RR 3.13, 2.51-3.89]. Among pre-eclamptic women, pre-term delivery was not associated with an increased risk of a future CV event (RR 1.32, 0.79-2.22). Women diagnosed with pre-eclampsia are at increased risk of CV or cerebrovascular	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						events, with an estimated doubling of odds compared to unaffected women. This association may reflect shared common risk factors for both pre-eclampsia and CV and cerebrovascular disease.	
Procesos inflamatorios							
10	Inflammatory markers and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis.	Wang, X., et al.	<u>Diabetes Care</u> 2013, 36 (1): 166-175.	Systematic review & meta-analysis of prospective studies	Association of elevated levels of interleukin-6 (IL-6) and C-reactive protein (CRP) with increased risk of T2D	The meta-analysis detected a significant dose-response association of IL-6 levels with T2D risk (RR 1.31 [95% CI 1.17-1.46]). For CRP, the meta-analysis showed that elevated CRP levels were significantly associated with increased risk of T2D (1.26 [1.16-1.37]), with the absence of publication bias. Sensitivity and	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						subgroup analyses further supported the associations. Elevated levels of IL-6 and CRP are significantly associated with increased risk of T2D.	
10	Proteína C ultrasensible como factor independiente de riesgo en población con y sin antecedentes cardiovasculares	Brito, V., et al.	<u>Arch Cardiol Méx</u> , 2015, 85 (2): 124-135	Overview (revisión de revisiones)	Utilidad de la proteína C reactiva ultrasensible PCRus como factor de riesgo de eventos CV y como marcador pronóstico en sujetos con ECV crónica o aguda	Se encontró evidencia de alta calidad señalando a la PCRus, tanto como factor de riesgo en población general y como pronóstico en aquellos con ECV en todas las poblaciones. Su mayor utilidad residió en sujetos sin historia de ECV y riesgo intermedio de eventos a 10 años, en donde la adición de la PCRus a modelos clásicos de estimación del riesgo mejora la	A2

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						estratificación del riesgo. No se identificó, en cambio, consenso sobre su utilidad clínica como marcador pronóstico en sujetos con enfermedad coronaria crónica o aguda.	
10	Psoriasis and the risk of diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis.	Armstrong, A. W., et al.	<u>JAMA Dermatol</u> 2013, 149 (1): 84-91.	Meta-analysis of observational (cohort, case-control and cross-sectional) studies	Association between psoriasis and the prevalence and incidence of T2D.	Among studies assessing the prevalence, psoriasis was associated with an odds ratio (OR) of 1.59 (95% CI, 1.38-1.83) for diabetes. The pooled OR was 1.53 (1.16-2.04) for mild psoriasis and 1.97 (1.48-2.62) for severe psoriasis. Meta-regression of prespecified potential sources of heterogeneity revealed a nonsignificant difference (P= .10) of increased reported	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						<p>strength of association among studies that used medical record review (1.52 [1.31-1.77]) or patients' report of diabetes (2.79 [1.42-5.48]) compared with studies that used billing data (1.46 [1.01-2.09]). Among studies that assessed incidence, psoriasis was associated with a relative risk of 1.27 (95% CI, 1.16-1.40) for developing diabetes. Psoriasis is associated with an increased prevalence and incidence of diabetes. The association of psoriasis with diabetes may be strongest among patients with severe psoriasis.</p>	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
10	Diabetes mellitus risk factors in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis.	Jiang, P., et al.	<u>Clin Exp Rheumatol</u> 2015, 33 (1): 115-121.	Meta-analysis of observational (cohort and case-control) studies	Relationship between rheumatoid arthritis (RA) and the occurrence of diabetes mellitus (DM)	The pooled risk estimate of 11 case-control studies showed a statistically significant increased risk of DM prevalence among RA individuals (OR=1.40, 95% CI: 1.34-1.47). The pooled risk estimate of 8 cohort studies also showed a statistically significant increasing risk of DM (RR=1.43, 95%CI: 1.38-1.47). In a subgroup analysis for case-control studies, the pooled risk estimate of individuals with RA increased the incidence of T1D and T2D (OR, 4.78 vs. 1.41). In a subgroup analysis for cohort studies, RA was also found to have a statistically significant increasing	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						risk of T2D (RR=1.24, 95%CI: 1.14-1.35). RA is associated with increased risk of DM, including T1D and T2D.	
10	Cardiovascular Disease in Latin American Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A Cross-Sectional Study and a Systematic Review	Amaya, J., et al.	<u>Autoimmune Diseases</u> , 2013, http://dx.doi.org/10.1155/2013/794383	1. Cross-sectional analytical study (in patients with SLE). 2. systematic review on CVD in SLE in LA.	Determine the prevalence of and associated risk factors for CVD in Latin American patients with systemic lupus erythematosus (SLE).	Dyslipidemia, smoking, coffee consumption, and pleural effusion were positively associated with CVD. An independent effect of coffee consumption and cigarette on CVD was found regardless of gender and duration of disease. In the systematic review, 60 articles fulfilling the eligibility criteria were included. A wide range of CVD prevalence was found (4%–79.5%). Several studies reported ancestry, genetic factors, and	A2

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						polyautoimmunity as novel risk factors for such a condition. A high rate of CVD is observed in LA patients with SLE. Awareness of the observed risk factors should encourage preventive population strategies for CVD in patients with SLE aimed at facilitating the suppression of cigarette smoking and coffee consumption as well as at the tight control of dyslipidemia and other modifiable risk factors	
10	The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis	Bahekar, A., et al.	<u>Am Heart J</u> , 2007, 154 (5): 830–837	Systematic review and meta-analysis of observational studies	Association of periodontitis (PD) with risk of coronary heart disease (CHD)	Meta-analysis of the 5 prospective cohort studies (86 092 patients) indicated that individuals with PD had 1.14 times higher risk of developing CHD	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						<p>than controls (RR 1.14, 95% CI 1.074-1.213, P < .001). The case-control studies (1423 patients) showed an even greater risk of developing CHD (OR 2.22, 1.59-3.117, P < .001). The prevalence of CHD in cross-sectional studies (17 724 patients) was significantly greater among individuals with PD than in those without PD (OR 1.59, 1.329-1.907, P < .001). When the relationship between number of teeth and incidence of CHD was analyzed, cohort studies showed 1.24 times increased risk (1.14-1.36, P < .0001) of development of CHD in patients with <10 teeth. This study</p>	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						indicates that both the prevalence and incidence of CHD are significantly increased in PD. Therefore, PD may be a risk factor for CHD. Prospective studies are required to prove this assumption and evaluate risk reduction with the treatment of PD.	
10	Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies	Blaizot, A., et al.	Int Dent J, 2009, 59 (4): 197–209	Meta-analyses of observational studies	Relationship between exposure to periodontal and CVD (coronary artery disease, angina pectoris, acute myocardial infarction (AMI), mortality caused by cardiac pathology.	The pooled OR calculated from the 22 case-control and cross-sectional studies was 2.35 (95% CI [1.87-2.96], p < 0.0001). The risk of developing CV disease was significantly (34%) higher in subjects with periodontal disease compared to those without periodontal disease (pooled RR from the	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						7 cohort studies was 1.34 (95% CI [1.27; 1.42], p < 0.0001). It seems that subjects with periodontal diseases have higher OR & RR of developing CVD but the reduction in the risk of CV events associated with the treatment of periodontitis rto be investigated	
10	The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease	Sharma, D., et al.	J Clin Periodontol 2013; 40 (Suppl. 14): S70–S84	Systematic review of cohort and case-control studies	Association between periodontitis (PD) and incident atherosclerotic CV disease (ACVD), including coronary heart disease (CHD), cerebrovascular disease and peripheral arterial disease	12 studies were included in this study (6 studies on CHD, 3 studies on cerebrovascular disease, 2 studies on both coronary heart and cerebrovascular disease mortality and 1 study on peripheral arterial disease). All but one study reported positive associations between various periodontal disease	A2

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						measures and the incidence of ACVD, at least in specific subgroups. The association was stronger in younger adults and there was no evidence for an association between PD and incident CHD in subjects older than 65 years. Only one study evaluated the association between PD and secondary cardiovascular events. There is evidence for an increased risk of ACVD in patients with PD compared to patients without. However, this may not apply to all groups of the population. There is insufficient evidence for an association between PD and the incidence of secondary	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						cardiovascular events.	
11	Risk factors related to cardiovascular diseases and the metabolic syndrome in multiple sclerosis - a systematic review	Wens, I., et al.	[Mult Scler] 2013, 19 (12): 1556-64	Systematic review	Relationship between multiple sclerosis (MS) & risk of CVD and metabolic syndrome	Despite the high number of identified papers, only limited and inconsistent data exist on the risk factors of the metabolic syndrome and MS. Overall, the data suggest an increased CVD risk in MS. From the existing studies it is not clear whether the increased risk of CVD is related to an increased risk of obesity or changes in body composition, hypertension, dyslipidemia or T2D in people with MS, indicating the need for future research in the field.	A2
Infección por Helicobacter pylori							
11	Association of	Wang, F., et	Scand J Infect Dis 2013, 45 (12): 930-	Systematic	Association	37 case-control and	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Helicobacter pylori infection with diabetes mellitus and diabetic nephropathy: a meta-analysis of 39 studies involving more than 20,000 participants.	al.	938.	review and meta-analysis of observational studies	between H. pylori infection & the risk of DM and DM nephropathy	2 cohort studies were included. H. pylori was associated with increased risk of each type of DM (OR 2.00, 95% CI 1.82-2.20, p for heterogeneity = 0.07). The infection was also associated with increased risks of T1D and T2D, separately (1.99, 1.52-2.60, p for heterogeneity = 0.15, and 2.15, 1.81-2.55, p heterogeneity = 0.24, respectively). In addition, we found a significant association between H. pylori infection and diabetic nephropathy risk (OR 1.60, 95% CI 1.10-2.33, p for heterogeneity = 0.44). The bacterium may be able to play its pathogenic role in the whole disease	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						process, and this action may be stronger in T2D patients than in T1D patients.	
11	Association between Helicobacter pylori infection and diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies.	Zhou, X., et al.	<u>Diabetes Res Clin Pract</u> 2013, 99 (2): 200-208.	Meta-analysis	Association between H. pylori infection and DM	OR for H. pylori infection was increased to 1.33 (95% CI: 1.08-1.64; P=0.008) among patients with DM. Subgroup analysis revealed a significantly higher infection rate in the T2D group vs. control group (OR=1.76, 95% CI: 1.40-2.21, P<0.00001). The pooled data suggests a trend toward more frequent H. pylori infections in DM patients, especially in T2D.	A1
Incremento en niveles de ferritina y ácido urico							

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
11	Ferritin levels and risk of type 2 diabetes mellitus: an updated systematic review and meta-analysis of prospective evidence.	Kunutsor, S. K., et al.	<u>Diabetes Metab Res Rev</u> 2013, 29 (4): 308-318.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Magnitude of associations between elevated baseline body iron stores and risk of incident T2D.	The pooled fully adjusted RR with (95% CI) for T2D was 1.73 (1.35-2.22) in a comparison of extreme fifths of baseline ferritin levels. 3 studies evaluated associations between dietary heme iron status and T2D with a corresponding RR for T2D of 1.28 (1.16-1.41). In dose-response analyses, the pooled RRs for an increment of 5 ng/mL in ferritin levels and 5 mg/day in dietary heme iron were, respectively, 1.01 (0.99-1.02) and 3.24 (2.05-5.10). Elevated levels of ferritin may help identify individuals at high risk of T2D. Further research is warranted to	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						establish causality of these associations and to ascertain which patients are likely to benefit from lifestyle or therapeutic interventions.	
11	Serum uric acid levels and incidence of impaired fasting glucose and type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of cohort studies.	Jia, Z., et al.	<u>Diabetes Res Clin Pract</u> 2013, 101 (1): 88-96.	Meta-analysis of cohort studies	Association between serum uric acid (SUA) levels and incidence of impaired fasting glucose (IFG) and T2D	The pooled multivariate-adjusted RR (95%CI) of IFG and T2D for the highest vs. lowest level of SUA was 1.54 (1.41-1.68), I(2)=42.2%. The association was consistent and significant across subgroup analysis. A nonlinear relationship was found of SUA levels with incidence of IFG and T2DM (P<0.01), and the multivariate-adjusted RRs (95%CI) of IFG and T2D were 1.02 (0.95-1.10), 1.04 (0.94-	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						1.15), 1.10 (0.99-1.22), 1.25 (1.16-1.35), 1.43 (1.31-1.55), 1.50 (1.38-1.63) and 1.49 (1.34-1.67) for 2.5, 3.5, 4.5, 5.5, 6.5, 7.5 and 8.5mg/dl of SUA. The RR (95%CI) of T2DM for the highest vs. lowest level of SUA was 1.67 (1.51-1.86), and a nonlinear relationship was also found between SUA levels and incidence of T2D. SUA levels are positively associated with incidence of IFG and T2D, and the association might be nonlinear.	
11	Hyperuricemia as an independent predictor of vascular complications	Xu, Y., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2013, 8 (10): e78206.	Systematic review and meta-analysis	Association between serum uric acid (SUA) with development of vascular complications	Pooled estimates for the relationship suggested that each 0.1 mmol/l increase in SUA resulted in a 28% increase in the	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	and mortality in type 2 diabetes patients: a meta-analysis.				and mortality in T2D	risk of diabetic vascular complications and a 9% increase in the risk of diabetic mortality. In stratification-analysis, the positive relationship between SUA and vascular complications remained significant irrespective of mean age, adjustment for metabolic variables and medications. However, it was inconsistent in different populations (significantly positive in the Asian but not in Australian and Italian population) and sample sizes (significantly positive in the relatively large sample size [≥ 1000] but non-significant in the small sample size [< 1000]). Results	

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						supported elevated SUA as an independent predictor of vascular complications and mortality in T2D patients. SUA-lowering therapies might be helpful for prevention and treatment of vascular complications in this population.	
Causalidad cruzada entre las ENT							
11	Pancreatic beta-cell function and type 2 diabetes risk: quantify the causal effect using a Mendelian randomization approach based on meta-analyses.	Song, Y., et al.	<u>Hum Mol Genet</u> 2012, 21 (22): 5010-5018.	Meta-analyses	Effectt of beta-cell function on T2D.	The OR [95% CI] was 0.87 (0.81-0.93) for each five unit increment in homeostasis model assessment of insulin secretion (HOMA-%B) (P = 3.0 x 10(-5)). In addition, for measures based on intravenous glucose tolerance test, ORs associated with T2D risk were 0.24 (0.08-0.74) (P =	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						0.01) and 0.14 (0.04-0.48) (P = 0.002) for per 1 standard deviation increment in insulin sensitivity index and disposition index, respectively. Findings from the present study lend support to a causal role of pancreatic beta-cell function itself in the etiology of T2D.	
11	Insulin resistance and risk of incident cardiovascular events in adults without diabetes: meta-analysis.	Gast, K. B., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2012, 7(12): e52036.	Meta-analysis of Cohort and case-control studies	Association between fasting glucose, fasting insulin and HOMA-IR with incident CV disease	The pooled RR of CHD (95% CI; I(2)) comparing high to low concentrations was 1.52 (1.31-1.76; 62.4%) for glucose, 1.12 (0.92-1.37; 41.0%) for insulin and 1.64 (1.35-2.00; 0%) for HOMA-IR. The pooled RR of CHD per one standard deviation increase was 1.21 (1.13-1.30; 64.9%) for glucose, 1.04	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						(0.96-1.12; 43.0%) for insulin and 1.46 (1.26-1.69; 0.0%) for HOMA-IR. The RR of CV disease was higher for an increase of one standard deviation in HOMA-IR compared to an increase of one standard deviation in fasting glucose or fasting insulin concentration. It may be useful to add HOMA-IR to a CV risk prediction model.	
11	Meta-analysis of Atherogenic Index of Plasma and other lipid parameters in relation to risk of type 2 diabetes mellitus.	Zhu, X. W., et al.	<u>Prim Care Diabetes</u> 2015, 9 (1): 60-67.	Meta-analyses of case-control studies	Evaluate the power of Blood lipid parameters (TG, TC, HDL-C, LDL-C, Atherogenic Index of Plasma, AIP) on predicting risk of T2D	Moreover, the standardized mean difference (SMD) for the AIP is 1.78 (95% CI: 1.04-2.52), which is higher than for other parameters (TG: 0.93, 95% CI: 0.78-1.09; TC: 0.46, 95% CI: 0.21-0.71; HDL-C: -0.89, 95% CI: -1.18 to -0.60; and LDL-C: 0.44,	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						95% CI: 0.11-0.77). Meta-analysis of association between BMI and T2DM gave a SMD of 0.85 (95% CI: 0.38 to 1.32). Lipid parameters have ability to reflect the risk of T2D, but AIP may be more closely associated with the risk of T2D. The current results suggest AIP may be used as a simple, easily calculated parameter in assessing the risk of T2D.	
11	Circulating Biomarkers for Predicting Cardiovascular Disease Risk; a Systematic Review and Comprehensive Overview of Meta-Analyses	van Holten, T., et al.	<u>PLoS ONE</u> . 2013, 8 (4): 1-8	Systematic review of meta-analyses	Compare the relevance of most commonly studied serological biomarkers for atherothrombosis	Markers for primary CV events include, from high to low result: C-reactive protein, fibrinogen, cholesterol, apolipoprotein B, the apolipoprotein A/apolipoprotein B ratio, high density lipoprotein and	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						vitamin D. Markers for secondary CV events include, from high to low result: cardiac troponins I and T, C-reactive protein, serum creatinine, and cystatin C. For primary CV events, markers with strong predictive potential are mainly associated w/ lipids. For secondary CV events, markers are more associated with ischemia. Fibrinogen is a strong predictor for primary stroke.	
121	Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies.	Bell, J. A., et al.	<u>Obes Rev</u> 2014, 15 (6): 504-515.	Systematic review and meta-analysis of prospective studies	Risk of T2D among obese adults (defined by BMI and normal cardiometabolic clustering, insulin profile or risk score) metabolically	The pooled adjusted relative risk (RR) for incident T2D was 4.03 (95%CI 2.66-6.09) in healthy obese adults and 8.93 (6.86-11.62) in unhealthy obese compared with healthy normal-	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					healthy and unhealthy.	weight adults. Although there was between-study heterogeneity in the size of effects (I(2) = 49.8%; P = 0.03), RR for healthy obesity exceeded one in every study. Metabolically healthy obese adults show a substantially increased risk of developing T2D compared with metabolically healthy normal-weight adults.	
12	Hip circumference, height and risk of type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis.	Janghorbani, M., et al.	<u>Obes Rev</u> 2012, 13 (12): 1172-1181.	Systematic review and meta-analysis of observational studies	Relationship between T2D and hip circumference and height	Hip circumference was inversely associated with an increased risk of T2D in men (summary RR [95% CI] 0.60 [0.45, 0.80]) and women (0.54 [0.42, 0.70]). These results were consistent between cross-sectional and cohort studies. An	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						inverse association between height and T2D was observed in women only (summary RR [95% CI] 0.83 [0.73, 0.95]). The paper strongly supports an inverse relationship between hip circumference and risk of T2D in men and women. The inverse association between height and risk was significant only in women.	
12	Comparisons of the strength of associations with future type 2 diabetes risk among anthropometric obesity indicators, including waist-to-height ratio: a meta-analysis.	Kodama, S., et al.	<u>Am J Epidemiol</u> 2012, 176 (11): 959-969.	Meta-analysis	Compare the association of waist-to-height ratio (WHtR) with DM risk with the associations of other conventional obesity indicators with DM risk.	Pooled RR of the 15 eligible studies were 1.62 (95% CI 1.48-1.78) for RR(WHtR), 1.55 (1.43-1.69) for RR(BMI), 1.63 (1.49-1.79) for RR(WC), and 1.52 (1.40-1.66) for RR(WHR). WHtR had an association stronger than that of BMI (P<0.001) or WHR (P<0.001). The	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						present meta-analysis showed that WHtR has a modestly but statistically greater importance than BMI and WHR in prediction of DM. (BMI: body mass index, WC: waist circumference, WHR: waist-to-hip ratio)	
12	Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies	Romero, A., et al.	<u>The Lancet</u> , 2006, 368 (9536): 666-	Systematic review of cohort studies	Association between obesity, and total mortality and cardiovascular events in patients with coronary artery disease (CAD)	We found 40 studies with 250,152 patients that had a mean follow-up of 3.8 years. Patients with a low bodymass index (BMI) (i.e., <20) had an increased RR for total mortality (RR=1.37 [95% CI 1.32–1.43]), and CV mortality (1.45 [1.16–1.81]), overweight (BMI 25–29.9) had the lowest risk for total mortality (0.87 [0.81–0.94]) and CV	A2

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						mortality (0.88 [0.75–1.02]) compared with those for people with a normal BMI. Obese patients (BMI 30–35) had no increased risk for total mortality (0.93 [0.85–1.03]) or CV mortality (0.97 [0.82–1.15]). Patients with severe obesity (≥ 35) did not have increased total mortality (1.10 [0.87–1.41]) but they had the highest risk for CV mortality (1.88 [1.05–3.34]).	
Depresión							
12	[Type 2 diabetes mellitus and depressive symptoms: what is the cause of what? A systematic literature review].	Wagner, G., et al.	<u>Dtsch Med Wochenschr</u> 2012, 137 (11): 523-528.	Systematic review and meta-analysis of prospective observational studies	T2D and depressive symptoms are statistically associated. The question is if one of them is causal for the other.	Patients with T2D have a higher incidence of depressive symptoms - compared to patients having no diabetes. And patients with depressive symptoms have a	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						higher incidence of T2D; however the findings for the first relation are only weak. Knowing about this - even causal - co-morbidity is important in care, including a routine diagnostic approach to find out if the other disease is also present.	
12	Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review.	Park, M., et al.	<u>Gen Hosp Psychiatry</u> 2013, 35 (3): 217-225.	Meta-analysis of longitudinal or prospective studies	Risk of depression on all-cause mortality among individuals with diabetes.	Depression was significantly associated with risk of mortality (1.50, 1.35-1.66). Little evidence for heterogeneity was found (Cochran Q=13.52, P=.20, I(2)=26.03). No significant possibility of publication bias was detected (Egger's regression intercept=0.98, P=0.23). Depression significantly	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						increases the risk of mortality among individuals with DM. Early detection and treatment of depression may improve health outcomes in this population.	
12	Depression as a risk factor for mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis of prospective studies.	Hofmann, M., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2013, 8 (11): e79809.	Meta-analysis of prospective studies	Impact of depression on all-cause mortality in DM individuals.	After adjustment for demographic variables, depression measured by self-reports was associated with an increased all-cause mortality risk (HR = 2.56, 1.89-3.47), and the mortality risk remained high after additional adjustment for DM complications (1.76, 1.45-2.14). Six studies reporting adjusted HRs for depression measured by clinical interviews supported	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						the results of the other models (1.49, 1.15-1.93). Both depression measured by self-report and depression measured by clinical interview have an unfavorable impact on mortality in DM. The results, however, are limited by the heterogeneity of the primary studies.	
Apnea del sueño							
12	Obstructive sleep apnoea and the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies.	Wang, X., et al.	<u>Respirology</u> 2013, 18 (1): 140-146.	Meta-analysis of prospective cohort studies	Association between the severity of obstructive sleep apnoea (OSA) and the risk of T2D	Moderate-severe OSA was associated with a greater risk of T2D (RR 1.63; 1.09-2.45), while the RR for subjects with mild OSA was 1.22 (0.91-1.63), compared with those without OSA.	A1
Alta frecuencia cardíaca en reposo							

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
12	Resting heart rate and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies.	Aune, D., et al.	<u>Nutr Metab Cardiovasc Dis</u> 2015, 25 (6): 526-534.	Systematic review and meta-analysis of cohort studies	Association between High resting heart rate with risk of T2D.	The summary RR for high vs low resting heart rate was 1.83 (95% CI: 1.28-2.60, I(2) = 88%, n = 7), and in the dose-response analysis the summary RR was 1.20 (95% CI: 1.07-1.34, I(2) = 93%, n = 9) for an increase of 10 beats per minute. The heterogeneity was to a large degree explained by two studies. There was evidence of nonlinear associations between resting heart rate (pnonlinearity < 0.0001) and risk of T2D. The current meta-analysis indicates a strong positive association between high resting heart rate and the risk of T2D. As a non-	A1

Patologías previas y alteraciones del medio interno							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						invasive marker of type 2 diabetes risk, resting heart rate may have potential in the clinical setting, especially for interventions aimed at lowering the risk of type 2 diabetes.	

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
Contaminación del aire asociado a tráfico, dióxido de nitrógeno y material particulado							
12	Effect of environmental air pollution on type 2 diabetes mellitus.	Meo, S. A., et al.	<u>Eur Rev Med Pharmacol Sci</u> 2015, 19 (1): 123-128.	Systematic review	Effect of environmental air pollution on incidence of T2D.	Air pollution is a leading cause of insulin resistance and incidence of T2D. The association between air pollution and T2D is stronger for traffic associated pollutants, gaseous, nitrogen dioxide, tobacco smoke and particulate matter. Exposure to air pollutants is significantly associated with increased risk of T2D.	A2
13	Systematic review and metaanalysis of air pollution exposure and	Janghorbani, M., et al.	<u>Eur J Epidemiol</u> 2014, 29 (4): 231-	Systematic review and meta-analysis of observational	Effects of exposure to air pollution on diabetes	Exposure to air pollution was associated with slight increase in risk of DM and susceptibility of people with DM to air pollution. These results were consistent between time-series, case-crossover and cohort studies and between studies conducted in North	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	risk of diabetes.		242.	studies	risk	America and Europe. The association between exposure to air pollution and DM was stronger for gaseous pollutants than for particulate matter.	
13	Air pollution and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis.	Balti, E. V., et al.	<u>Diabetes Res Clin Pract</u> 2014, 106 (2): 161-172.	Systematic review and meta-analysis	Association between exposure to major air pollutants and risk of type 2 diabetes	In prospective investigations, the overall effect on diabetes occurrence was significant for both NO2 (adjusted hazard ratio [HR], 1.13; 95% confidence interval [95%CI], 1.01-1.22; p < 0.001; I(2) = 36.4%, pheterogeneity = 0.208) and PM2.5 (HR, 1.11; 95%CI, 1.03-1.20; p < 0.001; I(2) = 0.0%, pheterogeneity = 0.827). Odds ratios were reported by 2 cross-sectional studies that revealed similar associations between both NO2 and PM2.5 with T2D. Across studies, risk estimates were generally adjusted for age, gender, body mass index and cigarette smoking.	A1
13	Association between ambient air pollution and diabetes mellitus in Europe and North America: systematic review and meta-analysis.	Eze, I. C., et al.	<u>Environ Health Perspect</u> 2015, 123 (5): 381-389.	Systematic review and meta-analysis	association between air pollution (particle concentration or traffic exposure) and diabetes (type 1, type 2, or gestational)	Meta-analyses of 3 studies on PM2.5 (particulate matter <= 2.5 mum in diameter) and 4 studies on NO2 (nitrogen dioxide) showed increased risk of T2D by 8-10% per 10-mug/m3 increase in exposure [PM2.5: 1.10 (95% CI: 1.02, 1.18); NO2: 1.08 (95% CI: 1.00, 1.17)]. Associations were stronger in females. Sensitivity analyses showed similar results. Dose-response effects were not reported. Existing evidence indicates a positive association of air pollution and T2D risk, albeit there is high risk of bias.	A1
13	Main air pollutants and diabetes-	Li, C., et al.	<u>Eur J Endocrinol</u> 2014,	Systematic review and meta-	Associationns between main air pollutants	Increased risk of diabetes-associated mortality was associated with higher levels of PM2.5 (per 10 mug/m3: RR=1.123, 95% CI 1.036-1.217, P=0.005,	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo estudio de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	associated mortality: a systematic review and meta-analysis.		171(5): R183-190.	analysis	and diabetes-associated mortality	I2=96.1%), PM10 (per 10 mug/m3: RR=1.008, 95% CI 1.004-1.013, P<0.001, I2=0%), NO2 (per 10 mug/m3: RR=1.024, 95% CI 1.007-1.041, P=0.006, I2=49.7%) and O3 (per IQR increment: RR=1.065, 95% CI 1.017-1.115, P=0.007, I2=0.0%). Exposure to high levels of air pollutants is significantly associated with an increased risk of diabetes-associated mortality.	
13	Effect of long-term exposure to air pollution on type 2 diabetes mellitus risk: a systemic review and meta-analysis of cohort studies.	Wang, B., et al.	<u>Eur J Endocrinol</u> 2014, 171(5): R173-182.	Meta-analysis of prospective cohort studies	Association of T2D risk with increments in particulate matter (PM, diameter<2.5 mum (PM2.5) or <10 mum (PM10)) or nitrogen dioxide (NO2). To assess the effect of long-term exposure to air pollution on T2D risk.	Elevated risk of T2D was significantly associated with long-term exposures to high levels of PM2.5 (RR=1.28, 95% CI 1.06-1.55, P=0.009, I2=83.5%), PM10 (RR=1.15, 95% CI 1.02-1.30, P=0.022, I2=0%), and NO2 (RR=1.12, 95% CI 1.02-1.23, P=0.015, I2=63.5%). When using standardized risk estimates, the RR of T2D were significant for increments in concentrations of PM2.5 (1.39 per 10 mug/m3 increment, 95% CI 1.14-1.68, P=0.001), PM10 (1.34 per 10 mug/m3 increment, 95% CI 1.22-1.47, P<0.001), and NO2 (1.11 per 10 mug/m3 increment, 95% CI 1.07-1.16, P<0.001). No obvious evidence of publication bias was observed. Long-term exposure to high levels of main air pollutants is significantly associated with elevated risk of T2D.	A1
13	Exposure to organochlorine pollutants and type 2	Tang, M., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2014, 9(10): e85556.	Systematic review and meta-analysis	Association between exposure to OCPs and	Strong associations were observed in PCB-153 (OR, 1.52; 95% CI, 1.19-1.94), PCBs (OR, 2.14; 95% CI, 1.53-2.99), and p,p'-DDE (OR, 1.33; 95% CI, 1.15-1.54) based on a random-effects model. Exposure to	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	diabetes: a systematic review and meta-analysis.				incidence of T2D	organochlorine pollutants is associated with an increased risk of incidence of T2D.	
13	A systematic review of air pollution as a risk factor for cardiovascular disease in South Asia: Limited evidence from India and Pakistan	Yamamoto, S., Phalkeya, R., and Malikb, A.	<u>Int. J. Hyg. Environ. Health</u> 2014, 217 (2/3): 133-144	Systematic review	Effects of air pollution on CVD and CVD risk factors	Hypertension and CVD deaths were positively associated with higher particulate matter levels. Biomarkers of oxidative stress such as increased levels of P-selection expressing platelets, depleted superoxide dismutase and reactive oxygen species generation as well as elevated levels of inflammatory-related C-reactive protein, interleukin-6 and interleukin-8 were also positively associated with biomass use or elevated particulate matter levels. An important outcome of this investigation was the evidence suggesting important air pollution effects regarding CVD risk in South Asia. However, too few studies have been conducted. There is as an urgent need for longer term investigations using robust measures of air pollution with different population groups that include a wider range of air pollutants and outcomes, including early indicators of CVD.	A2
Contaminación del aire asociado a humo de tabaco							
13	Passive smoke exposure and risk of diabetes: a meta-analysis of prospective	Sun, K., et al.	<u>Endocrine</u> 2014, 47 (2): 421-427.	Meta-analysis	Association between passive smoking and risk of DM	In our primary analysis, compared to never smokers without passive smoke exposure, never smokers reporting passive smoke exposure was associated with increased risk of DM (pooled RR 1.21, 95% CI 1.07-1.38). Such association persisted in the dose-response analysis. No indications of significant heterogeneity and publication bias were detected.	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	studies.					Estimates of total effects were generally consistent in the sensitivity and subgroup analyses. Findings of the present meta-analysis suggest that passive smoke exposure is independently associated with the risk of DM.	
13	Passive smoking and risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies.	Wang, Y., et al.	<u>PLoS ONE</u> 2013, 8(7): e69915.	Meta-analysis	Association between passive smoking and risk of T2D	The pooled RR was 1.28 (95% CI 1.14 to 1.44) comparing those who were exposed to passive smoking with those who were not. Subgroup, sensitivity analysis and publication bias test suggested the overall result of this analysis was robust. Passive smoking is associated with a significantly increased risk of T2D.	A1
13	A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus.	Wei, X., et al.	<u>Diabetes Res Clin Pract</u> 2015, 107(1): 9-14.	Meta-analysis	Association between passive smoking and risk of T2D	The overall OR for developing T2D for passive smoking was 1.33 (95% CI 1.20-1.46), with no significant heterogeneity between studies. The result was stable in the subgroup & sensitivity analyses, however there was evidence of publication bias. After the "fill and trim" method, the recalculated OR was 1.27 (95%CI 1.16-1.40). Passive smoking is a risk factor of T2D even in those who were not themselves active smokers.	A1
Contaminación del agua (arsénico)							
14	Association of inorganic arsenic exposure with type 2 diabetes	Wang, W., et al.	<u>J Epidemiol Community Health</u> 2014, 68(2): 176-	Systematic review and meta-analysis of observational	Association of long-term effects of inorganic arsenic (iAs) exposure with	The pooled relative risk with 95% CI of T2D for the highest versus lowest category of iAs exposure level in drinking water was 1.75 (1.20 to 2.54). After removing 3 studies that had a strong effect on heterogeneity, the pooled RR was 1.23 (1.12 to 1.36). Dose-response analysis suggested T2D risk	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	mellitus: a meta-analysis.		184.	studies	T2D risk.	increased by 13% (1.13 (1.00 to 1.27)) for every 100 microg/L increment of iAs in drinking water. Significant association of T2D risk with tAs in urine was also found 1.28 (1.14 to 1.44).	
14	Association between Arsenic Exposure and Diabetes: A Meta-Analysis.	Sung, T. C., et al.	<u>Biomed Res Int</u> 2015: 368087.	Meta-analysis	Association between arsenic exposure and DM	We identified 38 relevant studies, of which the 32 on the ingestion route showed a significant association between arsenic exposure and DM (RR = 1.57; 95% CI 1.27-1.93). Focusing on the 24 studies in which the diagnosis of DM was confirmed using laboratory tests or medical records, we found that the summary RR was 1.71 (95% CI 1.32-2.23), very close to the overall estimates. We concluded that ingested arsenic is associated with the development of DM, but the heterogeneity among the studies may affect the results.	A1
14	Delineating the degree of association between biomarkers of arsenic exposure and type-2 diabetes mellitus.	Andra, S. S., et al.	<u>Int J Hyg Environ Health</u> 2013, 216(1): 35-49.	Systematic review	Association between urinary biomarkers of As exposure (U-As) and biomarkers associated with T2DM and its complications (U-T2DM).	Urinary As concentrations were consistently associated with the biomarkers of T2D pathologic complications. Despite the limited selectivity of the selected T2D biomarkers (renal damage, oxidation stress, low-grade inflammation, and endothelial damage), a per unit change in As exposure level was reflected in the corresponding T2D biomarker urinary concentrations. Our study provides new evidence on the role of environmental As exposures influencing the T2D disease process.	A2
14	Association of low-level	Tsuji, J., et al.	<u>Toxicology</u> . 2014, 323:	Systematic review		Prospective cohort data from Bangladesh provided the strongest evidence for determining the point of	A2

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	arsenic exposure in drinking water with cardiovascular disease: A systematic review and risk assessment		78-94			departure in establishing a candidate RfD based on a combined endpoint of mortality from "ischemic heart disease and other heart diseases." _This study as well as the overall literature supported a no-observed-adverse- effect level of 100 mg/L for arsenic in water, which was equivalent to an iAs dose of 0.009 mg/kg-day (based on population-specific water consumption rates and dietary iAs intake). The study population was likely sensitive to arsenic toxicity because of nutritional deficiencies affecting arsenic methylation and one-carbon metabolism, as well as increasing CVD risk. Evidence is less clear on the interaction of CVD risk factors in the U.S. (e.g., diabetes, obesity, and hypertension) with arsenic at low doses. Potential uncertainty factors up to 3 resulted in a RfD for CVD in the range of 0.003-0.009 mg/kg-day. Although caution should be exercised in extrapolating these results to the U.S. general population, these doses allow a margin of exposure that is 10-30 times the current RfD derived by EPA (based on skin lesions in Southwest Taiwan). These findings suggest that the current EPA RfD is protective of CVD.	
Exposición a ruidos							
14	Long-term noise exposure and the risk for type 2 diabetes: a meta-analysis.	Dzhambov, A. M.	<u>Noise Health</u> 2015, 17(74): 23-33.	Systematic review and meta-analysis	Association between long-term noise exposure and risk for T2D.	People exposed at their homes to roughly L(den) > 60 dB had 22% higher risk (95% CI: 1.09-1.37) for T2D in comparison to those exposed to L(den) < 64 dB; when studies reporting contentious exposure categories were excluded, there was still 19% risk (95% CI: 1.05-1.35) for L(den) = 60-70 dB versus L(den) < 60 dB. In occupational environment there	A1

Contaminación ambiental							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
						was not significant risk (relative risk [RR] = 0.91, 95% CI: 0.78-1.06) for < 85 dB versus >85 dB. There was no heterogeneity in the two groups (I(2) = 0.00). The results should be interpreted with caution due to methodological discrepancies across the studies; however, they are indicative of the close links that noise pollution might have not only to cardiovascular diseases but to endocrine dysfunction as well.	

Causas Indirectas							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
Causa Indirecta:							
14	The effects of acute and chronic exercise on inflammatory markers in children and adults with a chronic inflammatory disease: a systematic review.	Ploeger, H. E., et al.	Exerc Immunol Rev. 2009;15:6-41.	Systematic review	Effects of acute and chronic exercise on inflammatory markers	19 studies were included (7 were acute exercise studies in children, 8 were acute exercise, 5 chronic endurance exercise and 1 chronic resistance exercise studies in adults). No exercise training studies were found involving children. Single bouts of exercise might elicit aggravated inflammatory response in patients; this was reported for patients with T1D, cystic fibrosis and chronic obstructive pulmonary disease. More severely affected patients may experience more aggravated inflammatory response. Levels of inflammatory markers, principally IL-6 but also T-cells, total leukocytes and lymphocytes, remained elevated into recovery period following an acute bout of exercise in patients compared with healthy controls. Chronic endurance exercise training programs can attenuate systemic inflammation in patients with chronic heart failure and T2D. In patients with chronic inflammatory disease, both acute and chronic exercise might elicit different inflammatory responses (i.e., exaggerated after acute exercise and attenuated after training) compared to healthy matched controls. However, the results reveal a major gap in our knowledge regarding the effects of acute and chronic exercise on inflammatory markers in patients with a chronic inflammatory disease. Results are often inconsistent, and differences in training programs (intensity, frequency and duration), heterogeneity of disease populations studied, and analytic methods may be just some of the causes for these discrepancies. To optimize exercise prescriptions and recommendations for patients with a chronic	A2

						inflammatory disease, more research is needed to define the nature of physical activity that confers health benefits without exacerbating underlying inflammatory stress.	
--	--	--	--	--	--	---	--

❖ **METALES PESADOS**

Factor abordado		TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Estudio de Plomo en Sangre en Población seleccionada de Lima y el Callao (Junio 1998 – Marzo 1999)	Mauricio Hernández-Avila, Rocio Espinoza Laín, Luz Carbajal	1999	Estudio descriptivo	Los resultados detectaron zonas de focalización, las cuales sugirieron la existencia de fuentes de exposición adicionales al uso de gasolina con plomo	Las intervenciones para mejorar la calidad de vida al mitigar daños o riesgos asociados, y su absorción de los metales pesados conlleva a una mejora en actividades preventivas promocionales.	A1
2	A Guide to the Work Relatedness of disease	National Institute for Occupational Safety and Health	1997	Estudio descriptivo	Existe también evidencia de que la exposición a los metales pesados puede afectar el balance postural de los adultos y la función de los nervios periféricos	Esta afirmación nos da a conocer la importancia de diagnosticar a tiempo a fin de evitar posibles complicaciones en adelante.	A2
3	Division of Toxicology and Environmental Medicine, Atlanta, GA. Toxicological Profile for Mercury	John Risher, Ph.D	2011	Estudio descriptivo analítico.	Los compuestos orgánicos de mercurio ingresan al organismo a través de alimentos, se absorben del 90 al 95% en el tracto gastrointestinal; los compuestos inorgánicos	La determinación de compuestos orgánicos alimenticios es indispensable para proponer una dieta que ayude a disminuir las concentraciones de este metal.	A1

					de mercurio se absorben entre 2 a 15% de la dosis ingerida acumulándose en el túbulo renal proximal, donde puede producir falla renal aguda		
4	Intoxicación por productos industriales	Fornieles Pérez H.G., Martínez Coronel J.F., Bellot Iglesias J.L.	2011	Estudio descriptivo	La toxicidad del mercurio se encuentra directamente relacionada a su unión covalente con los grupos sulfhidrilos (SH). El mercurio también tiene alta afinidad a los grupos carboxilos, amidas, aminas y fosforilos, lo que contribuye a su toxicidad.	La determinación de compuestos orgánicos alimenticios es indispensable para proponer una dieta que ayude a disminuir las concentraciones de este metal.	A1
5	Intoxicación por metales pesados	Harrison Principios de Medicina Interna	2009	Estudio descriptivo analítico	La efectividad de la terapia de quelación no ha sido probada del todo, porque algunos de estos agentes no sólo retiran los metales pesados (Plomo, Mercurio, Cándamo y Arsenio) circulante sino también el acumulado en los órganos blancos, pudiendo ocasionar un incremento súbito de los niveles de estos que podrían ocasionar síntomas o signos más graves. Sin embargo, su uso en casos de intoxicación aguda da	Esta afirmación indica la efectividad y las recomendaciones para iniciar un tratamiento adecuado y oportuno.	A1

					mejores resultados y en los casos de intoxicación crónica no existe más tratamiento que el retirar al paciente de la fuente de exposición		
6	Diagnóstico e Investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos	OPS/OMS	2011	Meta-análisis	Consumir alimentos ricos en antioxidantes como la Vit. C o E, flavonoides. Además, alimentos ricos en calcio, hierro, proteínas, selenio y zinc ayudan de manera sustancial a la disminución del metal pesado.	Los aportes nutricionales para establecer una dieta adecuada esta sostenida al nivel y concentración del metal según muestra biológica.	A1
7	Hidroarcenicismo crónico regional y endémico	Silva Verónica Palacios, Carola Moron Guglielmino, Maria Alejandra Vereza, Delia María Pecotche	2012	Descriptivo-analítico	Relación de la exposición de Arsénico en desarrollo del Hidroarcenicismo crónico regional endémico (HACER) en poblaciones que consumen agua contaminada por arsénico. Relación ecopatogena.	El HACRE es una enfermedad producida por la exposición de la población al agua con arsénico en un tiempo prolongado, que afecta a una región. Se reporta problemas respiratorios, lesiones de piel (hiperhidrosis, carcinoma, líneas de mees)	A1

❖ **PROMOCIÓN DE LA SALUD**

N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
146	Impacto de una intervención en	Rinat Ratner G.1, Samuel	2013	Rev. chil. pediatr. vol.84	Eficacia de los programas sobre	Los resultados de este estudio demuestran que la intervención en los	B3

N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	alimentación y nutrición en escolares	Durán A.1, María Jesús Garrido L.1, Sebastián Balmaceda H.2, Eduardo Atalah S.3		no.6 Santiago dic. 2013	alimentación y nutrición en las escuelas	colegios en alimentación saludable, puede mejorar el estado nutricional en escolares con sobrepeso y obesidad e incrementan el consumo de alimentos saludables. Es interesante en una próxima etapa evaluar si estos cambios positivos se mantienen uno o dos años después de haber terminado la intervención.	
147.	Cambios en el patrón de consumo de alimentos en escolares chilenos con la implementación de un kiosco saludable	Nelly Bustos, Juliana Kain, Bárbara Leyton, Fernando Vio	2011	ALAN vol.61 no.3 Caracas set. 2011	El acceso a alimentos saludables en las escuelas contribuye al mayor consumo de los mismos.	Los resultados demuestran que la capacitación y motivación de los concesionarios, junto con aumentar la variedad de snacks saludables de bajo aporte calórico a precios accesibles, acompañado de estrategias de comunicación y marketing, son elementos fundamentales para lograr motivar a los niños a preferir alimentos saludables en el momento de la compra. Actualmente en Chile, la Estrategia Global contra la Obesidad, apoyada por la alianza que se ha producido entre las universidades y las empresas de alimentos en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial, representan una gran oportunidad para contribuir a hacer más efectivas las intervenciones de promoción de estilos de vida saludable en las escuelas.	

N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
148	Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis, Int J Obes. 2008. 32: 1780-1789	Katz DL, O'Connell M., Niike VY, Yeh MC, Nawaz H,	2008	Revisión sistemática de 19 estudios y metaanálisis	La presencia de componentes de modificación del entorno para convertirlo en más saludable, en intervenciones que combinaron actividad física y la promoción de una buena nutrición, resultaron también en pérdida de peso	Los autores concluyen que las estrategias que combinan acciones de promoción de actividad física y de una dieta saludable en el entorno escolar tienen efectos positivos en pérdida de peso	
149	Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art num.: CD001871.D01: 10.1002/14651858.CD001871.pub3,	Waters E, de Silva-SanigorskiA, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD	2011	Una revisión sistemática de 55 intervenciones de prevención de obesidad infantil y un metanálisis que incluyó 37 estudio	Existencia de estrategias y políticas recomendadas para prevenir la obesidad infantil : Currículo escolar que incluya alimentación saludable, actividad física e imagen corporal. Aumentar las sesiones de actividad física y el desarrollo de habilidades de movimiento fundamentales durante la semana escolar Mejoras en la calidad de alimentos en las escuelas Entornos y prácticas	Los resultados de estudio estudios demostró que los programas fueron efectivos encontraron fuerte evidencia que avala los efectos benéficos de programas de prevención de la obesidad enfocados en niños de 6 a 12 años	

N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
					<p>culturales que apoyen que los niños consuman alimentos saludables y sean activos durante cada día</p> <p>Apoyo a los profesores y otro personal para implementar estrategias de promoción a la salud y actividades (ejemplo: desarrollo profesional, actividades que construyan capacidades).</p> <p>Apoyo de los padres de familia y actividades en casa que motiven a los niños a ser más activos, comer alimentos más nutritivos y pasar menos tiempo en actividades sedentarias</p>		

