



ANEXO N° 2

Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104

Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas

Ministerio de Salud

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

2021

TABLA de contenido

1.	Información General	4
1.1	Nombre del Programa Presupuestal	4
1.2	Tipo de Diseño Propuesto	4
1.3	Entidad Rectora del PP	4
1.4	Responsable Técnico del Programa Presupuestal:	4
1.5	Coordinador Territorial	4
1.6	Coordinador de Seguimiento y Evaluación	4
2.	Diagnóstico	5
2.1	Identificación de problema específico	5
2.1.1	Enunciado del problema específico	6
2.1.2	Competencias de la entidad para abordar el problema	6
2.1.3	Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado	7
2.2	Identificación y cuantificación de la población	12
2.2.1	Población potencial	12
2.2.2	Cuantificación de la población potencial	12
2.2.3	Población objetivo	13
2.3	Causas del problema identificado	14
3.	Diseño del Programa	21
3.1	Resultado específico	21
3.2	Análisis de los medios	21
3.3	Análisis de alternativas	22
3.3.1	Análisis de alternativas de intervención	23
3.4	Transición de las alternativas al producto	28
3.5	Actividades, tareas e insumos	47
3.6	Indicadores	81
3.6.1	Indicadores de Desempeño	81
3.7	Supuestos	106
3.8	Vinculación del Programa Presupuestal con los objetivos de la política nacional....	108
3.9	Matriz Lógica del Programa Presupuestal	109
	Estructura Programática Propuesta	119
	Anexos	121

1. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del Problema Específico

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

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

La sobresaturación en los servicios de emergencia y urgencia en los hospitales y la falta de atención médica en el lugar de emergencia, impide que la población reciba una atención médica oportuna, dado que los pacientes enfrentan tiempos de espera prolongados en los servicios de emergencia para ser admitidos, tratados y hospitalizados; y tiempos prolongados para una atención adecuada en el lugar donde ocurre la emergencia. El retraso de la atención médica impacta desfavorablemente en la salud y vida del paciente (morbilidad y/o mortalidad), lo cual disminuye en la satisfacción de los usuarios e incrementa el costo de atención médica.

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

Cabe señalar que en nuestro país, existen diferentes números telefónicos a los que la población accede ante una necesidad de atención por emergencias y urgencias médicas como son: #116 Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, #105 de la Policía Nacional del Perú, #110 Defensa Civil, #115 Cruz Roja, números de las Municipalidades y Serenazgo, entre otros; cuyos actores tienen como objetivo principal trasladar al paciente a un centro asistencial, con poca o ninguna atención médica en el lugar de la emergencia. Además, el traslado se realiza sin una coordinación previa que garantice la continuidad de atención al paciente.

El objetivo de un sistema médico de emergencia efectivo es proporcionar un tratamiento continuo y calificado para todos aquellos que lo necesiten dentro del período crítico de la "hora dorada de trauma" y en el caso de emergencias médicas dentro de un tiempo de respuesta de 5-10 minutos. Los avances en la atención médica y la tecnología en las últimas décadas han mejorado significativamente las posibilidades de un tratamiento médico de emergencia eficaz y la posibilidad de reducir drásticamente la mortalidad, siempre y cuando se realicen de forma continua y coordinada durante todas las etapas de atención del paciente con una patología de emergencia o urgencia.

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

2.1.1 Enunciado del Problema Específico

“ALTA TASA DE MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el Problema

TABLA N° 01

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

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

2.1.3 Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

Magnitud del Problema.

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

Una alternativa para hacer una aproximación del problema es en base a las encuestas ENAHO, ENDES y ENAPRES e información estadística disponible.

Las citadas fuentes y/o bases de información indicadas en el párrafo anterior nos dan un acercamiento a la problemática planteada.

Sin embargo, es necesario considerar que durante un brote, epidemia o pandemia como la ocurrida con el COVID 19, la tasa de letalidad se incrementa a expensas de esa patología que en el caso del COVID 19 ha tenido una tasa de letalidad del 4.05¹. Por lo cual, es necesario establecer una diferenciación en los registros administrativos entre emergencias y urgencias por brote, epidemia o pandemia y aquellos derivados de enfermedades pre existentes o por causa externa para valorar adecuadamente el origen de las emergencias y urgencias.

Por otro lado, el nivel de conocimiento que tiene la población respecto a los servicios de salud (pre hospitalario y hospitalario) con los que cuenta el país, es un factor crucial para abordar la problemática señalada, toda vez que son los ciudadanos los primeros respondedores ante situaciones de emergencias y/o urgencias médicas. La Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2012-2019; a nivel nacional en el año 2018, señala que solo el 8.8% de los hogares urbanos conocen el número de la central de emergencia de los Bomberos del Perú y en el año 2019, el porcentaje se incrementa a 9.2%. Aunque entre el año 2018 y 2019 se aprecia un incremento, si lo comparamos con el año 2017 que se obtuvo un 10% el porcentaje del 2019 resulta menor en 0.8% (Ver cuadro N° 01)

Cuadro N°01 Hogares Urbanos cuya población tiene conocimiento del número de la central de emergencia de los bomberos, según región natural, 2012-2019 (Porcentaje)

Región natural	Año								Variación porcentual (2019 - 2018)
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Total	6,7	6,8	7,1	7,6	8,2	10,0	8,8	9,2	0,4
Costa	7,8	7,9	8,2	8,9	9,5	12,0	10,4	10,7	0,3
Sierra	4,6	5,4	5,6	5,8	5,8	6,4	5,8	6,8	1,0
Selva	3,4	2,7	3,0	3,0	4,5	4,8	4,3	4,2	-0,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Escuela Nacional de Programas Presupuestales 2012-2019

Respecto a los problemas de salud de la población, a nivel nacional en el año 2019, el 8.2% de la población, presentó algún problema de salud o accidente que requería atención médica inmediata durante los últimos 12 meses, mientras que en el año 2018 fue el 8.3%, de las estadísticas se deduce que en el 2019 la demanda de atención se redujo en un 0.1% con respecto al 2018. (Ver cuadro N°02).

¹ https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp (fecha de captura de datos 25/09/2020)

Cuadro N°02: Perú Urbano: población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses según región natural 2015-2019 (Porcentaje)

Región natural	Año					Variación porcentual (2019 - 2018)
	2015	2016	2017	2018	2019	
Total	10,6	9,1	8,0	8,3	8,2	-0,1
Costa	9,7	8,3	7,2	7,8	7,6	-0,2
Sierra	11,6	10,6	9,0	8,6	9,2	0,6
Selva	14,6	11,3	11,5	10,8	10,0	-0,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Escuela Nacional de Programas Presupuestales 2012-2019

Respecto a los problemas de salud de la población, a nivel nacional en el año 2019, el 99.3% de la población que presentó algún problema de salud o accidente recibió atención médica inmediata durante los últimos 12 meses, mientras que en el año 2018 fue el 98.9%, de las estadísticas se deduce que en el 2019 se incrementó la atención inmediata en un 0.4% con respecto al 2018. (Ver cuadro N°03).

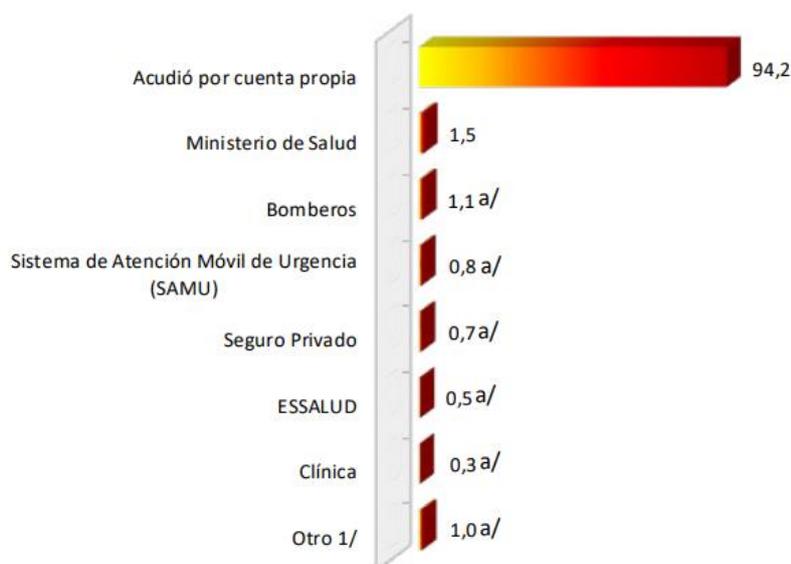
Cuadro N°03: Perú Urbano: población que presentó algún problema de salud o accidente y recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses según región natural 2015-2019 (Porcentaje)

Región natural	Año					Variación porcentual (2019 - 2018)
	2015	2016	2017	2018	2019	
Total	97,1	95,9	98,7	98,9	99,3	0,4
Costa	97,3	96,7	99,1	99,2	99,5	0,3
Sierra	95,9	93,1	98,0	98,2	99,1	0,9
Selva	97,9	97,2	98,3	98,8	98,9	0,1

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Escuela Nacional de Programas Presupuestales 2012-2109

Respecto a la forma como acudieron a ser atendidos, la población que presentó alguna emergencia que requería atención médica inmediata, el 94.2% acudió por cuenta propia, el 1.5% señaló al MINSA, mientras que un 0.8% señaló al SAMU. (Ver gráfico N°01).

Gráfico N°01: Perú Urbano: población que presentó alguna emergencia médica y recibieron atención médica inmediata, según atención de la emergencia médica 2019 (Porcentaje)



Nota: El porcentaje no suma el 100%, porque el entrevistado pudo haber sufrido un problema de salud o accidente dando más de una respuesta.

a/ Los resultados son considerados referenciales porque el número de casos en la muestra para este nivel no es suficiente y presentan un coeficiente de variación mayor al 15%.

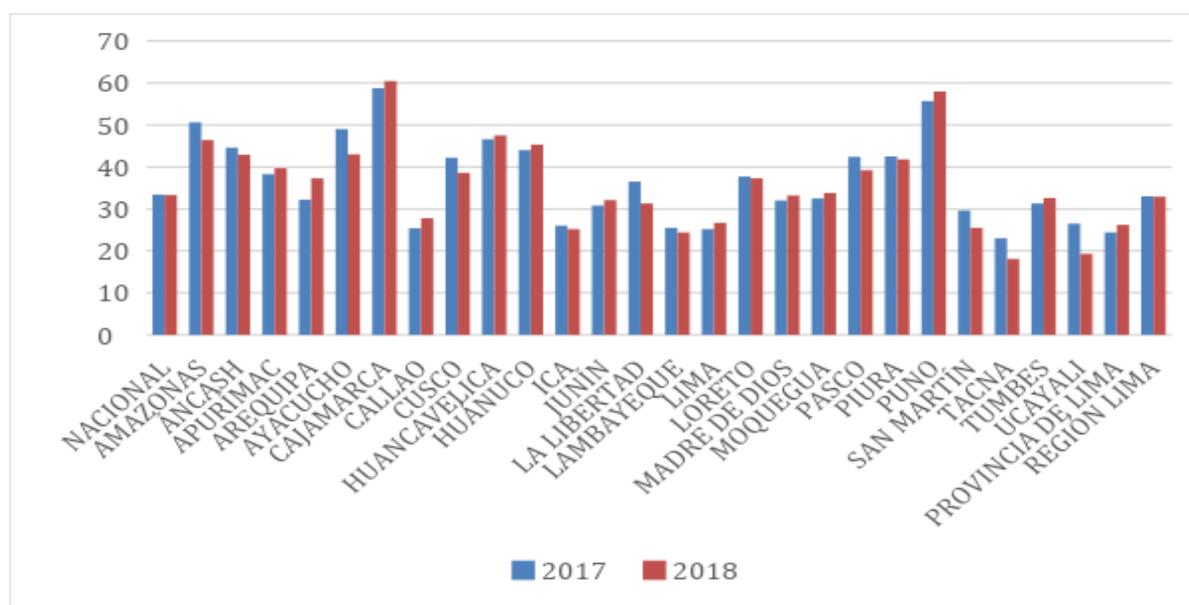
1/ Comprende: curandero, recibió orientación por teléfono, llamó y no acudieron, entre otros.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2019.

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

Es importante considerar que se ha reportado problemas en el acceso a los EE. SS, en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 – 2018, el 33.4 y 33.3% de mujeres reportaron problemas. La Región Cajamarca reportó el mayor porcentaje con un 60.4% de problemas en acceso a los EE. SS durante el año 2018; mientras la Región Tacna reportó el menor porcentaje con 18.1% en el 2018. (Ver Gráfico N° 02)

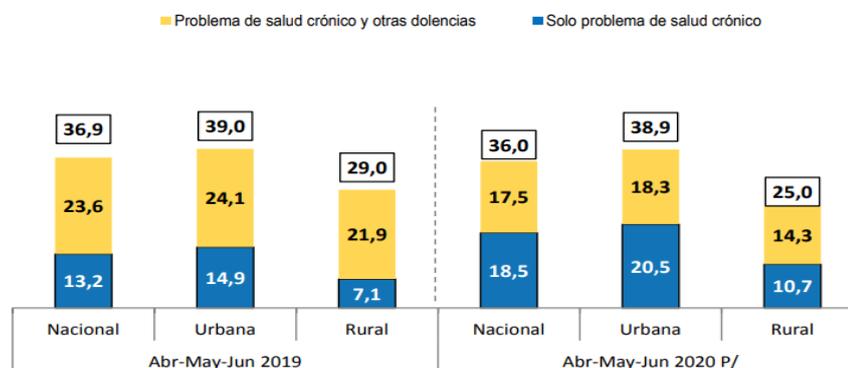
Gráfico N°02 Perú: Porcentaje de mujeres que reportan tener problemas en el acceso a los servicios de salud (Distancia al establecimiento de salud) 2017 y 2018 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

La población que presenta algún problema de salud crónico es más vulnerable de presentar una emergencia y/o urgencia médica. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares, se aprecia que durante el 2020 en comparación con el 2019, se redujo la población con problemas de salud crónico y otras dolencias, mientras que se incrementó la población con solo problemas de salud crónico, si se suma ambas categorías y se compara se identifica que el 2020 hubo una disminución en relación al año 2019 (Ver Gráfico N° 03)

Gráfico N°03 Perú: Población con algún problema de salud crónico, por área de residencia Trimestre abril-mayo-junio 2019 y 2020 (Porcentaje)



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

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

La población que presenta algún problema de salud no crónico, se incrementó a nivel nacional en un 0.3% pasando de 30.5% en el 2018 a 30.8% en el 2019, pero, si comparamos la variación entre el segundo trimestre del 2019 (31.7%) y el segundo trimestre del 2020 (19.4%), hay una disminución en el 2020 de 12.3% (Ver cuadro N° 04)

Cuadro N°04

Perú: Población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), por área de residencia
Año: 2008 - 2019 y Trimestre: 2012 - 2020 P/
 (Porcentaje respecto del total de la población por área de residencia)

Año/ Trimestre	Nacional	Urbana	Rural
Indicadores Anuales			
2008	38,6	36,5	44,3
2009	37,8	36,0	42,6
2010	36,2	34,8	40,2
2011	33,3	31,9	37,4
2012	32,7	30,8	38,2
2013	31,2	29,5	36,1
2014	31,8	30,3	36,8
2015	31,4	29,8	36,5
2016	31,2	29,7	36,3
2017	30,8	29,3	35,8
2018	30,5	29,2	35,3
2019	30,8	29,1	37,2
Indicadores Trimestrales			
2019			
Ene-Feb-Mar	27,3	25,4	34,3
Abr-May-Jun	31,7	29,9	38,5
Jul-Ago-Sept	34,9	33,2	41,0
Oct-Nov-Dic	33,0	31,0	40,4
2020 P/			
Ene-Feb-Mar	27,2	25,2	34,6
Abr-May-Jun	19,4	17,6	26,3
CV (%)	2,6	3,2	3,6
Variación Absoluta (Puntos porcentuales)			
Abr-May-Jun 20 P/			
Abr-May-Jun 19	-12,3	-12,3	-12,2
Test de Diferencia	***	***	***

Niveles del test de diferencia:

* Diferencia significativa ($p < 0.10$). ** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$). *** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$).

El test de diferencia corresponde al último trimestre y su trimestre respectivo del año anterior.

Nota: Los resultados con coeficiente de variación mayor al 15%, deben ser considerados referenciales, porque el número de casos en la muestra para este nivel de desagregación no es suficiente.

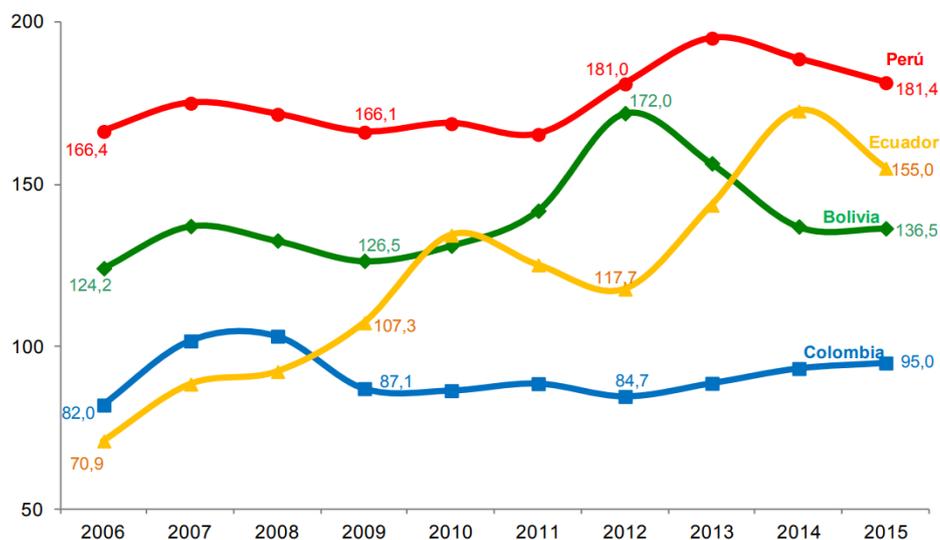
Problema de salud no crónico: es aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta.

P/ Preliminar

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

Otro aspecto importante en la mortalidad por emergencias y urgencias médicas corresponde a los accidentes de tránsito; los heridos en accidentes de tránsito necesitan una atención médica inmediata, según el informe anual de accidentes de tránsito en la Comunidad Andina, los heridos en accidentes de tránsito por cada mil habitantes se situaron en 133,7, lo que representó una disminución de 4,1 heridos por cada 100 mil habitantes respecto al año 2014. Por otro lado, en el Perú las tasas de heridos fueron las más altas, como se puede observar en el gráfico, donde de manera comparativa con otros países de la región, en el Perú entre el año 2006 y 2015 dicha tasa creció en 15.0 heridos por cada 100 mil habitantes. (ver Gráfico N° 04)

Gráfico N° 04 Perú: Evolución de los heridos en accidentes de tránsito por cada 100 mil habitantes según países de la CAN, 2006-2015



Fuente: Accidentes de tránsito en la comunidad andina 2013

En el siguiente cuadro se evalúa el porcentaje de población asegurada entre el 2006 – 2018. Se aprecia que el porcentaje en los asegurados SIS en el año 2006 eran el 15.4% y para el año 2018 alcanza a 47.1%. El porcentaje de afiliados a ESSALUD también se incrementa, pero en menor proporción, en el año 2006 fue de 18.6% y el 2018 alcanzó a 24.4% (ver cuadro N° 05)

Cuadro N° 05

Perú: Población afiliada a seguro de salud, según tipo de seguro y área de residencia
Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2019 y 2020
(Porcentaje)

Tipo de seguro de salud/ Área de residencia	Abr-May-Jun 2019	Abr-May-Jun 2020 P/	CV (%) Abr-May-Jun 2020 P/	Variación (Puntos Porcentuales)
Nacional	76,9	74,5	0,8	-2,4 ***
Únicamente EsSalud	26,1	22,8	3,2	-3,3 ***
Únicamente SIS	44,4	47,5	2,1	3,1 ***
Con otros seguros 1/	6,3	4,2	9,5	-2,1 ***
Urbana	74,6	71,1	1,0	-3,5 ***
Únicamente EsSalud	31,5	27,7	3,1	-3,8 ***
Únicamente SIS	35,2	38,2	2,6	3,0 ***
Con otros seguros 1/	7,9	5,2	9,5	-2,7 ***
Rural	85,1	87,3	0,9	2,2 **
Únicamente EsSalud	6,2	4,5	11,8	-1,7 ***
Únicamente SIS	78,5	82,5	1,2	4,0 ***
Con otros seguros 1/	0,5	0,3	23,2	-0,2

Niveles del test de diferencia:

* Diferencia significativa ($p < 0.10$).

** Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$).

*** Diferencia

muy altamente significativa ($p < 0.01$).

El test de diferencia corresponde al último trimestre y su trimestre respectivo del año anterior.

Nota: Los resultados con coeficiente de variación mayor al 15%, deben ser considerados referenciales, porque el número de casos en la muestra para este nivel de desagregación no es suficiente.

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

P/ Preliminar.

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

Emergencia y urgencias - perfil del paciente

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

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

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

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

Cada prioridad de atención presenta una lista de daños (patologías más frecuentes relacionadas con cada una de las prioridades). La misma se encuentra en el Anexo N° 4 de la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población Potencial

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

Valor	Unidad de Medida
33,035,304 *	Personas

* Valor estimado 2021

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

La cuantificación de la población potencial, se realizará en base a la población nacional, tomando como referencia la población estimada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el año 2021 se cuenta con 33,035,304 habitantes.

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

Cuadro N°06. Perú: Población con algún problema de salud (crónico y no crónico), 2011-2016 y estimación para 2021

AÑO	POBLACIÓN POTENCIAL
2011	29,797,694
2012	30,135,875
2013	30,475,144
2014	30,814,175
2015	31,151,643
2016	31,488,625
2017	31,826,018
2018*	32,162,184
2019*	32,495,510
2020*	32,824,358
2021*	33,035,304
Porcentaje de la población	100%
Tasa de crecimiento	0.1%

*Estimación

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

TABLA N° 03

Perú: Población potencial para el PP 0104 para el año 2021

Cuantificación de la población potencial	
Valor	Unidad de Medida
33,035,304	Personas

Elaboración. Ministerio de Salud.

Fuente: INEI

Justificación de la intervención universal

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

2.2.3 Población objetivo

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

TABLA N° 04

Población objetivo

Perú: Población Objetivo para el PP 0104 para el año 2021

Valor	Unidad de Medida
33,035,304	Personas

Elaboración. Ministerio de Salud.
Fuente: INEI

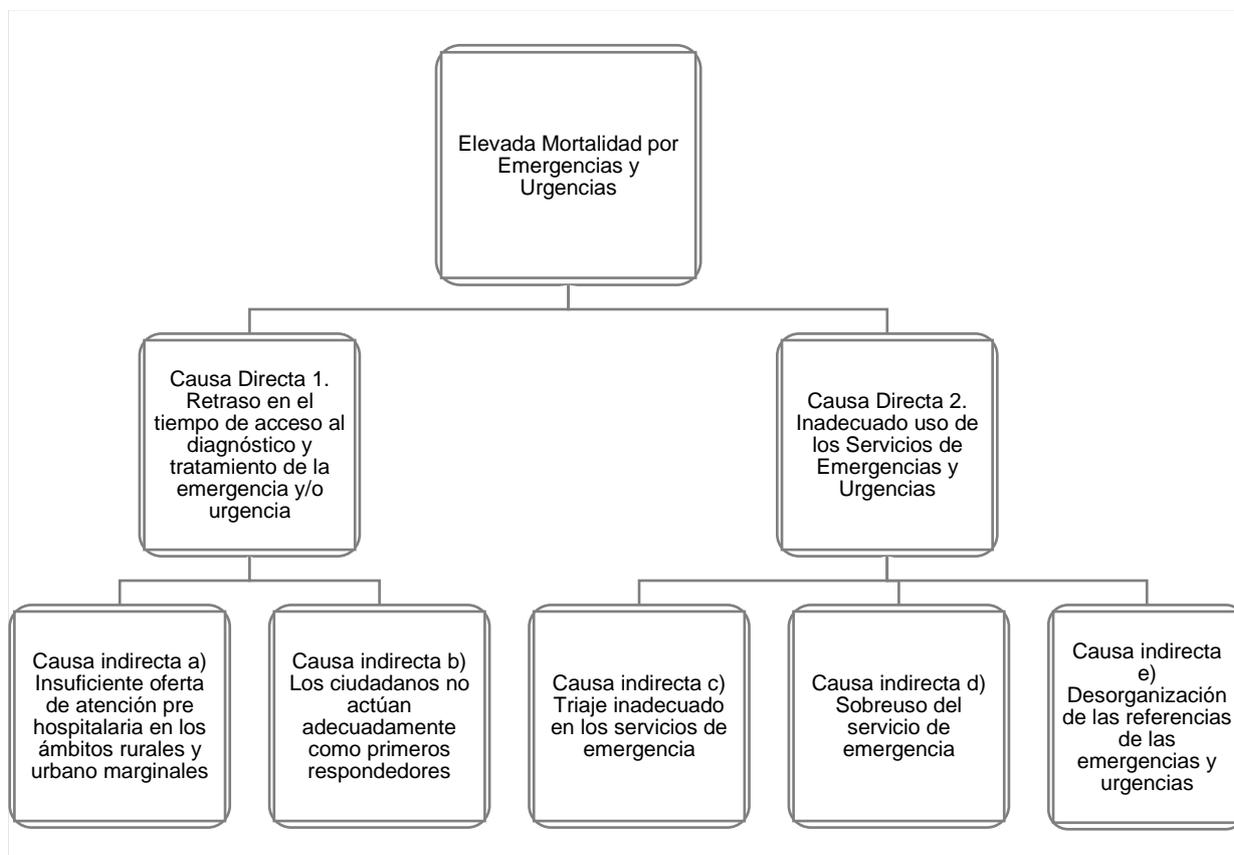
2.3 Causas del problema identificado

2.3.1 Árbol de problemas

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

De las causas directas se identifican las causas indirectas que son: Insuficiente oferta de APH en los ámbitos rurales y urbanos marginales, los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores. Respecto al inadecuado uso de los servicios de Emergencias y Urgencias se tiene como causa indirecta el triaje inadecuado en los servicios de emergencia, sobreuso del servicio de emergencia y la desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias. (Gráfico 05)

Árbol N° 01. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración. Ministerio de Salud.

TABLA N° 06

Descripción de la causa directa 1	Retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia tiene como efecto la elevada mortalidad por emergencias y urgencias
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	<p>Según estudios, aquellos que tienen 4 horas de retraso en el tiempo de acceso al tratamiento incrementan su tasa de mortalidad por emergencias en un 9%. ⁽¹⁾</p> <p>También existe evidencia que demuestra el incremento del riesgo de morir en 1.6 veces más, por cada 15 minutos de retraso en el acceso al tratamiento, que transcurren luego de 60 minutos del inicio de la emergencia. ⁽²⁾</p> <p>El factor tiempo en el acceso al diagnóstico y tratamiento se vincula con el incremento de la mortalidad por emergencias, a mayor retraso en la Atención Pre Hospitalaria, mayor probabilidad de morir. ⁽³⁾</p>
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares (Trimestre: Abril-Mayo-Junio 2016 y 2017), el tiempo de desplazamiento a EESS en Horas/minutos a nivel nacional corresponde a 0:29, debiendo considerar que a nivel de los CLAS (Comités Locales de Administración de Salud, que comprende centros o puestos de salud), el tiempo es mayor, siendo de 0:45 (horas/minutos); y según ámbito urbano y rural, en el primero se cuenta con un tiempo promedio de 0:23 horas/minutos, en comparación del área rural en donde el traslado hacia un establecimiento se realiza en un tiempo promedio de 0:44 horas/minutos. ⁽⁴⁾
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <p>Newby LK, Rutsch WR, Califf RM, Simoons ML, Aylward PE, Armstrong PW, et al. Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. 1996; 27: 1646–55.</p> <p>Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, Granger CB, Criger DA, Betriu A, Topol EJ, Califf RM. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the global use of strategies to open occluded arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-IIb). trial. Circulation. 1999;100(1): 14–20</p> <p>Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Presented at the American Association for the Surgery of Trauma 65th Meeting, New Orleans: The American Journal of Surgery; 2009. 197 (1): 30 – 4.</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – junio 2017. Lima: INEI; 2017. N° 3</p>

Descripción de la causa indirecta a)	Insuficiente oferta de Atención Pre Hospitalaria en los ámbitos rurales y urbano marginales
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La insuficiente oferta de Atención Pre Hospitalaria en los ámbitos rurales y urbano marginales tiene como consecuencia el retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia, esto conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	<p>Según estudios, la insuficiente oferta de Atención Pre Hospitalaria en los ámbitos rurales y urbanos marginales ocasiona un retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia, incrementándose la tasa de mortalidad a un 23.9%.⁽¹⁾ Esta situación varió considerablemente luego de la implementación de un sistema pre hospitalario reduciéndose la mortalidad a un 8.8%.⁽¹⁾ Otro estudio demuestra que el porcentaje de pacientes que fallecieron durante el traslado se redujo a casi la mitad, pasando de 8.2% a 4.7%.⁽²⁾</p> <p>Un estudio señala que la insuficiente Atención Pre Hospitalaria en entornos rurales se vincula con el retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia/urgencia llegando casi a duplicar el tiempo de 24.8 minutos en entornos urbanos a 42.0 minutos en entornos rurales. ⁽³⁾</p>
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	<p>El 73.5% de hogares rurales se trasladan exclusivamente a pie al establecimiento de salud más cercano; asimismo, el 91% acude por cuenta propia para recibir atención médica, demostrando un deficiente servicio de atención pre hospitalario en nuestro país. ⁽⁴⁾</p> <p>El tiempo promedio de demora de una persona en llegar al establecimiento de salud es mayor en el área rural (44 minutos) que en la urbana (23 minutos) ⁽⁵⁾</p> <p>La población recibió atención de emergencias médicas por parte de los Bomberos en un 1.2% de los casos; frente al 0.6% que fueron atendidos por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) (Gráfico N° 9.4 de la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2016) ⁽⁴⁾</p>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p>B1. Estudios cuasi experimentales bien diseñados</p> <p>Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M. Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia. <i>The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care</i>. 2002; 54(6): 1188 – 96</p> <p>Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero-Wheatly L, de la Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub F, Jurkovich GJ. Low Cost Improvements in Prehospital Care in a Latin American City. <i>J Trauma</i>, 2000; 48(1): 119-24.</p> <p>Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. Presented at the American Association for the Surgery of Trauma 65th Meeting, New Orleans: <i>The American Journal of Surgery</i>; 2009. 197 (1): 30 – 4.</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016. Lima: INEI; 2017.</p>

	Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – junio 2017. Lima: INEI; 2017. N° 3
--	---

Descripción de la causa indirecta b)	Los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Una causa de la elevada mortalidad por emergencias y urgencias, es que los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores.
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	Según estudios en los cuales los ciudadanos no actúan como primeros respondedores ante emergencias, se da principalmente por no contar con la capacitación necesaria. ⁽¹⁾ Cuando los ciudadanos son capacitados como primeros respondedores, se da un incremento en el tratamiento inmediato de la emergencia, por ejemplo, en relación al manejo de la escena del accidente, se pasó de 7% a 35% de respuesta adecuada, en el manejo de la vía aérea se pasó de 2% a 35%, en el control de hemorragia externa se pasó de 4% a 42% y en el entablillado de extremidades lesionadas se pasó de 1% a 16%. ⁽¹⁾ Todo esto ocurrió en el 61% de ciudadanos capacitados. ⁽¹⁾ En tal sentido existe una relación entre la calidad de la atención recibida y la tasa de supervivencia al alta, en el caso de los paros extra hospitalarios, una primera respuesta adecuada y a tiempo reduce la mortalidad en un 30%. ⁽²⁾ Para que se tenga una adecuada respuesta a la emergencia, los primeros respondedores deben llegar a la escena de emergencia en su comunidad local en menos de 10 minutos y fuera de la propia comunidad deben llegar en 20 – 30 minutos, ⁽³⁾ esto reduce el tiempo de acceso al tratamiento de la emergencia lo cual conlleva a una disminución de la mortalidad.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	De acuerdo a la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2012-2016; a nivel nacional en el año 2016, solo el 8.2% de los hogares urbanos conocen el número de la central de emergencia de los Bomberos del Perú, siendo la región de la costa la que tiene un mayor porcentaje de hogares urbanos que conoce el número (9.5%), seguido de la sierra (5.8%) y la selva (4.5%). ⁽⁴⁾
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p>B3. Estudios de cohorte</p> <p>Mock CN et al. Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services. <i>Journal of Trauma</i>. 2002; 53:90–7.</p> <p>Declaración de consenso de la American Heart Association Con el apoyo del American College of Emergency Physicians, Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria. 2014.</p> <p>Kobusingye O, Hyder A, Bishai D, Joshipura M, Romero E, Mock C. Emergency Medical Service. En: Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D et al. <i>Disease Control Priorities in Developing Countries</i>. 2da ed. New York: The World Bank and Oxford University Press; 2006. p. 1261 - 80.</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016. Lima: INEI; 2017.</p>

Descripción de la causa directa 2	Inadecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias en los Establecimientos de Salud
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El inadecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias en los establecimientos de Salud tiene como efecto la elevada mortalidad por emergencias y urgencias
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	El uso inadecuado de los servicios de emergencia se refleja en el retraso de las transferencias requeridas por los pacientes. Un estudio determinó que el retraso en la transferencia de los pacientes de emergencia está relacionado con el incremento de la mortalidad, siendo así, que aquellos pacientes que llegaron directamente mostraron una mortalidad de 2.6%, mientras que, en el caso de aquellos pacientes transferidos, se dio un incremento de la mortalidad que casi llega a duplicarse con un 5.8%. ⁽¹⁾
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Desde la perspectiva del personal directivo de los establecimientos de salud, un 33% considera que la atención de las emergencias es el principal problema que enfrentan. ⁽²⁾
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p>B3. Estudios de cohorte</p> <p>Fischer PE, Colavita PD, Fleming GP, Huynh TT Delays in transfer of elderly less-injured trauma patients can have deadly consequences. Christmas AB, Sing RF - Am Surg - November 1, 2014; 80 (11): 1132-5</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015. Lima: INEI; 2015.</p>

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

<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Del total de pacientes que se encuentran en el servicio de emergencia, el 52,9% son mujeres. ⁽²⁾</p> <p>El tiempo promedio de espera para ser atendido en triaje puede llegar hasta 4 horas en el departamento de Puno, mientras que en Lima el promedio que tiene que esperar un paciente es de 15.6 minutos, siendo 20.1 minutos el promedio de espera a nivel nacional, ⁽²⁾ teniendo en cuenta que durante una emergencia cada minuto es vital, los tiempos estimados para acceder al triaje evidencian la problemática.</p> <p>El tiempo promedio de espera para que un paciente pueda ser atendido en triaje varía por región siendo 25.13 minutos en la Costa, 41.49 minutos en la Sierra y 13.18 minutos en la Selva. ⁽²⁾</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <p>Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review. <i>Academic Emergency Medicine</i>. 2011; 18:111–20</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud. Lima: INEI; 2015.</p>

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

	<p>genitourinarios y traumatismos menores. Se registraron 22 883 admisiones a salas de emergencia, edad promedio 65 años (DE 19), 58% tenía 65 años o más, sexo masculino (50,3%), más frecuentes martes entre las 8 y 11 horas y menos frecuentes domingos. ⁽⁶⁾</p>
<p>Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)</p>	<p>A2. Revisión sistemática sin uso de meta – análisis</p> <p>Andrade Marroquin JP. Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes. Lima: Post Grado Facultad de Medicina – UNMSM; 2002.</p> <p>Guttman A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T. Association between waiting times and short-term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population-based cohort study from Ontario, Canada. Ontario: BMJ; 2011.</p> <p>Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med 2007; 35(6):1477–83.</p> <p>Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust 2006; 184(5):213-6.</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud. Lima: INEI; 2015.</p> <p>Vásquez R, et al. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Anales de la Facultad de Medicina. 2016; 77 (4): 379-85.</p>

Descripción de la causa indirecta e)	Desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias
<p>Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico</p>	<p>La desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias lo cual conlleva a la elevada mortalidad por emergencias y urgencias.</p>
<p>Magnitud de causa (datos cuantitativos)</p>	<p>La desorganización de las referencias de las emergencias y urgencias en los establecimientos de salud trae como consecuencia el inadecuado uso de los servicios de emergencia, una muestra de ello se refleja en los pacientes en situación de emergencia que son transferidos, con lo cual incrementa en casi 2 veces el riesgo de mortalidad, en comparación con los pacientes que son admitidos directamente (OR = 1.869, CI = 1.233–2. 561, P =0.005). ⁽¹⁾</p>
<p>Atributos de la causa (datos cuantitativos)</p>	<p>Desde la perspectiva del personal directivo de los establecimientos de salud, un 12.2% considera que las ambulancias son el principal problema que enfrentan. ⁽²⁾</p> <p>El 11% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen más de 2 días. ⁽²⁾</p> <p>El 9.5% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen 2 días. ⁽²⁾</p>

	<p>El 18.2% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen 1 día. ⁽²⁾</p> <p>El 61.3% de pacientes que ingresan a emergencia permanecen menos de 1 día. ⁽²⁾</p>
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	<p>C.1. Estudios observacionales con algún control de sesgos</p> <p>Dharap SB, Kamath S, Kumar V. Does prehospital time affect survival of major trauma patients where there is no prehospital care? J Postgrad Med. 2017 Jul-Sep.; 63(3): 169–175</p> <p>Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015. Lima: INEI; 2015.</p>

2. DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 Resultado Específico

TABLA N° 07

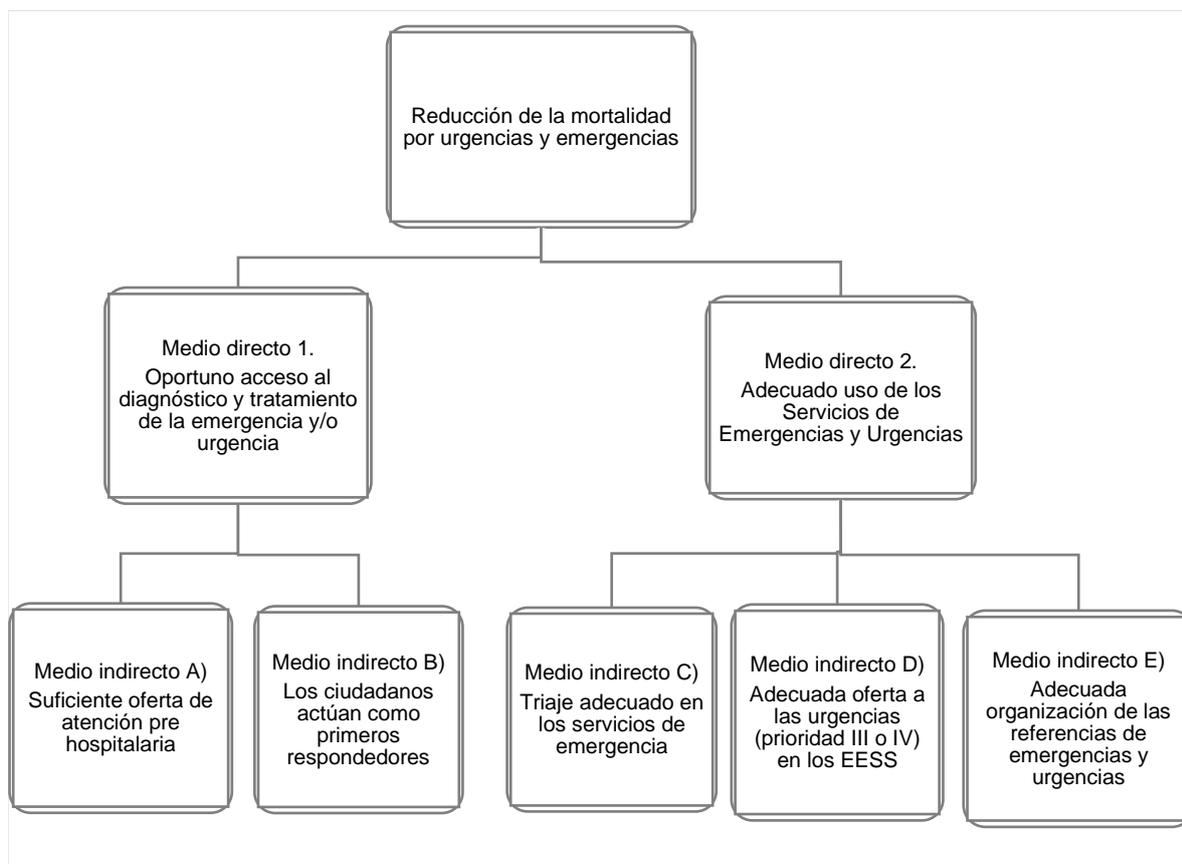
Problema identificado	Resultado específico
Alta tasa de mortalidad por emergencias y urgencias médicas.	Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias
¿A quién beneficiará? (Población objetivo)	A los 33 035 304 millones de peruanos.
¿Cuál es el cambio que se producirá?	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.

Elaboración. Ministerio de Salud

3.2 Análisis de los Medios

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

Árbol N° 02. Árbol de Medios



Fuente: Elaboración: Ministerio de Salud.

3.3 Análisis de las Alternativas

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

TABLA N° 08.a

Análisis de alternativas

Descripción del medio 1	Oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia.
Alternativa de intervención 1.1	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas.
Alternativa de intervención 1.2	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia.
Alternativa de intervención 1.3	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.
Alternativa de intervención 1.4	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).

Descripción del medio 2	Adecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias
Alternativa de intervención 2.1	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)
Alternativa de intervención 2.2	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.
Alternativa de intervención 2.3	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.
Alternativa de intervención 2.4	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.

3.3.1 Análisis de las Alternativas de intervención

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

TABLA N° 08. b

Análisis de alternativas de intervención

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

Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	El desarrollo del SAMU se ha venido dando desde el 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional, el que cuenta con una central de regulación de urgencias y emergencias para la Atención Pre Hospitalaria.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	B.3. Estudios de cohorte Infinger A, Studnek JR, Hawkins E, Bagwell B, Swanson D. Implementation of prehospital dispatch protocols that triage low-acuity patients to advice-line nurses. Prehospital Emergency Care. 2013; 17(4): 481-5
Alternativa de intervención identificada 1.3	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	La implementación de una plataforma de comunicación que permita un servicio más preciso en la coordinación de los despachos y las referencias en situaciones de urgencia o emergencia
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Se cuenta con SAMU, el cual viene ejecutando el servicio.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	C.1. Estudios observacionales con algún control de sesgos Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, et al. Key performance indicators' assessment to develop best practices in an Emergency Medical Communication Centre. European journal of emergency medicine. 2017.
Alternativa de intervención identificada 1.4	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH)
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Intervención diseñada para para brindar el servicio de APH y de ser necesario el servicio de transporte asistido, a través de la interacción de un sistema de referencia, información, recursos humanos, materiales e insumos, recursos económicos y participación pública, con base en las necesidades de la comunidad, de acuerdo con leyes y reglamentos establecidos.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	El desarrollo del SAMU se ha venido dando desde el 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	C.7. Sistematización de registros administrativos Lu TC, Chen YT, Ko PC, Lin CH, Shih FY, Yen ZS, et al. The demand for prehospital advanced life support and the appropriateness of dispatch in Taipei. Resuscitation. 2006; 71 (2): 171-9 Kleindorfer DO, Lindsell CJ, Broderick JP, Flaherty ML, Woo D, Ewing I, et al. Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack: do poorer patients have longer delays from 911 call to the emergency department? Stroke. 2006; 37(6): 1508-13

Alternativa de intervención identificada 2.1	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Consiste en el funcionamiento de una oferta de servicios diferenciados tanto intrahospitalarios como comunitarios (ubicados en zonas prioritarias de mayor concurrencia del ámbito territorial de los establecimientos de primer nivel), con atención en forma oportuna y accesible a una población con necesidad de atención de procesos de urgencia médica. Tiene la finalidad de descongestionar las atenciones de emergencias, y así mejorar la eficiencia y eficacia de estos servicios.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	No se está realizando esta actividad
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	C.2. Otros tipos estudios no controlados con una evaluación de los posibles factores contextuales Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009; 44(4):175-9
Alternativa de intervención identificada 2.2	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	La atención de urgencias y emergencias es una actividad fundamental en los establecimientos de salud, que se ha de realizar en un ambiente adecuado, y ha de ser llevado a cabo por profesionales calificados y entrenados. El proceso inicia con el desarrollo del triaje lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o emergencia para la priorización de la asistencia. Los pacientes de la prioridad I y II serán estabilizados y derivados a establecimientos de mayor complejidad y las urgencias de prioridad III y IV serán diagnosticados y tratados en el establecimiento.
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	Se viene ejecutando de manera no estructurada y no en todos los establecimientos de primer nivel.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	C.2. Otros tipos de estudios no controlados con una evaluación de los posibles factores contextuales. Rautava VP, Palomäki E, Innamaa T, Perttu M, Lehto P, Palomäki A. Improvement in self-reported confidence in nurses' professional skills in the emergency department. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2013; 21: 16
Alternativa de intervención identificada 2.3	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención.	Intervención diseñada para el fortalecimiento de un adecuado transporte asistido de los pacientes entre establecimientos de salud (referencias de urgencias y emergencias interhospitalarias) y el adecuado transporte asistido de los pacientes desde el lugar de la

	<p>emergencia (fuera del establecimiento) a un establecimiento con capacidad resolutive (referencia pre hospitalaria) para garantizar la continuidad de la atención, a través de la interacción de una red de ambulancias, comunicación, recursos humanos, materiales e insumos, recursos económicos. Su implementación se da a través de la coordinación y transporte asistido en las unidades móviles a los servicios de emergencia hospitalarios.</p>
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	<p>El desarrollo del Sistema de Referencias se ha venido dando desde el año 2011, con una implementación progresiva a nivel regional y nacional.</p>
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>B.3. Estudios de cohorte</p> <p>Wang TY, Nallamotheu BK, Krumholz HM, Li S, Roe MT, Jollis JG, Jacobs AK, Holmes DR, Peterson ED, Ting HH. <i>Association of door-in to door-out time with reperfusion delays and outcomes among patients transferred for primary percutaneous coronary intervention</i>. JAMA. 2011; 305(24): 2540-7</p> <p>Miedema MD, Newell MC, Duval S, Garberich RF, Handran CB, Larson DM, Mulder S, Wang YL, Lips DL, Henry TD. <i>Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction</i>. Circulation. 2011; 124(15): 1636-44.</p>
Alternativa de intervención identificada 2.4	<p>Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.</p>
Descripción breve de la alternativa de intervención.	<p>Intervención que se constituye en el mejoramiento de los servicios críticos hospitalarios del ámbito de intervención del Programa, la cual consiste en mejorar los servicios de emergencia, Centro Quirúrgico y Cuidados Intensivos; es decir implica la prestación de servicios de mayor calidad a los usuarios en situación de emergencia y/o urgencia. Así mismo de acuerdo a la situación actual dicha intervención puede incluir la creación, ampliación, recuperación y/o remodelación de los servicios de emergencia, cuidados intensivos y sala de operaciones la cual está orientada a incrementar la capacidad de los servicios para atender a nuevos usuarios, es decir se incrementa la cobertura del servicio.</p>
Identificación si esta intervención ya viene siendo ejecutada.	<p>Se viene ejecutando parcialmente, la cobertura aún es insuficiente debido al déficit en los componentes de infraestructura y recursos humanos</p>
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa.	<p>B.3. Estudios de cohorte</p> <p>Ghoshhajra BB, Takx RAP, Staziaki PV, Vadvala H, Kim P, Neilan TG, et al. <i>Clinical implementation of an emergency department coronary computed tomographic angiography protocol for triage of patients with suspected acute coronary syndrome</i>. European radiology. 2017; 27 (7): 2784-93</p>

TABLA N° 08.c

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

	emergencias y urgencias.					
04	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.	1	1	1	100.0	x

3.4 Transición de las alternativas al producto

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

TABLA N° 09

Medios Fundamentales		Intervenciones Seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
01	Oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	01	Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias.	01	Población capacitada en primera respuesta frente a las emergencias y urgencias
		02	Implementación de una plataforma que brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia.	02	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en el centro regulador
		03	Implementación de una plataforma telemática que facilite la coordinación de los despachos de la unidad móvil y las referencias.	03	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia
		04	Implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH).	04	Atención Pre Hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
02	Adecuado uso de los Servicios de Emergencias y Urgencias	05	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)	05	Atención de urgencias (Prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria
		06	Fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias.	06	Transporte asistido de la emergencia y urgencia
		07	Fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los	07	

			establecimientos del primer nivel.		Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud
		08	Fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias.		

TABLA N° 10 Modelo Operacional del Producto

Denominación del producto 01	ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN EL CENTRO REGULADOR CÓDIGO: 3000684					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en situación de emergencia o urgencia que solicita atención médica telefónica.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA)					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de atenciones médicas telefónicas en la central de regulación de urgencias y emergencias					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la persona en situación de emergencia o urgencia que requiere atención médica por vía telefónica.</p> <p>Comprende principalmente el servicio de atención médica telefónica de emergencias o urgencias en la central de regulación.</p> <p>Se realiza a través de la atención médica telefónica, mediante la recepción, discriminación y/o derivación de las llamadas de emergencias y urgencias al médico regulador para su triaje y priorización.</p> <p>Está a cargo de un operador telefónico y del médico regulador de la central de regulación urgencias y emergencias.</p>					

	<p>El producto se entrega desde la central de regulación de urgencias y emergencias.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de dos (2) actividades:</p> <p>El servicio de atención de llamadas telefónicas al número 106; como primera etapa del proceso, donde se recepciona la llamada, por parte de un operador telefónico, y determina la pertinencia de esta (llamadas pertinentes o no pertinentes).</p> <p>La atención médica telefónica de emergencia o urgencia, comprende la evaluación y priorización de la llamada por parte del médico regulador determinando el despacho de la unidad móvil o brindando orientación médica y/o consejería de manera remota, según el caso lo requiera.</p>
<p>2.-Organización para la entrega del producto</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) - MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento y cuenten con registros de un año a más Programar el 100% de las llamadas recibidas por el operador (pertinentes y no pertinentes) de la central de regulación del año anterior. - Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación con registros menor a un año Proyectar el número de llamadas recibidas (pertinentes y no pertinentes) en el año, a partir de los registros con los que cuenten a la fecha. - Para aquellas regiones que implementaran la Central de Regulación Programar en base al promedio mensual del número de llamadas de las regiones que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. <p>Para el año 2021, considerar la siguiente relación, para la implementación:</p> <p>Ica = Lima Provincias Arequipa = La Libertad</p>

	<p>Puno = Ayacucho Cajamarca = Ancash San Martín = Ucayali</p> <p>Consideraciones: Para los SAMU que utilizan el formato: "REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIONES PRE HOSPITALARIAS", considerar la sumatoria de las opciones SI y NO del campo "LA LLAMADA FUE PERTINENTE".</p>
4.- Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física de la actividad: 5002792 Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"</p>
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del producto 02	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL Y COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA CÓDIGO: 3000685					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en situación de emergencia o urgencia que generó la llamada y requiere Atención Pre Hospitalaria (APH) y/o coordinaciones para concretar su traslado asistido a un establecimiento de salud de igual o mayor nivel y/o a un Servicio Médico de Apoyo (SMA).					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA) Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPRESS)					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de despachos realizados en la central de regulación de urgencias y emergencias.					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco.					

Modelo operacional del producto	
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la persona que se encuentra en situación de emergencia o urgencias que requieran Atención Pre Hospitalaria (APH) y, de ser el caso, transporte asistido hacia un establecimiento de salud o Servicio Médico de apoyo.</p> <p>El producto comprende principalmente el desplazamiento de la unidad móvil al lugar de la emergencia y de ser el caso, la coordinación de la referencia pre hospitalaria o referencia entre IPRESS.</p> <p>Está a cargo del personal (administrativo y/o asistencial) de las unidades de referencias de las IPRESS, en articulación a la Central de Regulación o a través de esta última cuando se trate de atenciones pre hospitalarias.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de dos (2) actividades:</p> <p>El servicio de despacho de la unidad móvil, a cargo del despachador de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencias quien, por indicación del médico regulador, activa una ambulancia e indica su desplazamiento al lugar de la emergencia, realizando el seguimiento y el control de los tiempos de desplazamiento de la ambulancia.</p> <p>Coordinación y seguimiento de la referencia, a cargo de las unidades de referencias de las IPRESS, en articulación a la Central de Regulación o a través de esta última cuando se trate de atenciones pre hospitalarias, garantizando la continuidad de la atención según la condición clínica del paciente.</p>
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) – MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud (Coordinación de la referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Gestiona la disponibilidad del recurso humano necesario para el desarrollo de la actividad. - Planifica e incluye en la programación el fortalecimiento de capacidades del personal responsable. - Registra adecuadamente la información de la actividad realizada. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Redes de Salud, Hospitales e Institutos (Coordinación de la referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Gestiona la disponibilidad del recurso humano necesario para el desarrollo de la actividad. - Planifica e incluye en la programación el fortalecimiento de capacidades del personal responsable. - Registra adecuadamente la información de la actividad realizada.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento y cuentan con registros de un año a más Programar el 100% de despachos de unidades móviles realizados el año anterior. - Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación con registros menor a un año Proyectar el número de despachos de unidades móviles en el año, a partir de los registros con los que cuentan a la fecha. - Para aquellas regiones que implementaran la Central de Regulación Programar en base al promedio mensual del número de despachos de unidades móviles de las regiones que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. <p>Para el año 2021, considerar la siguiente relación, para la implementación:</p> <p>Ica = Lima Provincias Arequipa = La Libertad Puno = Ayacucho Cajamarca = Ancash San Martin = Ucayali</p> <p>Consideraciones: Para los SAMU que utilizan el formato "REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIONES PRE HOSPITALARIAS", considerar la sumatoria de la opción SI del campo "SE REALIZÓ EL DESPACHO EFECTIVO".</p>
<p>4.- Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física de la Actividad: 5002794 Despacho de la Unidad Móvil SAMU</p>
<p>5.- Flujo de procesos</p>	<p>Anexo N° 2</p>

Denominación del producto 03	ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA CÓDIGO: 3000799					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en situación de emergencia o urgencia que requiere atención pre hospitalaria.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA)					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de atenciones pre hospitalarias					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a la persona que se encuentre en situación de emergencia o urgencia y requiere de atención pre hospitalaria.</p> <p>Comprende principalmente el servicio de atención pre hospitalaria, y/o transporte asistido mediante el servicio de salvamento y atención médica; a través de unidades móviles (ambulancias); las que cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos para brindar la atención en el lugar de la emergencia y, de ser el caso, brindar el transporte asistido a un establecimiento de salud previa coordinación con la Central de Regulación de Urgencias y Emergencias.</p> <p>Está a cargo del equipo de profesionales de salud que realiza la atención pre hospitalaria (médico, enfermera y/o técnico de enfermería y piloto de ambulancia); se entrega en el lugar de la emergencia y/o urgencia (casa, lugar de trabajo, etc).</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de una (1) actividad: 1. Atención pre hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia.</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud</p> <p>- Programa las metas físicas según los criterios establecidos.</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento médico, equipamiento tecnológico y de comunicación, productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento médico, equipamiento tecnológico y de comunicación, productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas regiones que cuentan con el servicio pre hospitalario y cuenten con registros de un año a más Programar el 100% de las atenciones pre hospitalarias del año anterior más un 5% de incremento. • Para aquellas regiones que cuentan con el servicio pre hospitalario y cuenten con registros menor a un año Proyectar el número de atenciones pre hospitalarias en el año, a partir de los registros con los que cuenten a la fecha. • Para aquellas regiones que implementaran el servicio pre hospitalario Programar en base al promedio mensual del número de atenciones pre hospitalarias de las regiones que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. <p>Para el año 2021, considerar la siguiente relación, para la implementación:</p> <p>Ica = Lima Provincias Arequipa = La Libertad Puno = Ayacucho Cajamarca = Ancash San Martín = Ucayali</p> <p>Consideraciones: Para los SAMU que utilizan el formato "REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIONES PRE HOSPITALARIAS", considerar "Nº DE FICHA DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA".</p>
<p>4.- Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física de la actividad: 5006277 Atención pre hospitalaria de la emergencia y urgencia</p>
<p>5.- Flujo de procesos</p>	<p>Anexo N° 2</p>

Denominación del producto 04	POBLACIÓN CAPACITADA EN PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS CÓDIGO: 3000800					
Grupo poblacional que recibe el producto	Agentes comunitarios en salud, promotores de la salud, líderes comunales y personal de las instituciones que actúan como primer respondedor frente a emergencias y urgencias.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Servicios de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA) Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Redes de Salud					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de personas que recibieron capacitación en primera respuesta frente a las emergencias y urgencias					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Comprende el fortalecimiento de capacidades del ciudadano frente a la situación de emergencias y/o urgencias.</p> <p>Se desarrolla mediante cursos y/o talleres a favor de los ciudadanos en zonas rurales o urbanas, priorizando la participación de agentes comunitarios, promotores de salud, líderes, y otros actores sociales de primera respuesta.</p> <p>Realizada por personal de salud y/o profesionales capacitados en atención de emergencias y/o urgencias, que laboren en el sector salud.</p> <p>La actividad se ejecuta en los espacios establecidos por la institución que entrega el producto.</p> <p>Proceso mediante el cual se ejecuta la actividad: Identificar los actores de la comunidad. (Mapa de Actores) Formulación y aprobación del plan de capacitación anual. Coordinar con actores estratégicos de la comunidad, para desarrollar e implementar un cronograma de capacitación. Desarrollo de cursos y/o talleres de capacitación en los siguientes temas prioritariamente:</p>					

	<p>Primeros Auxilios</p> <p>Reanimación Cardiopulmonar Básico</p> <p>Primer contacto y traslado de pacientes</p> <p>Atención y funcionamiento de los sistemas de emergencia</p> <p>Información básica del servicio de atención pre hospitalaria en la atención de las emergencias o urgencias.</p> <p>Información básica de los servicios que brindan las IPRESS y su relación con la comunidad en la atención de las emergencias o urgencias</p> <p>Referencia comunal o ciudadana</p> <p>Informe de cumplimiento del Plan de Capacitación</p>
<p>2.- Organización para la entrega del producto</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y DIRIS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto en su jurisdicción en base al análisis realizado. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con las DIRIS y Redes de Salud para la entrega del producto. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con las Redes de salud, para la entrega del producto. <p>Redes de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con los EESS y las autoridades locales para la entrega del producto.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar al 10% del total de agentes comunitarios en salud y/o actores sociales, identificados en el registro de actores sociales (instituciones educativas, juntas vecinales, líderes de base e instituciones públicas), pertenecientes a la jurisdicción de las GERESA, DIRESA, DIRIS y Redes de Salud.</p> <p>Para aquellas poblaciones con menor a 1000 habitantes, considerar el 30% del total de agentes comunitarios en salud y/o actores sociales identificados en el registro de actores sociales</p>
<p>4.- Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física de la Actividad:</p> <p>5006278 Entrenamiento de la población en acciones de Primera Respuesta frente a las emergencias y urgencias</p>

5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2
-----------------------	------------

Denominación del producto 05	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA CÓDIGO: 3000801					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población que requieren transporte asistido vía aérea, terrestre o acuática y se encuentran en situación de emergencia o urgencia.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA) Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Redes de Salud Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPRESS)					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de transportes asistidos terrestres, aéreos o acuáticos realizados.					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido al paciente en situación de emergencia o urgencia que requiere transporte asistido.</p> <p>Se realiza a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas, acreditadas y tipificadas según normatividad vigente, previamente coordinado y con aceptación del establecimiento de salud de destino.</p> <p>La entrega de este producto se realiza por personal y profesionales de la salud capacitados en el transporte asistido, de acuerdo a la tipología de la unidad móvil, según normatividad vigente; y se entrega durante el desplazamiento del paciente según el tipo de transporte.</p> <p>Comprende el transporte asistido de pacientes por vía terrestre, acuática o aérea, que por su condición requieren atención de emergencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de igual o mayor capacidad resolutive.</p>					

<p>2.- Organización para la entrega del producto</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención del transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención del transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA, Redes de Salud con IPRESS (Establecimientos de Salud del I al III nivel de atención)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Número de traslados terrestres registrados en el último año.</p>
<p>4.- Método de agregación de actividades a producto</p>	<p>La meta física de la Actividad: 5005906 Servicio de transporte asistido de la emergencia terrestre</p>
<p>5.- Flujo de procesos</p>	<p>Anexo N° 2</p>

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD CÓDIGO: 3000686					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en situación de emergencia o urgencia que requiere atención en un establecimiento de salud.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias.					
Responsable de la entrega del producto	Gerencia Regional de Salud (GERESA) con establecimientos de salud Dirección Regional de Salud (DIRESA) con establecimientos de salud Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Redes de Salud. Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de atenciones de emergencia y urgencia					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I y II según norma técnica					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Producto dirigido a las personas en situación de emergencia o urgencia que requiere atención en un establecimiento de salud desde el I nivel de atención.</p> <p>Comprende principalmente la entrega de servicios de atención médica de urgencias y emergencias en los establecimientos de salud desde el I nivel de atención.</p> <p>Se realiza a través del servicio de atención médica, mediante la atención en el servicio de triaje donde se establece la prioridad de la emergencia según norma técnica, y su posterior ingreso a los servicios de trauma shock, sala de observación de emergencia, centro quirúrgico, cuidados críticos y/u otro servicio de emergencia o urgencia médica especializada.</p> <p>La entrega de este producto estará a cargo de los profesionales de salud (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos, etc.) que participan en la atención de la emergencia y/o urgencia, según normatividad vigente.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza a través de seis (6) actividades:</p> <p>Atención de la emergencia y urgencia básica</p> <p>Atención de triaje</p> <p>Atención de la emergencia especializada</p>					

	<p>Atención de la emergencia de cuidados intensivos</p> <p>Atención de la emergencia quirúrgica</p> <p>Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados</p>
<p>2.- Organización para la entrega del producto</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA con establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de atenciones registradas en IPRESS del primer nivel de atención (I1 -I4), segundo y tercer nivel de atención (II-III) el año anterior en registros FUA-SIS:</p> <p>062 Atención por Emergencia</p> <p>063 Atención por emergencia con observación</p>

	<p>Excepto las patologías maternas y neonatales comprendidas en los Sub Productos</p> <p>3329404 Amenaza de parto prematuro</p> <p>3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía</p> <p>3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo</p> <p>3329408 Hiperemesis gravídica</p> <p>3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo</p> <p>3329413 Ruptura prematura de membranas y otra relacionadas</p> <p>3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía</p> <p>3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo</p> <p>3329416 Trastornos metabólicos del embarazo</p> <p>3329417 Otras enfermedades del embarazo</p> <p>3330701 Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN</p> <p>3330702 Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500 gr)</p> <p>3330703 Asfixia del nacimiento</p> <p>3330704 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)</p> <p>3330705 Sepsis neonatal</p> <p>3330706 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica</p> <p>3330707 Dificultad respiratoria del recién nacido</p> <p>3330708 convulsiones neonatales</p> <p>3330709 incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido</p> <p>3330710 hidrocefalia congénita</p>
4.- Método de agregación de actividades a producto	<p>Sumatoria de las metas físicas de las actividades:</p> <p>5005902 Atención de la emergencia y urgencia básica</p> <p>5005903 Atención de la emergencia y urgencia especializada</p>
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del producto 07	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CÓDIGO: 3000290					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en situación de urgencias (prioridad III y IV) en lugares donde exista aglomeración de personas.					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias					
Responsable de la entrega del producto	Gerencia Regional de Salud (GERESA) con establecimientos de salud Dirección Regional de Salud (DIRESA) con establecimientos de salud Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Redes de Salud					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de atenciones de urgencias (prioridad III o IV)					
Indicador de desempeño del producto	Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Consiste en la atención pre hospitalaria, brindada al ciudadano en situación de urgencias que participa en un evento masivo; para lo cual se realiza la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo preliminar del paciente.</p> <p>Es desarrollada por personal de salud asistencial con competencias en la atención de emergencias y urgencias. Los equipos podrán estar conformados según el plan de acción elaborado.</p> <p>La atención se realiza en el lugar del evento con asistencia masiva, la cual ha sido programada y/o notificada.</p> <p>Se inicia con la respuesta ante la alerta de una situación de emergencia o urgencia de una o más personas que presentan alteración de su estado de salud durante el desarrollo de un evento masivo; o el ingreso directo de estas al punto de atención; continúa con la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo, y finaliza con el egreso o el traslado del paciente a una IPRESS para la continuidad de su atención, en caso amerite.</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS del Ministerio de Salud</p> <p>- Programación de las metas e implementación de sus actividades.</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. - Atención médica en módulos de atención ambulatoria en lugares donde existe concentración de personas. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/DIRIS con establecimientos bajo su administración y Redes de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. - Atención médica en módulos de atención ambulatoria en lugares donde existe concentración de personas. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
3.- Criterios de programación	Considerar el 100% de atenciones realizadas el año anterior.
4.- Método de agregación de actividades a producto	La meta física de la actividad: 5002825 Atención de urgencias (prioridad III o IV) en Módulos de Atención Ambulatoria
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

Denominación del producto 08	ACCIONES COMUNES CÓDIGO 3000001
Grupo poblacional que recibe el producto	Autoridades y personal de salud que conducen el proceso de implementación del Programa Presupuestal 104 según nivel de gobierno.
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias
Responsable de la entrega del producto	Responsable Técnico del Programa Presupuestal 0104 del Ministerio de Salud Gerencia Regional de Salud (GERESA) Dirección Regional de Salud (DIRESA) Dirección de Redes Integradas de Salud

	Redes de Salud					
	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (hospitales e institutos) que son unidades ejecutoras.					
Niveles de gobierno que entregan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de informes del programa presupuestal.					
Indicador de desempeño del producto	-					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	<p>Autoridades y personal de salud que conducen la implementación del Programa Presupuestal 104 en la Administración Central del MINSA (Responsable Técnico del PP), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Redes de Salud, DIRIS, Hospitales e Institutos que son unidades ejecutoras.</p> <p>Se realiza a través las acciones ejecutadas por los equipos de gestión nacional y regional, responsables de la rectoría, gestión y conducción de la implementación del Programa, con el objetivo de verificar la calidad de los procesos de gestión (indicadores), organización y entrega de productos, grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local.</p> <p>El producto se entrega en por el Responsable Técnico del PP, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), DIRIS, Redes de Salud, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.</p> <p>El proceso de entrega del producto se realiza través de tres (3) actividades:</p> <p>Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal</p> <p>Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias</p> <p>Asistencia técnica y capacitación</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>Responsable técnico del programa presupuestal del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ente rector, responsable del resultado final del PP. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las GERESA/ DIRESA/DIRIS/Red de Salud/IPRESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e indicadores. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/ DIRESA/ Redes de Salud/ IPRESS (hospitales e institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de Salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (GERESA/DIRESA hacia las redes de salud y hospitales; y las redes hacia los establecimientos de salud) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e indicadores.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Salud (Responsable Técnico del Programa Presupuestal) Cuatro (04) informes Un (01) informe semestral de supervisión (Primer semestre). Dos (02) informes de monitoreo, de manera trimestral (Primer y tercer trimestre). Un (01) informe anual de evaluación, correspondiente al año fiscal anterior (Primer trimestre). <p>GERESA/ DIRESA/ DIRIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Siete (07) informes Dos (02) informes de supervisión (Uno por semestre). Cuatro (04) informes de monitoreo (Uno por trimestre, que consolide el 100% de las unidades ejecutoras). Un (01) informe de evaluación anual del 100% de las unidades ejecutoras, correspondiente al año fiscal anterior (Primer trimestre). <p>Instituto Nacional Especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> Siete (07) informes

	<p>Dos (02) informes de supervisión (Uno por semestre). Cuatro (04) informes de monitoreo (Uno por trimestre). Un (01) informe anual de evaluación, correspondiente al año fiscal anterior (primer trimestre).</p> <p>Red de Salud (UE)</p> <p>Seis (06) informes Dos (02) informes de supervisión (Uno por semestre). Cuatro (04) informes de monitoreo (uno por trimestre, que consolide el 100% de las IPRESS de la jurisdicción).</p>
4.- Método de agregación de actividades a producto	<p>La meta física de la Actividad: 5005138 Monitoreo, supervisión y evaluación del programa</p>
5.- Flujo de procesos	Anexo N° 2

3.5 Actividades, tareas e insumos

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

TABLA 11. Productos y actividades del PP 104-2020

Denominación del producto 1	Atención Médica Telefónica de la Emergencia y Urgencia en centro regulador
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencia médicas "106"
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia
Denominación del producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia
Denominación del producto 3	Atención Pre-Hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Actividad 3.1	Atención Pre Hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Denominación del producto 4	Población capacitada en primera respuesta frente a las emergencias y urgencias
Actividad 4.1	Entrenamiento de la población en acciones de primera respuesta frente a las emergencias y urgencias

Denominación del producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia y urgencia
Denominación del producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud
Actividad 6.1	Atención de la emergencia y urgencia básica
Actividad 6.2	Atención de triaje
Actividad 6.3	Atención de la emergencia y urgencia especializada
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en módulos hospitalarios diferenciados
Denominación del producto 7	Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria
Actividad 7.1	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria
Denominación de Acciones comunes	
Actividad 8.1	Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal
Actividad 8.2	Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención Pre Hospitalarias y emergencias
Actividad 8.3	Asistencia técnica y capacitación

TABLA N° 12

Denominación de la Actividad 1.1	SERVICIO DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS AL “106” . CÓDIGO: 5002792					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Comprende la atención de la llamada telefónica que ingresa a la Central de Regulación, por parte de la población que requiere un servicio salud y se encuentra en situación de emergencia y/o urgencia.</p> <p>Está a cargo de un operador telefónico capacitado en atención de llamadas por emergencias y urgencias.</p> <p>La actividad se entrega vía telefónica desde la central de regulación. El operador recepciona la llamada telefónica efectuada. Posteriormente, registra los datos básicos del notificante y/o del paciente. Discrimina las llamadas que requieren atención médica y las deriva al médico regulador.</p>					
2.- Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) - MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. 					
3.- Criterios de programación	<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento y cuenten con registros de un año a más Programar el 100% de las llamadas recibidas (pertinentes y no pertinentes) de la central de regulación del año anterior. • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación con registros menor a un año Proyectar el número de llamadas recibidas (pertinentes y no pertinentes) en el año, a partir de los registros con los que cuentan a la fecha. 					

	<p>Para aquellas regiones que implementarán la Central de Regulación Programar en base al promedio mensual del número de llamadas de las regiones colindantes geográficamente que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. (Información proporcionada por el responsable técnico del PP 0104-MINSA).</p> <p>Consideraciones: Considerar la sumatoria de las opciones SI y NO del campo "La llamada fue pertinente" del registro de atenciones en el servicio de Atenciones Pre Hospitalarias.</p> <p>Respecto al punto 3, para el año 2021, considerar para la programación a las regiones que cuentan con SAMU:</p> <p>Ica - Lima provincias Arequipa - La Libertad Puno - Ayacucho Cajamarca - Áncash San Martín - Ucayali</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 1.2	ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA CÓDIGO: 5002793					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Comprende la atención médica telefónica que ingresa a la Central de Regulación, derivada por el operador previa evaluación.</p> <p>Está a cargo de un médico con competencias en atención de emergencias y urgencias.</p> <p>La actividad se entrega vía telefónica desde la central de regulación. El medico recepciona la llamada telefónica derivada del operador; analiza,</p>					

	<p>evalúa y decide la necesidad de brindar la consejería y/u orientación médica a la situación de emergencia y/o urgencia. A su vez, de ser necesario, realiza la coordinación y autorización para el despacho de la unidad móvil para atender la emergencia médica.</p>
<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>2. Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) – MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Nivel Regional</p> <p>3. GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementación de la Central de Regulación de Urgencias y Emergencia con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
<p>3.- Criterios de Programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento y cuenten con registros de un año a más Programar el 100% de las llamadas atendidas por el médico regulador de la central de regulación el año anterior. • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación con registros menor a un año Proyectar el número de llamadas atendidas por el médico regulador en el año, a partir de los registros con los que cuenten a la fecha. • Para aquellas regiones que implementarán la Central de Regulación Programar en base al promedio mensual del número de llamadas atendidas por el médico regulador de las regiones colindantes geográficamente que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. (Información proporcionada por el responsable técnico del PP 0104-MINSA). <p>Consideraciones:</p> <p>Considerar el campo "Código de diagnóstico presuntivo CIE - 10" del registro de atenciones en el servicio de Atenciones Pre Hospitalarias</p> <p>Respecto al punto 3, para el año 2021, considerar para la programación a las regiones que cuentan con SAMU:</p> <p>Ica - Lima provincias Arequipa - La Libertad Puno - Ayacucho Cajamarca - Áncash San Martín - Ucayali</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación.</p>
<p>4.- Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>5.- Listado de insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 2.1	DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU CÓDIGO: 5002794					
Niveles de Gobierno que ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias, que requiere una atención en foco y/o traslado a una IPRESS.</p> <p>Está a cargo del despachador de la Central de Regulación, capacitado en atención de emergencias y/o urgencias. Se realiza en el lugar de despacho de la unidad móvil de manera remota.</p> <p>El proceso inicia cuando el despachador de la Central de Regulación activa una ambulancia e indica su desplazamiento al lugar de la emergencia (foco), luego realiza el seguimiento y el control de los tiempos de desplazamiento de la ambulancia.</p>					
2.- Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) – MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. 					
3.- Criterios de Programación	<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación en funcionamiento y cuentan con registros de un año a más Programar el 100% de despachos de unidades móviles realizados el año anterior. • Para aquellas regiones que cuentan con Central de Regulación con registros menor a un año Proyectar el número de despachos de unidades móviles en el año, a partir de los registros con los que cuentan a la fecha. • Para aquellas regiones que implementarán la Central de Regulación Programar en base al promedio mensual del número de despachos de unidades móviles de las regiones colindantes geográficamente que cuentan 					

	<p>con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. (Información proporcionada por el responsable técnico del PP 0104-MINSA).</p> <p>Consideraciones:</p> <p>Considerar la sumatoria de la opción SI del campo "se realizó el despacho efectivo" del registro de atenciones en el servicio de Atenciones Pre Hospitalarias</p> <p>Respecto al punto 3, para el año 2021, considerar para la programación a las regiones que cuentan con SAMU:</p> <p>Ica - Lima provincias Arequipa - La Libertad Puno - Ayacucho Cajamarca - Áncash San Martín - Ucayali</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 2.2	COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA					
	CÓDIGO: 5005140					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>La actividad consiste en realizar la coordinación y/o seguimiento de la referencia para la atención del paciente que se encuentra en situación de emergencia y/o urgencia, que requiere una cartera de servicios complementaria; para lo cual, se realizan llamadas (telefónicas, radiales), envió de correos electrónicos, coordinación vía online; entre la IPRESS y/o Servicio Médico de Apoyo (SMA) y la receptora de la referencia.</p> <p>Está a cargo del personal (administrativo y/o asistencial) de las unidades de referencias de las IPRESS, en articulación a la Central de Regulación o a través de esta última cuando se trate de atenciones pre hospitalarias.</p> <p>La actividad es realizada en la Unidad de Referencia y/o UPSS de Emergencia y/o Central de Regulación.</p>					

	<p>La actividad se inicia con la recepción de la solicitud de referencia realizada por el médico tratante o responsable de la atención; siendo remitida a la IPRESS y/o Servicio Médico de Apoyo (SMA) que cuenta con la capacidad resolutoria y/o cartera de servicios para la atención del paciente. Se registra el número de coordinaciones realizadas y finaliza con la aceptación de la referencia.</p>
<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) – MINSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Gestiona la disponibilidad del recurso humano necesario para el desarrollo de la actividad. - Planifica e incluye en la programación el fortalecimiento de capacidades del personal responsable. - Registra adecuadamente la información de la actividad realizada. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud (Coordinación de la referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Implementación de la central de regulación de urgencias y emergencias con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>Redes de Salud, Hospitales e Institutos (Coordinación de la referencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementa y ejecuta la actividad, según normas establecidas. - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Gestiona la disponibilidad del recurso humano necesario para el desarrollo de la actividad. - Planifica e incluye en la programación el fortalecimiento de capacidades del personal responsable. - Registra adecuadamente la información de la actividad realizada.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de referencias coordinadas realizadas el año anterior. Fuente: Registro Central de Regulación.</p>

4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 3.1	SERVICIO DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA CÓDIGO: 5005896					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Actividad dirigida a la población en situación de emergencias o urgencias, que requiere atención pre hospitalaria. Comprende el conjunto de actividades, procedimientos y tratamiento, encaminadas a prestar atención a las personas que presentan una condición de urgencia o emergencia en su salud; con el objetivo de preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez o muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en una IPRESS.</p> <p>La atención pre hospitalaria individual está a cargo del personal de salud (médico, enfermera, técnico de enfermería) y piloto de ambulancia, con competencias en soporte vital básico y avanzado, atención de urgencias y emergencias, y otras complementarias.</p> <p>El servicio se brinda en el lugar de la emergencia y/o urgencia (foco), así como en la unidad de transporte durante el traslado del paciente que lo requiera. La actividad se inicia con la evaluación de la condición clínica del paciente, a fin de definir si esta se resuelve en el lugar de atención (foco) o la necesidad de ser trasladado a una IPRESS, previa coordinación con la Central de Regulación y la IPRESS de destino.</p>					
2.- Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento médico, equipamiento tecnológico y de comunicación, productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal. <p>Nivel Regional</p> <p>2. GERESA/DIRESA</p>					

	<ul style="list-style-type: none"> - Programa las metas físicas según los criterios establecidos. - Implementación de ambulancias con recursos humanos, equipamiento médico, equipamiento tecnológico y de comunicación, productos farmacéuticos, insumos, materiales. - Instalaciones para el estacionamiento de las ambulancias. - Fortalecimiento de capacidades del personal.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas regiones que cuentan con el servicio pre hospitalario y cuenten con registros de un año a más Programar el 100% de las Atenciones Pre Hospitalarias del año anterior más un 5% de incremento. • Para aquellas regiones que cuentan con el servicio pre hospitalario y cuenten con registros menor a un año Proyectar el número de Atenciones Pre Hospitalarias en el año, a partir de los registros con los que cuenten a la fecha. • Para aquellas regiones que implementarán el servicio pre hospitalario Programar en base al promedio mensual del número de Atenciones Pre Hospitalarias de las regiones colindantes geográficamente que cuentan con SAMU en funcionamiento, multiplicado por los 12 meses. (Información proporcionada por el responsable técnico del PP 0104-MINSA). <p>Consideraciones:</p> <p>Considerar "Nº DE FICHA DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA" del REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE ATENCIONES PRE HOSPITALARIAS</p> <p>Respecto al punto 3, para el año 2021, considerar para la programación a las regiones que cuentan con SAMU:</p> <p>Ica - Lima provincias Arequipa - La Libertad Puno - Ayacucho Cajamarca - Áncash San Martín - Ucayali</p> <p>Fuente: Registro Central de Regulación.</p>
<p>4.- Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>5.- Listado de Insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 4.1	ENTRENAMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ACCIONES DE PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS CÓDIGO: 5005898					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	PERSONA					
Modelo operacional de la actividad						
1.-Definición operacional	<p>Comprende el fortalecimiento de capacidades en primera respuesta del ciudadano frente a situaciones de emergencias y/o urgencias; así como a la capacidad de diferenciar una situación de urgencia y una situación de emergencia con la finalidad de que pueda identificar y acudir a la IPRESS salud, según corresponda.</p> <p>Se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agente Comunitario en Salud: Persona elegida y/o reconocida por su comunidad, que realiza acciones voluntarias de promoción de la salud (D.A. para el trabajo con el Agente Comunitario de Salud N° 174-MINSA/DGPS-V.01) • Actor social: a las personas que tienen la capacidad de influir en un grupo de personas. Así como también a las instituciones públicas o privadas con capacidad de influir positivamente en la comunidad. (Resolución Ministerial N° 366-2017-MINSA Documento Técnico Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú). • Entrenamiento: Consiste en fomentar habilidades y destrezas prácticas de los actores sociales en primera respuesta en situaciones de emergencias y urgencias. A cargo de los establecimientos de salud y/o SAMU. <p>Diferenciación: La persona es capaz de identificar una situación de urgencia y una de emergencia y según el caso, acude al establecimiento de salud según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juego de Roles: Metodología mediante el cual los asistentes desempeñan un papel relacionado al tema de capacitación, por ejemplo (pacientes, personal de salud, entre otros). 					
2.- Organización para la ejecución de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y DIRIS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto en su jurisdicción en base al análisis realizado. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con las DIRIS y Redes de Salud para la entrega del producto. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. - Coordinación con las Redes de salud, para la entrega del producto. <p>Redes de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa e implementa el producto a la población de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Ejecuta cursos y/o talleres de capacitación y entrenamiento a la población de la comunidad frente a emergencias y urgencias. <p>Coordinación con los EESS y las autoridades locales para la entrega del producto.</p>
3.- Criterios de programación	<p>Programar al 10% del total de Agentes Comunitarios en Salud y/o actores sociales identificados en el Registro de Actores sociales (instituciones educativas, juntas vecinales, líderes de base e instituciones públicas), pertenecientes a la jurisdicción de las DIRESA/GERESA y Redes de Salud.</p> <p>Para aquellas poblaciones con menor a 1000 habitantes, considerar el 30% del total de Agentes Comunitarios en Salud y/o actores sociales identificados en el Registro de Actores sociales.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de Insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 5.1	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA					
	CÓDIGO: 5005899					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Dirigido a la población en situación de emergencia o urgencia que requiere transporte asistido.</p> <p>Se realiza a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas, acreditadas y tipificadas según normatividad vigente, previamente coordinado y con aceptación del establecimiento de salud de destino.</p> <p>La entrega de esta actividad se realiza por personal y profesionales de la salud capacitados en el transporte asistido, de acuerdo a la tipología de la unidad móvil, según normatividad vigente; y se entrega durante el desplazamiento del paciente según el tipo de transporte.</p> <p>Comprende el transporte asistido de pacientes por vía terrestre, acuática o aérea, que por su condición requieren atención de emergencia en una</p>					

	<p>Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de igual o mayor capacidad resolutive.</p> <p>Esta actividad se desarrolla a través de 03 sub productos:</p> <p>Transporte asistido de la emergencia terrestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende el traslado vía terrestre por tramo de pacientes que por su condición requieren atención de emergencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de igual o mayor capacidad resolutive. <p>Transporte asistido de la emergencia acuática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende el traslado vía acuática por tramo de pacientes que por su condición requieren atención de emergencia en una IPRESS de igual o mayor capacidad resolutive. • Se realiza en la unidad de transporte acuático, desde la salida de la IPRESS que solicita el traslado, hasta su llegada a la IPRESS de destino o al punto de conexión y transbordo a otro medio de transporte. <p>Transporte asistido de la emergencia aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprende el traslado aéreo de pacientes, que por su condición requieren atención de forma urgente o prioritaria en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de igual o mayor nivel.
<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención del transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención del transporte asistido. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles.

	<p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA, Redes de Salud con IPRESS (Establecimientos de Salud del I al III nivel de atención)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, productos farmacéuticos, materiales e insumos para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Mantenimiento preventivo y/o correctivo de las unidades móviles.
3.- Criterios de programación	<p>Número de traslados terrestres registrados en el último año.</p> <p>Fuente: Registro de las GERESA, DIRESA, Unidades de Referencias de Redes de Salud, IPRESS y Central de Regulación SAMU (registros administrativos o REFCON)</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.1	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BÁSICA					
	CÓDIGO: 5005902					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Esta actividad comprende la atención del paciente en situación de emergencia y/o urgencia que se presenta a una IPRESS en el primer nivel de atención.</p> <p>La atención de la emergencia y/o urgencia básica comprende la evaluación, estabilización, manejo de la condición clínica en una IPRESS en el primer nivel de atención.</p> <p>Está a cargo de los profesionales de salud: médico, enfermera, obstetras, técnicos de enfermería, etc.- con competencias en atención de emergencia y/o urgencias, de acuerdo a la capacidad resolutive y nivel de complejidad de la IPRESS que presta el servicio.</p>					

	<p>La atención se brinda en los servicios o tópicos de emergencia de las IPRESS de primer nivel, según horarios de atención definido para estos.</p> <p>Se atiende toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida y la salud o que pueda dejar secuelas invalidantes en el paciente. Se evalúa la condición de salud del paciente y se brinda los cuidados para lograr una mejor condición o resolución de la condición del paciente; caso contrario se coordinará la referencia del paciente a una IPRESS de mayor complejidad.</p> <p>La actividad considera: la consulta médica, exámenes auxiliares, observación de hasta 48 horas (según disponibilidad de internamiento), tratamiento según guías de práctica clínica vigente.</p>
<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud/Hospitales con establecimientos de salud del primer nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de atenciones registradas en IPRESS del Primer nivel de atención (I1 -I4) el año anterior en registros FUAS-SIS</p> <p>062 Atención por Emergencia</p> <p>063 Atención por emergencia con observación</p> <p>Excepto las patologías maternas y neonatales comprendidas en los Sub Productos:</p> <p>3329404 Amenaza de parto prematuro</p> <p>3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía</p>

	<p>3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo</p> <p>3329408 Hiperemesis gravídica</p> <p>3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo</p> <p>3329413 Ruptura prematura de membranas y otras relacionadas</p> <p>3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía</p> <p>3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo</p> <p>3329416 Trastornos metabólicos del embarazo</p> <p>3329417 Otras enfermedades del embarazo</p> <p>3330701 Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN</p> <p>3330702 Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500 gr)</p> <p>3330703 Asfixia del nacimiento</p> <p>3330704 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)</p> <p>3330705 Sepsis neonatal</p> <p>3330706 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica</p> <p>3330707 Dificultad respiratoria del recién nacido</p> <p>3330708 Convulsiones neonatales</p> <p>3330709 Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido</p> <p>3330710 Hidrocefalia congénita</p> <p>Fuente:</p> <p>1) SIS</p> <p>2) Registros administrativos</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.2	ATENCIÓN DE TRIAJE					
	CÓDIGO: 5005901					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	Esta actividad comprende la atención en el área de triaje o la que haga sus veces en la UPSS de emergencia.					

	<p>Consiste en la evaluación inicial del paciente, identificación de la condición clínica y la derivación para la atención en el tópico de emergencia correspondiente, consultorio externo o módulo de atención hospitalaria.</p> <p>Esta actividad es realizada por un profesional de la salud capacitado y entrenado en la identificación de prioridades. Se realiza en el área de triaje o la que haga sus veces en la UPSS de emergencia en las IPRESS del II y III nivel de atención. Esta área debe funcionar prioritariamente en aquellas donde la demanda supere la oferta de servicios. Incluirá el equipamiento médico, dispositivos médicos y otros necesarios para la atención.</p> <p>El profesional de salud encargado de triaje, realiza el control de funciones vitales, identificación de la condición clínica del paciente y determina la prioridad para su atención, a fin de derivarlo a los tópicos de emergencia correspondiente, consultorio externo o módulo de atención hospitalaria. La actividad finaliza con el registro de la atención.</p>
<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con hospitales e institutos del II – III nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia.

	- Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
3.- Criterios de programación	<p>Programan las IPRESS de II y III nivel de atención.</p> <p>1. En el caso de las IPRESS que cuentan con registros administrativos del área de TRIAJE</p> <p>Su programación corresponderá el 100% de atenciones del año anterior.</p> <p>2. En el caso de las IPRESS que no cuenten con registros administrativos</p> <p>Programarán mínimamente el 100% de la sumatoria de las atenciones realizadas en la emergencia.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.3	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA CÓDIGO: 5005903					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Esta actividad comprende la atención del paciente en situación de emergencia y/o urgencia que ingresa a una IPRESS en el segundo y tercer nivel de atención, posterior a la atención en el área de triaje o la que haga sus veces en la UPSS de emergencia.</p> <p>La atención de la emergencia y/o urgencia incluye la evaluación, estabilización y manejo de la condición clínica mediante la consulta médica, exámenes auxiliares. Realizada por profesionales de la salud (médicos, enfermeras, técnicos de enfermería) capacitados en atención de emergencia y/o urgencia.</p> <p>Se brinda en tópicos, trauma shock y sala de observación de la UPSS de emergencia.</p> <p>La actividad inicia con la evaluación clínica del paciente, de requerir se solicitan exámenes auxiliares, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tratamientos según guías de práctica clínica y otros para resolver y/o estabilizar la condición clínica del paciente.</p> <p>La actividad finaliza con la salida del paciente de la UPSS de emergencia.</p>					

<p>2.- Organización para la ejecución de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con hospitales e institutos del II – III nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de atenciones registradas en IPRESS del segundo y tercer nivel de atención (II-III) el año anterior en registros FUAS-SIS</p> <p>062 Atención por Emergencia</p> <p>063 Atención por emergencia con observación</p> <p>Excepto las patologías maternas y neonatales comprendidas en los sub productos</p>

	<p>3329404 Amenaza de parto prematuro</p> <p>3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía</p> <p>3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo</p> <p>3329408 Hiperemesis gravídica</p> <p>3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo</p> <p>3329413 Ruptura prematura de membranas y otras relacionadas</p> <p>3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía</p> <p>3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo</p> <p>3329416 Trastornos metabólicos del embarazo</p> <p>3329417 Otras enfermedades del embarazo</p> <p>3330701 Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN</p> <p>3330702 Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500 gr)</p> <p>3330703 Asfixia del nacimiento</p> <p>3330704 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)</p> <p>3330705 Sepsis neonatal</p> <p>3330706 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica</p> <p>3330707 Dificultad respiratoria del recién nacido</p> <p>3330708 Convulsiones neonatales</p> <p>3330709 Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido</p> <p>3330710 Hidrocefalia Congénita</p> <p>Fuente:</p> <p>1) SIS</p> <p>2) Reporte de atención por emergencia y egresos hospitalarios</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.4	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS CÓDIGO: 5005904					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	Consiste en la atención médica de pacientes críticos que por su condición de salud requieren un manejo minucioso de su evolución.					

	<p>La actividad es realizada el personal de salud especializado en cuidados intensivos: Médico, enfermera y técnico en enfermería. Se realiza únicamente en IPRESS que cuentan con la UPSS Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Se realiza la evaluación inicial del estado de salud del paciente, procedimientos y atención médica especializada al paciente crítico que requiere cuidado constante, soporte respiratorio continuo.</p> <p>La atención incluye:</p> <p>Atención médica.</p> <p>Monitoreo permanente del paciente</p> <p>Tratamiento según guías de práctica clínica</p> <p>Exámenes Auxiliares, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos</p> <p>El tiempo de permanencia dependerá de la condición clínica del paciente.</p>
<p>2.- Organización para la entrega del producto</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con hospitales e institutos del II – III nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico

	<p>de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia.</p> <p>- Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.</p>
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>En el caso de IPRESS de segundo nivel: Programar el 100% de atenciones de la UPS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) generales y pediátricas registradas el año anterior.</p> <p>En el caso de IPRESS de tercer nivel: Programar el 100% de atenciones de la UPS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) generales, pediátricos y especializadas registradas el año anterior.</p> <p>En ambos casos, exceptuar las patologías maternas y neonatales comprendidas en los sub productos:</p> <p>3329404 Amenaza de parto prematuro 3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía 3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo 3329408 Hiperemesis gravídica 3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo 3329413 Ruptura prematura de membranas y otras relacionadas 3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía 3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo 3329416 Trastornos metabólicos del embarazo 3329417 Otras enfermedades del embarazo 3330701 Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN 3330702 Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500 gr) 3330703 Asfixia del nacimiento 3330704 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico) 3330705 Sepsis neonatal 3330706 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica 3330707 Dificultad respiratoria del recién nacido 3330708 Convulsiones neonatales 3330709 Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido 3330710 Hidrocefalia congénita</p> <p>Fuente: Registros administrativos</p>
<p>4.- Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>5.- Listado de insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 6.5	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA QUIRÚRGICA CÓDIGO: 5005905					
Niveles de gobierno que ejecutan el producto	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Es el procedimiento quirúrgico de mediana y/o alta complejidad o de diagnóstico, a los pacientes que provienen de la UPSS de emergencia, que se encuentran en situación de emergencia o urgencia mayor.</p> <p>Se realiza mediante técnicas quirúrgicas, según la condición clínica de los pacientes. Para tal efecto, se requerirá equipos, disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales. Es realizado por médico cirujano (a) principal, médico cirujano (a) asistente (a), medico anestesiólogo (a), enfermera (o) instrumentista, enfermera (o) circulante, técnico (a) de enfermería; según la complejidad del procedimiento quirúrgico a realizar.</p> <p>Se brinda en la UPSS Centro Quirúrgico, específicamente en la sala designada para cirugías de emergencia. La actividad se inicia con el ingreso del paciente a la UPSS Centro Quirúrgico procedente de la UPSS de Emergencia, donde previamente se evaluó el riesgo quirúrgico, se realizaron los exámenes auxiliares necesarios y trámites administrativos complementarios.</p> <p>Se procede con la intervención quirúrgica según las técnicas quirúrgicas definidas, de acuerdo a la complejidad de cada patología y su posterior traslado a la sala de recuperación para el manejo post operatorio.</p> <p>La actividad finaliza con su salida a otra UPSS luego de su estancia en sala de recuperación.</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Nivel Regional</p>					

	<p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con hospitales e institutos del II – III nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de atenciones (intervención quirúrgica de emergencia) registradas el año anterior, excepto las patologías maternas y neonatales comprendidas en los sub productos</p> <p>3329404 Amenaza de parto prematuro</p> <p>3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin laparotomía</p> <p>3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo</p> <p>3329408 Hiperémesis gravídica</p> <p>3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo</p> <p>3329413 Ruptura prematura de membranas y otras relacionadas</p> <p>3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con laparotomía</p> <p>3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo</p> <p>3329416 Trastornos metabólicos del embarazo</p> <p>3329417 Otras enfermedades del embarazo</p> <p>3330701 Atención del recién nacido con complicaciones que requiere UCIN</p> <p>3330702 Recién nacido de bajo peso al nacimiento (< 2500 gr)</p> <p>3330703 Asfixia del nacimiento</p> <p>3330704 Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)</p> <p>3330705 Sepsis neonatal</p> <p>3330706 Trastornos metabólicos del recién nacido. Ictericia neonatal no fisiológica</p>

	<p>3330707 Dificultad respiratoria del recién nacido</p> <p>3330708 Convulsiones neonatales</p> <p>3330709 Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido</p> <p>3330710 Hidrocefalia congénita</p> <p>Fuente: Registros administrativos</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 6.6	<p>ATENCIÓN AMBULATORIAS DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS</p> <p>CÓDIGO: 5002824</p>					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Comprende la atención médica de un paciente en situación de urgencia (prioridades III o IV). Se atenderá la consulta médica, solicitud de procedimientos, entrega de medicamentos e insumos según criterio médico.</p> <p>Esta actividad se entrega en las IPRESS del II y III Nivel de complejidad, el recurso humano que brinda la atención se designará según cartera de servicios y capacidad resolutive. Así mismo deberá ser considerada dentro de la UPSS de emergencia.</p> <p>La actividad se inicia luego de que el paciente es derivado del triaje y es calificado como una urgencia menor o patología común (prioridad III o IV). El médico encargado de brindar la atención, realiza la evaluación, determina el tratamiento y conducta a seguir de acuerdo al diagnóstico.</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro 					

	<p>quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.</p> <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con hospitales e institutos del II – III nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. <p>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Hospitales e Institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Personal médico especializado, licenciado de enfermería c/s especialización, técnicos y auxiliares en salud, personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención. De acuerdo a la normatividad de los servicios de emergencia. - Adquisición, mantenimiento preventivo y/o correctivo de equipos biomédicos e instrumental; productos farmacéuticos, insumos y materiales de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales, institutos; así como en el primer nivel de atención.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>Programar el 100% de las atenciones registradas como prioridad III y IV en los registros administrativos.</p> <p>Fuente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) SIS 2) Registros administrativos
<p>4.- Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>5.- Listado de insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

Denominación de la Actividad 7.1	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA CÓDIGO: 5002825					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	ATENCIÓN					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Consiste en la atención pre hospitalaria, brindada a la población que participa en un evento masivo. Se realiza mediante la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo preliminar del paciente.</p> <p>Esta actividad es desarrollada por personal de salud asistencial con competencias en la atención de emergencias y urgencias. Los equipos podrán estar conformados según el plan de acción elaborado.</p> <p>La atención se realiza en el lugar del evento con asistencia masiva, la cual ha sido programada y/o notificada a las autoridades competentes, según la normatividad vigente.</p> <p>La actividad inicia con la respuesta ante la alerta de una situación de emergencia o urgencia de una o más personas que presentan alteración de su estado de salud durante el desarrollo de un evento masivo; o el ingreso directo de estas al punto de atención. Continúa con la evaluación, identificación de la condición clínica, estabilización y manejo, y finaliza con el egreso o el traslado del paciente a una IPRESS para la continuidad de su atención, en caso amerite.</p>					
2.- Organización para la entrega del producto	<p>Nivel Nacional</p> <p>DIRIS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de las metas e implementación de sus actividades. - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. - Atención médica en módulos de atención ambulatoria en lugares donde existe concentración de personas. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/DIRESA/Redes de Salud con establecimientos de salud del primer nivel de atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; productos farmacéuticos, materiales e insumos. 					

	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica en módulos de atención ambulatoria en lugares donde existe concentración de personas. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
3.- Criterios de programación	<p>Programar el 100% de atenciones realizadas el año anterior.</p> <p>Fuente: Registros administrativos de los módulos de atención ambulatoria.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.1	MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL					
	CÓDIGO: 5005138					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	INFORME					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>La actividad consiste en elaborar informes por cada una de las siguientes acciones a realizar:</p> <p>Supervisión</p> <p>Monitoreo</p> <p>Evaluación del programa presupuestal.</p> <p>Para lo cual se deberá tener en cuenta lo siguiente:</p> <p>Supervisión: Consiste en realizar una verificación para constatar si se cuenta (en calidad y cantidad) con los insumos (bienes y servicios) necesarios para el desarrollo de las actividades programadas</p> <p>Monitoreo: Consiste en realizar un control para conocer el cumplimiento en la ejecución de las metas programadas para las actividades y los productos</p> <p>Evaluación: Consiste en verificar si el programa presupuestal está alcanzando los resultados esperados.</p> <p>La actividad es desarrollada por profesionales que realizan actividades relacionadas al Programa Presupuestal 0104.</p> <p>La supervisión, monitoreo y evaluación se desarrolla en gabinete y/o campo a nivel nacional, según su ámbito de intervención.</p> <p>La actividad inicia con la recopilación de datos mediante la aplicación de instrumentos de medición, posteriormente estos son procesados de tal</p>					

	<p>forma que permitan hacer comparaciones y mediciones, que conllevan a la generación de los informes.</p>
<p>2.- Organización para la entrega de actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las GERESA/ DIRESA/DIRIS/Red de Salud/IPRESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario - Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>DIRIS e IPRESS (institutos) del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda. - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e indicadores. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/ DIRESA/ Redes de Salud/ IPRESS (institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformación de equipo implementador del PP, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda. - Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto. - Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de Salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (GERESA/DIRESA hacia las redes de salud y hospitales; y las redes hacia los establecimientos de salud) - Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e indicadores.
<p>3.- Criterios de programación</p>	<p>MINSA</p> <p>Cuatro (4) informes anuales de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal</p> <p>Un (1) informe semestral de supervisión</p> <p>Dos (2) informes trimestrales de monitoreo (1° y 3°)</p> <p>Un (1) informe anual de evaluación</p> <p>DIRIS/ GERESA/ DIRESA</p>

	<p>Cuatro (4) informes de supervisión (Se programará el 25% de las unidades ejecutoras de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de unidades ejecutoras supervisadas en el ejercicio presupuestal.</p> <p>Cuatro (4) informes de monitoreo (1 por trimestre) del 100% de las unidades ejecutoras</p> <p>Un (1) informe de evaluación anual del 100% de las unidades ejecutoras</p> <p>Institutos Nacionales Especializados</p> <p>Cuatro (4) informes de supervisión</p> <p>Cuatro (4) informes de monitoreo (1 por trimestre)</p> <p>Un (1) informe anual de evaluación.</p> <p>Redes de Salud</p> <p>Cuatro (4) informes de supervisión (Se programará el 25% de las IPRESS de categoría I3 y I4 de forma trimestral) de modo tal que al finalizar las 4 supervisiones logren el 100% de las IPRESS</p> <p>Cuatro (4) informes de monitoreo (Trimestral) que consolide el 100% de las IPRESS de la jurisdicción</p> <p>Fuente: Registro de las Unidades Ejecutoras</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.2	DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIAS Y EMERGENCIAS					
	CÓDIGO: 5002829					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	NORMA					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	Consiste en el proceso a seguir para la formulación y actualización de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar la situación de salud en los servicios de salud, cuya duración en promedio no excede del ejercicio presupuestal, ésta es desarrollada por profesionales capacitados en los niveles nacional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación, y evaluación de los documentos técnico normativos, en el marco del Programa Presupuestal. El nivel					

	<p>regional, podrá realizar adaptación de documentos normativos, siempre que no vaya en contra de lo dispuesto por el nivel central.</p> <p>Esta actividad se desarrolla a través de 02 sub productos:</p> <p>Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Atención pre hospitalarias y emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en el proceso a seguir para la elaboración y aprobación de documentos técnicos normativos relacionados al manejo de las personas en situación de emergencia y urgencias médicas, considerando la pertinencia cultural, en el ámbito comunitario, pre hospitalario y hospitalario, según normatividad vigente. <p>Implementación de Documentos Técnicos Normativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en el proceso de ejecución o aplicación de las acciones previstas en los documentos técnicos normativos aprobados, relacionados al manejo de las personas en situación de emergencia y/o urgencias médicas, considerando la pertinencia cultural y otras características contextuales relevantes. • La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación.
<p>2.- Organización para la entrega de la actividad</p>	<p>Nivel Nacional</p> <p>Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración/formulación, actualización de documentos técnicos normativos - Aprobación y publicación de documentos técnicos normativos (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA) - Difusión de los documentos técnicos normativos (Diario Oficial Peruano) - Presentación y difusión a nivel regional - 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>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuación y aprobación si corresponde. - Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimiento de salud - Socialización de Documentos Técnicos Normativos - Capacitación a personal de salud de los establecimientos de salud de los Documentos Técnicos normativos. - Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos técnicos normativos a nivel regional y local. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/ DIRESA/ Redes de Salud/ IPRESS (hospitales e institutos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuación y aprobación si corresponde.

	<ul style="list-style-type: none"> - Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimiento de salud - Socialización de Documentos Técnicos Normativos - Capacitación a personal de salud de los establecimientos de salud de los Documentos Técnicos normativos. - Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos técnicos normativos a nivel regional y local.
3.- Criterios de programación	<p>N° de documentos normativos a ser aprobados en el periodo. (Se debe considerar mínimamente uno por semestre, 2 al año)</p> <p>Fuente: Archivo de normas legales del Ministerio de Salud.</p>
4.- Diagrama de Gantt	Se adjunta en CD
5.- Listado de insumos	Se adjunta en CD

Denominación de la Actividad 8.3	ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN					
	CÓDIGO: 5005139					
Niveles de gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida	PERSONA					
Modelo operacional de la actividad						
1.- Definición operacional	<p>Conjunto de acciones orientadas a brindar asistencia técnica integral y capacitación a nivel nacional y regional, para fortalecer competencias y habilidades relacionadas al manejo de la intervención y tópicos en emergencia y/o urgencias médicas en el ámbito comunitario, pre hospitalario y hospitalario.</p> <p>La actividad está dirigida al personal directivo, coordinadores, jefes u operativos, profesionales administrativos y de salud, de las GERESA, DIRESA, DIRIS, Redes de Salud e IPRESS del I al III nivel.</p> <p>Estará a cargo de profesionales con competencias para el adiestramiento en el desarrollo de la actividad; asimismo, por profesionales con competencias en tópicos de atención de emergencias médicas en el ámbito comunitario, pre hospitalario y hospitalario; mediante reuniones técnicas, acompañamiento, talleres nacionales, macro regionales y regionales, conferencias, mesas redondas, plataformas virtuales.</p>					
2.- Organización para la entrega de la actividad	<p>Nivel Nacional</p> <p>Ministerio de Salud</p>					

	<ul style="list-style-type: none">- Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las GERESA/ DIRESA/DIRIS/Red de Salud/IPRESS en lo relacionado a la planificación e implementación del producto.- Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario- Elabora y aprueba el marco normativo, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto- Programación de las metas e implementación de sus actividades. <p>DIRIS e IPRESS del Ministerio de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">- Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto.- Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda.- Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario.- Programación de las metas e indicadores. <p>Nivel Regional</p> <p>GERESA/ DIRESA/ Redes de Salud/ IPRESS (hospitales e institutos)</p> <ul style="list-style-type: none">- Conformación de equipo implementador del PP, que tiene alcance territorial o institucional, según corresponda.- Adapta el marco normativo a su alcance territorial o institucional, según corresponda, así como la información oficial que estandariza el proceso de entrega del producto.- Asiste técnicamente, monitoriza, supervisa y evalúa a las Redes de Salud y establecimientos de salud, en lo relacionado a la planificación e implementación del producto, según corresponda (GERESA/DIRESA hacia las redes de salud y hospitales; y las redes hacia los establecimientos de salud)- Fortalecimiento de capacidades de su personal en relación al contenido del producto y equipamiento con recursos informáticos y mobiliario.- Programación de las metas e indicadores.
--	--

<p>3.- Criterios de Programación</p>	<p>MINSA</p> <p>Considerar la meta física ejecutada el año anterior, que consiste en el número de profesionales a quienes se les brindó capacitación y/o asistencia técnica el año anterior.</p> <p>GERESA/ DIRESA/ DIRIS</p> <p>Considerar la meta física ejecutada el año anterior, que consiste en el número de profesionales a quienes se les brindó capacitación y/o asistencia técnica el año anterior.</p> <p>En caso no se haya programado el subproducto el año anterior, considerar el número de profesionales relacionados a la atención de la emergencia o al programa presupuestal 0104, registrados en el Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS.</p> <p>Redes de Salud / IPRESS (Hospitales e Institutos)</p> <p>Considerar la meta física ejecutada el año anterior, que consiste en el número de profesionales a quienes se les brindó capacitación y/o asistencia técnica el año anterior.</p> <p>En caso no se haya programado el subproducto el año anterior, considerar el número de profesionales relacionados a la atención de la emergencia o al programa presupuestal 0104, registrados en el Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS.</p> <p>Fuente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro en listas de asistencia. 2. Base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS.
<p>4.- Diagrama de Gantt</p>	<p>Se adjunta en CD</p>
<p>5.- Listado de insumos</p>	<p>Se adjunta en CD</p>

3.6 Indicadores

3.6.1 Indicadores de desempeño

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

TABLA N° 13

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

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

TABLA Nº 14.

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Tasa de mortalidad por urgencias y emergencias
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado Final
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
Estima la magnitud de personas fallecidas producto de una urgencia o emergencia médica, las que incluyen los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, violencia urbana y otros.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Efectividad
VALOR DEL INDICADOR
Considerando la estadística* siguiente: 2006: 65 x 100,000 habitantes 2007-2009: 72.4 x 100,000 habitantes 2012-2014: 70.2 x 100,000 habitantes Se proyecta: 2015-2016: 69.2 X 100,000 HABITANTES 2017-2018: 68.2 X 100,000 HABITANTES * OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas.
JUSTIFICACION
Este indicador es importante porque va a permitir conocer el desempeño del PP 104 y su impacto, el tener un adecuado conocimiento sobre el número de personas que fallecen por emergencias y urgencias, va a permitir contar con evidencias para el diseño de políticas destinadas a disminuir la tasa de mortalidad por Emergencias y Urgencias.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
No están actualizadas las bases de datos. La información obtenida, se encuentra dispersa y los tiempos de llegada de la información se da en tiempos diferentes
PRECISIONES TECNICAS
El indicador medirá la mortalidad hospitalaria y pre hospitalaria, estimando el número de fallecidos por urgencias y emergencias. Esta mortalidad se refiere los que padecieron en la misma EE. SS y fuera de ella
METODO DE CALCULO
N° de fallecidos por urgencias y emergencias/N° de fallecidos x 100,000 habitantes. Numerador: N° de fallecidos por emergencias y urgencias (quienes entran al servicio de emergencia y urgencias, ya sea por ambulancia u otros medios) Denominador: Total de número de atendidos por emergencia y urgencias (quienes entran al servicio de emergencia y urgencias, ya sea por ambulancia u otro medio)
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
OGTI
BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema informático del MINSA
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Tasa de mortalidad al alta en pacientes hospitalizados por urgencias y emergencias
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
Se define como el número de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias en los establecimientos de salud hospitalarios.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base: 2010: 5.0% 2016: 4.7% 2015: 4.8% 2017: 4.5%
JUSTIFICACION
Este indicador es importante porque va a permitir conocer el desempeño del PP 104 y su impacto, el tener un adecuado conocimiento sobre el número de personas que fallecen por emergencias y urgencias dentro del EE. SS, va a permitir contar con evidencias para el diseño de políticas destinadas a disminuir la tasa de mortalidad por Emergencias y urgencias.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La principal limitación del indicador es que no es reportado por los hospitales, por lo que debe incluirse en el grupo de indicadores de mortalidad hospitalaria. El supuesto es que existirá un sistema de información confiable, oportuna y eficiente que permita el reporte de dicho indicador.
PRECISIONES TECNICAS
El indicador medirá la mortalidad hospitalaria, estimando el número de fallecidos por urgencias y emergencias. Esta mortalidad se refiere los que padecieron en la misma EE. SS
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: N° de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias en los servicios críticos hospitalarios Denominador: Total de casos de diagnósticos de urgencias y emergencias en los servicios críticos hospitalarios
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
OGTI

BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema Informático del MINSA
SINTAXIS
En proceso de elaboración.

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
ÁMBITO DE CONTROL
Resultado específico
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos Regionales
DEFINICION
La variable permite conocer si en los últimos 12 meses, el informante presentó problemas de salud, que requería atención médica inmediata. Problemas de salud: Es todo aquello que requiere, o puede requerir, una atención por parte del personal de salud. Los problemas de la salud afectan a las estructuras corporales específicas (órganos, extremidades y componentes) y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos implicados.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Proxy
VALOR DEL INDICADOR
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:
2015: 10.6%
2016: 9.1%
2017: 8.3%
JUSTIFICACION

Este indicador es importante porque nos va a permitir contar con un dato aproximado sobre cuál es el total de situaciones de emergencia o urgencia que se dan u ocurren siendo fundamental para posteriores comparaciones con otros indicadores.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La principal limitación del indicador es que se trata de un indicador proxy o aproximado, por lo tanto, solo nos permitirá contar con un estimado de cómo va el desempeño hacia el logro del resultado específico del programa, otra limitante es que al ser un indicador cuya data se recoge a partir de una encuesta de percepción, la respuesta no necesariamente es objetiva
PRECISIONES TECNICAS
El indicador medirá el total de personas que requirió una atención médica inmediata incluyendo aquellos que la reciben como aquellos que no.
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100
Numerador: Total de personas que presento algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
Denominador: Total de personas a nivel nacional
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
INEI
BASE DE DATOS
Base de datos de la ENAPRES
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Encuesta ENAPRES 300D.1 En los últimos 12 meses, de... a... ¿Usted presentó algún: Problema de salud, que requería atención médica inmediata? 1. Si 2. No
SINTAXIS
A proporcionar por INEI

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió

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

atención médica inmediata y la recibió, durante los últimos 12 meses
Denominador: Total de personas que presento algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
INEI
BASE DE DATOS
Base de datos de la ENAPRES
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Encuesta ENAPRES
300E.1 En los últimos 12 meses de... a... ¿Cuántas veces Usted presentó algún: Problema de salud, que requería atención médica inmediata?
SINTAXIS
A proporcionar por INEI

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de llamadas recepcionadas al número 106 que recibieron atención médica telefónica
ÁMBITO DE CONTROL
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador
DEFINICION
Llamada recepcionada al número 106, es aquella que ingresa al centro regulador, la cual posteriormente puede ser derivada o no, hacia una atención médica telefónica. Atención medica telefónica, es aquella identificada por el medico regulador como una situación de emergencia o urgencia que amerita el despacho de la unidad móvil y orientación médica. Este indicador contabiliza aquellas llamadas que ingresan y son derivadas para una atención médica telefónica.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia

VALOR DEL INDICADOR							
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador							
	2014	2015	2016	2017			
	60%	65%	70%	75%			
JUSTIFICACION							
El indicador es importante ya que permite medir el total de llamadas telefónicas recibidas en la central reguladora que culminan en la atención médica de una situación de emergencia o urgencia.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones: Registro de llamadas sistematizadas manualmente en físico.							
Supuestos: La central de regulación cuenta con un registro de llamadas, en el cual incluyen el detalle de llamadas priorizadas.							
PRECISIONES TECNICAS							
Variable: Llamadas entrantes							
Categorías: Derivadas para atención medica No derivadas							
METODO DE CALCULO							
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100							
Numerador: N° total de llamadas recibidas en la central de regulación que reciben atención médica							
Denominador: N° total de llamadas recibidas en la central de regulación							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Semestral y anual.							
FUENTE DE DATOS							
Reporte de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del MINSA-Gob. Regional (DIRESA/GERESA)							
BASE DE DATOS							
Base de Datos de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)							
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION							

Ficha de sistematización de datos
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de despachos realizados que finalizaron en atención médica en foco						
ÁMBITO DE CONTROL						
Producto: Despacho de la Unidad Móvil y Coordinación de la referencia						
DEFINICION						
Despacho, es la acción mediante la cual el médico regulador indica al despachador de la central de regulación que active y envíe una ambulancia. Atenciones en foco, son aquellas que se realizan cuando la unidad móvil se desplaza al lugar de la emergencia o urgencia.						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
	2014	2015	2016	2017		
	60%	65%	70%	75%		
JUSTIFICACION						
El indicador es importante ya que permite medir el total de despachos que culminan con una atención médica en foco						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: El sistema para el seguimiento y control de la llegada de una ambulancia al foco de la emergencia o urgencia, en algunos casos es manual.						
El supuesto: Se cuenta con un sistema o mecanismo físico o digital, para el seguimiento y control de la llegada de una ambulancia al foco de la emergencia o urgencia.						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable: Despachos realizados						

Categorías: Con atención médica en foco Sin atención médica en foco
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100
Numerador: N° Total de despachos realizados con atención médica en foco
Denominador: N° Total de despachos realizados
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Semestral y anual
FUENTE DE DATOS
Reporte de Centrales de Regulación (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
BASE DE DATOS
Base de Datos de Central de Regulación (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de sistematización de datos
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de pacientes que llegan con vida al establecimiento de salud
ÁMBITO DE CONTROL
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
DEFINICION
Pacientes que, habiendo sufrido una situación de emergencia o urgencia, son trasladados por la unidad móvil y llegan con vida al establecimiento de salud.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	60%	70%	80%			
JUSTIFICACION						
El indicador es importante ya que permite medir cuantos pacientes llegan con vida luego de una APH.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: Limitada sistematización de datos sobre pacientes de APH que llegan con vida al establecimiento de salud.						
El supuesto: Existe un registro de ingresos de pacientes de APH en el cual se reporta el estado en el cual llega el paciente.						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable: Pacientes que llegan al establecimiento de salud						
Categorías: Vivo Fallecido						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100						
Numerador: N° total de atenciones pre-hospitalarias cuyos pacientes llegan con vida al establecimiento de salud						
Denominador: N° total de atenciones pre-hospitalarias						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual.						
FUENTE DE DATOS						
Sistema informático del Centro Regulador (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)						
BASE DE DATOS						

Base de Datos del Centro Regulador (Nacional/Regional) de Urgencias y Emergencias del MINSA - Gob. Regional (DIRESA/GERESA)
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de registro en el sistema informático del Centro Regulador
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a las urgencias o emergencias						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Población capacitada en primera respuesta frente a las emergencias y urgencias						
DEFINICION						
Los agentes comunitarios son los promotores de salud, líderes y otros actores sociales de primera respuesta. Por prácticas efectivas, se entiende, como la adecuada aplicación de los conocimientos en Primeros Auxilios, Reanimación Cardiopulmonar Básico, Primer contacto y traslado de pacientes, Atención y funcionamiento de los sistemas de emergencia (números de emergencia), Información básica del servicio de Atención Pre Hospitalaria en la atención de las emergencias o urgencias, Información básica de los servicios que brindan las IPRESS y su relación con la comunidad en la atención de las emergencias o urgencias y Referencia comunal o ciudadana						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
			30%	50%	70%	
JUSTIFICACION						
El indicador es importante ya que permite medir cuantos agentes comunitarios ponen en práctica los conocimientos adquiridos para hacer frente a emergencias y urgencias.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						

Limitaciones: Los registros de agentes comunitarios no siempre están actualizados. Supuesto: Se cuenta con un registro de agentes comunitarios (mapeo de actores)
PRECISIONES TECNICAS
Variable: Agentes comunitarios frente a situaciones de urgencia o emergencia Categorías: Con prácticas efectivas Sin practicas efectivas
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: $\text{Numerador/Denominador} \times 100$ Numerador: Número total de agentes comunitarios con prácticas efectivas frente a urgencias o emergencias Denominador: Número total de agentes comunitarios
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Semestral y anual
FUENTE DE DATOS
Reporte de capacitaciones en Primera respuesta de SAMU/ Establecimientos de salud
BASE DE DATOS
Base de Datos de capacitados
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de recolección de datos
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de transporte asistido a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva
ÁMBITO DE CONTROL
Transporte asistido de la emergencia y urgencia

DEFINICION						
Es el transporte realizado puede ser en medio terrestre, aéreo o acuático, con la presencia de personal entrenado según la necesidad del servicio, de un establecimiento de salud hacia otro de mayor capacidad resolutiva						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Por dimensión de desempeño: Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
		2016	2017			
		18.16%	25.98%			
JUSTIFICACION						
La medición de este indicador permite cuantificar el transporte asistido que se da de un establecimiento de salud a otro de mayor complejidad.						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: Limitada sistematización de los registros de transporte asistido.						
Supuesto: Los transportes asistidos que se dan de un establecimiento de salud hacia otro de mayor capacidad resolutiva se encuentran registrados.						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable						
Trasporte asistido						
Categorías						
Establecimiento de salud de origen						
Establecimiento de salud de destino						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100						
Numerador: N° total de trasporte asistido de pacientes realizados a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva						
Denominador: N° total de trasporte asistido de pacientes						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						

Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIREAS y GERESAS, y en redes de salud
BASE DE DATOS
Base de datos: Base de Datos de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias, DIREAS y GERESAS, y en redes de salud
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Ficha de recolección de datos
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.						
NOMBRE DEL INDICADOR						
Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I y II según norma técnica						
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO						
Atención de las emergencias o urgencias en establecimientos de salud.						
DEFINICION						
Son atenciones a pacientes de prioridad I (aquellos cuya vida se encuentra en grave riesgo y aún no están estabilizados) y prioridad II, las cuales se realizan cumpliendo los protocolos, guías y procedimientos clínicos médicos, según los diagnósticos estipulados en la norma técnica internacional de la OMS (CIE 10).						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
22.65%	26.95%	24.86%	20.35%			
JUSTIFICACION						
El indicador permite medir la relación de atenciones prioridad I y II en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud, a fin de evaluar si el usuario accede a los servicios correspondientes a su condición de salud, y así mejorar los procesos para evitar el sobre uso de los servicios de emergencia con condiciones clínica que pueden ser atendidos en los servicios ambulatorios.						

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
<p>Limitaciones: El aspecto cultural y la idiosincrasia de la población al creer que cualquier condición de salud será mejor atendida en un establecimiento de salud de mayor complejidad. Los servicios de emergencias/urgencias o tópicos desde el primer nivel de atención no funcionan las 24 horas del día. Los servicios de emergencias/urgencias o tópicos no cuentan con profesional médico para la atención de condiciones de salud.</p> <p>Supuesto: es la disponibilidad de profesionales de la salud para atender las emergencias en los establecimientos de salud, así como el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios para su atención.</p>
PRECISIONES TECNICAS
Prioridades de emergencia: Prioridad I: Gravedad súbita extrema, Prioridad II: Urgencia Mayor, Prioridad III: Urgencia Menor, Prioridad IV: Patología aguda común
METODO DE CALCULO
Indicador porcentual: $\text{Numerador/Denominador} \times 100$
Numerador: Número de atenciones de prioridad I y II según patología especificada.
Denominador: Número total de atenciones de emergencias en el establecimiento de salud.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Semestral y anual
FUENTE DE DATOS
OGTI
BASE DE DATOS
Base de datos de los hospitales - servicio de emergencias y urgencias
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema informático del Establecimiento de Salud
SINTAXIS
En proceso de elaboración

Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.
NOMBRE DEL INDICADOR
Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria
ÁMBITO DE CONTROL: PRODUCTO

Atención de urgencias (Prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria.						
DEFINICION						
Los pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria, son aquellos que se encuentran en un evento masivo y ante una afección de salud ingresaron por sus propios medios o con apoyo, siendo atendidos y dados de alta en el lugar de la atención.						
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO						
Eficacia						
VALOR DEL INDICADOR						
Línea de base y mediciones sucesivas realizadas del indicador						
	2015	2016	2017			
	35%	29%	29%			
JUSTIFICACION						
El indicador permite medir cuantas atenciones prioridad III y IV se realizan durante los eventos masivos en los módulos de atención ambulatoria						
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS						
Limitaciones: El registro de los casos se hace de forma manual y en formatos físicos sin llegar a ser sistematizados						
Supuesto: Se registran los casos atendidos en los módulos ambulatorios						
PRECISIONES TECNICAS						
Variable Atención ambulatoria Categorías Egresados Referidos						
METODO DE CALCULO						
Indicador porcentual: $\text{Numerador/Denominador} \times 100$						
Numerador: Número total de pacientes atendidos en modulo ambulatorio que egresan						
Denominador: Número total de pacientes atendidos en modulo ambulatorio.						
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES						
Semestral y anual						
FUENTE DE DATOS						

MINSA/DIRESA/ GERESA
BASE DE DATOS
Base de datos de MINSA/DIRESA/GERESA
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION
Sistema Informático que registra las fichas de atención ambulatoria
SINTAXIS
En proceso de elaboración

3.6.2 Indicadores de producción física de los productos

TABLA 15.

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

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

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

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

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

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

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

3.7 Supuestos

A continuación, se presenta los supuestos identificados

TABLA N° 16

Nivel de Objetivo	Supuestos
Resultado Final	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno
Resultado Específico	Se cuenta con un adecuado sistema integrado de transporte que facilite la llegada oportuna al establecimiento de salud.

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

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

3.8 Vinculación del Programa Presupuestal con su Resultado Final

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

TABLA N° 17

Resultado final	Objetivo específico: Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos
Resultado específico.	Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias
Sustento de la relación RF/RE	Los resultados específicos de reducción de la mortalidad por emergencias son inherentes a la reducción de la letalidad por

	emergencias en los servicios críticos de los EESS, su vinculación no requiere ser probada.
--	--

3.9 Matriz lógica del Programa Presupuestal

TABLA N° 18

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final			
Reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos	Tasa de mortalidad por urgencias y emergencias	CEPLAN Sistema de Indicadores RESULTA	Implementación de un sistema de redes integradas de salud, que garantice la oportuna y complementaria atención en todos los niveles de gobierno.
Resultado específico			
Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias	Tasa de mortalidad al alta en pacientes hospitalizados por urgencias y emergencias	Base de datos SAMU. Registros de los EESS. Base de datos ENDES. Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO	Se cuenta con un adecuado sistema integrado de transporte que facilite la llegada oportuna al establecimiento de salud.
	Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente que requirió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	RESULTA MEF	
	Porcentaje de la población que presentó algún problema de salud o accidente y que recibió atención médica inmediata, durante los últimos 12 meses	RESULTA MEF	
Productos			

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

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

Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias médicas de prioridad I y II según norma técnica	OGTI	Los pacientes que requieren atención de emergencia acceden a los servicios oportunamente, de acuerdo al nivel de emergencia que presentan.
Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Porcentaje de pacientes egresados del módulo de atención ambulatoria	MINSA/DIRESA/ GERESA	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de un manera rápida y oportuna
Actividades			
Servicio de atención de llamadas de las emergencias médicas al "106"	Número de atenciones telefónicas de urgencias o emergencias al 106	Informe SAMU	Se cuenta con suficientes profesionales de salud a nivel nacional.
Atención médica telefónica de la emergencia	Número de atenciones telefónicas atendidas por médico	Informe SAMU	Se cuenta con suficientes profesionales de salud médicos a nivel nacional.
Despacho de la unidad móvil SAMU	Número de atenciones telefónicas que ameritan despacho de la ambulancia	Informe SAMU	Se cuenta con una adecuada red de telefonía fija.
Coordinación y seguimiento de la referencia	Número de atenciones de coordinación del desplazamiento de la ambulancia	Informe SAMU Informe de las Unidades Ejecutoras EESS	Se cuenta con un sistema de comunicación efectiva que garanticen la adecuada coordinación y seguimiento de la referencia
Servicio de Atención Pre-Hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia	Número de Atenciones Pre Hospitalaria individuales en foco de unidades móviles	Informe SAMU	Existe un adecuado sistema de comunicación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar la Atención Pre-Hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia
Entrenamiento de la población en acciones de primera respuesta frente a las emergencias y urgencias	Número de personas entrenadas frente a las emergencias y urgencias	Informe de las Unidades Ejecutoras con EESS asignados	Existe una adecuada articulación, entre las municipalidades, la comunidad y los establecimientos de salud para garantizar la capacitación de las comunidades en prácticas ante las emergencias y urgencias

Servicio de transporte asistido de la emergencia y urgencia	Número de traslados de pacientes en situación de emergencia	Informe SAMU Registros hospitalarios y de institutos.	Existe un adecuado sistema de información, para la coordinación efectiva entre los prestadores de salud público y privado para garantizar el adecuado transporte asistido secundario
Atención de la emergencia y urgencia básica	Número de atenciones en los tópicos de urgencias	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de salud, embalsan las emergencias porque desconocen la prioridad de su diagnóstico y siempre acuden a EESS de alta complejidad saturándolos.
Atención de triaje	Número de atenciones en triaje	Registros de EESS de primer nivel de atención.	Los pacientes que requieren atención de emergencia y urgencia básica acceden a los tópicos de emergencia oportunamente.
Atención de la emergencia y urgencia especializada	Número de atenciones de prioridad I en servicios de emergencia de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia especializada acceden a los servicios oportunamente.
Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Número de atenciones (ingresos) en UCI de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia en cuidados intensivos acceden a los servicios oportunamente.
Atención de la emergencia quirúrgica	Número de atenciones (cirugías) en centro quirúrgico de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los pacientes que requieren atención de emergencia quirúrgica acceden a los servicios oportunamente.
Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados	Número de atenciones en módulos hospitalarios diferenciados autorizados (prioridad III o IV)	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios conocen la cartera de servicios que brinda los servicios de emergencia en los hospitales.
Atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Número de atenciones de urgencia (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Base de datos de Unidades Ejecutoras que tengan EESS a su cargo con alcance territorial	Se debe garantizar la accesibilidad geográfica para la atención de salud de una manera rápida y oportuna.

TABLA N° 28

Producto/Proyecto/Actividad	PROGRAMACION MULTIANUAL : Meta de producción física (meta física)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	759,436	1,676,008	2,305,903	1,510,593	1,963,771	2,356,525	2,827,830	2,969,222	3,117,683
SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS AL "106"	697,951	1,287,487	1,087,761	1,330,259	1,729,337	2,075,204	2,490,245	2,614,757	2,745,495
ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA	61,485	388,521	1,218,142	180,334	234,434	281,321	337,585	354,464	372,187
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	32,053	134,707	136,812	179,765	215,718	258,862	310,634	326,166	342,474
DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU	26,102	134,707	49,522	134,931				0	0
COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	5,951		87,290	44,834	215,718	258,862	310,634	326,166	342,474
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	30,234	59,905	61,605	61,299	59,905	61,605	61,299	64,364	67,582
SERVICIO DE ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	30,234	59,905	61,605	61,299	50919	52364	52104	54,709	67,352
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA					8986	8986	8986	9,435	
TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	19,570	41,371	85,165	462,603	555,124	610,636	671,700	705,285	740,549
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	18,355	37,608	81,079	458,723	550,468	605,514	666,066	699,369	740,549
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	1,215	3,763	4,086	3,880	4,656	5,122	5,634	5,916	
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	645,969	937,783	2,764,186	3,037,993	4,204,275	4,624,703	5,087,173	5,341,532	5,608,608
ATENCION DE TRIAJE	280,459	391,455	1,112,768	1235899.6	1546764.82	1701441.3	1871585.43	1965164.7	2063422.94
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	85,050	154,873	538,650	566,193	679,432	747,375	822,113	863218.65	906379.583
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	125,671	203,646	522,382	599,047	718,856	790,742	869,816	913306.8	958972.14

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS					143,771	158,148	173,963	182661.15	191794.208
ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA QUIRÚRGICA					287,542	316,297	347,926	365322.3	383588.415
ATENCIÓN AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	154,789	187,809	590,386	636,853	827,909	910,700	1,001,770	1051858.5	1104451.43
ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA)	1,270	19,109	190,395	166,829	200,195	220,214	242,236	254,348	267,065
ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA	1,270	19,109	190,395	166,829	200,195	220,214	242,236	254,348	267,065
POBLACION CAPACITADA EN PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS					5,164	5,551	5,741	6,028	6,329
ENTRENAMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ACCIONES DE PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS					5,164	5,551	5,741	6,028	6,329
ACCIONES COMUNES	125	300	5366	10821	11903	13093	14403	15,123	15,879
MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	109	276	539	562	618	680	748	748	748
DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	16	24	74	118	130	143	157	165	173
ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION			4,753	10,141	11,155	12,271	13,498	14172.9	14881.545

TABLA N° 29

Producto/Actividad	PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción financiera (nuevos soles)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	S/. 13,274,018	S/. 7,566,463	S/. 8,959,355	S/. 8,584,793	S/. 9,099,881	S/. 9,645,873	S/. 10,224,626	S/. 5,260,507	S/. 5,418,322
SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS AL "106"	S/. 6,414,411	S/. 3,634,942	S/. 3,175,126	S/. 3,022,680	S/. 3,204,041	S/. 3,396,283	S/. 3,600,060	S/. 2,087,973	S/. 2,150,612
ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA	S/. 6,859,607	S/. 3,931,521	S/. 5,784,229	S/. 5,562,113	S/. 5,895,840	S/. 6,249,590	S/. 6,624,566	S/. 3,172,534	S/. 3,267,710
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	S/. 2,936,662	S/. 3,931,521	S/. 6,045,904	S/. 6,253,108	S/. 6,628,294	S/. 7,025,992	S/. 7,447,552	S/. 14,164,390	S/. 14,589,322
DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	S/. 995,586	S/. 3,931,521	S/. 1,963,071	S/. 2,253,097				S/. 579,561	S/. 596,948
COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	S/. 1,941,076	S/. 0	S/. 4,082,833	S/. 4,000,011	S/. 6,628,294	S/. 7,025,992	S/. 7,447,552	S/. 13,584,829	S/. 13,992,374
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	S/. 18,544,932	S/. 15,901,485	S/. 40,139,012	S/. 31,037,521	S/. 32,899,772	S/. 34,873,759	S/. 36,966,184	S/. 18,220,049	S/. 18,766,650
SERVICIO DE ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	S/. 18,544,932	S/. 15,901,485	S/. 40,139,012	S/. 31,037,521	S/. 27,964,806	S/. 29,642,695	S/. 31,421,256	S/. 13,435,188	S/. 18,766,650
ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA					S/. 4,934,966	S/. 4,934,966	S/. 4,934,966	S/. 4,784,861	
TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	S/. 9,965,054	S/. 11,797,857	S/. 37,507,542	S/. 56,560,311	S/. 59,953,930	S/. 63,551,165	S/. 67,364,235	S/. 47,231,026	S/. 48,647,957
SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	S/. 9,354,682	S/. 11,797,857	S/. 35,420,551	S/. 53,471,036	S/. 56,679,298	S/. 60,080,056	S/. 63,684,859	S/. 39,066,512	S/. 48,647,957

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	SI. 610,372	SI. 0	SI. 2,086,991	SI. 3,089,275	SI. 3,274,632	SI. 3,471,109	SI. 3,679,376	SI. 8,164,514	
ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SI. 58,551,600	SI. 70,682,129	SI. 103,933,916	SI. 155,398,539	SI. 164,722,451	SI. 174,605,798	SI. 185,082,146	SI. 600,871,900	SI. 618,898,057
ATENCION DE TRIAJE					SI. 4,803,480	SI. 5,091,689	SI. 5,397,190	SI. 17,784,936	SI. 18,318,484
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	SI. 12,749,221	SI. 15,825,153	SI. 21,137,169	SI. 30,210,567	SI. 32,023,201	SI. 33,944,593	SI. 35,981,269	SI. 148,206,512	SI. 152,652,707
ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	SI. 38,247,662	SI. 47,475,460	SI. 63,411,507	SI. 90,631,702	SI. 28,820,881	SI. 30,550,134	SI. 32,383,142	SI. 183,646,931	SI. 189,156,339
ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS					SI. 33,624,361	SI. 35,641,823	SI. 37,780,332	SI. 118,586,651	SI. 122,144,251
ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA					SI. 28,820,881	SI. 30,550,134	SI. 32,383,142	SI. 71,096,738	SI. 73,229,640
ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III Y IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	SI. 7,554,717	SI. 7,381,516	SI. 19,385,240	SI. 34,556,270	SI. 36,629,646	SI. 38,827,425	SI. 41,157,070	SI. 61,550,132	SI. 63,396,636
ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	SI. 350,326	SI. 8,273,293	SI. 6,377,042	SI. 17,800,529	SI. 12,264,564	SI. 13,000,438	SI. 13,780,465	SI. 4,987,685	SI. 5,137,316
ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	SI. 350,326	SI. 8,273,293	SI. 6,377,042	SI. 17,800,529	SI. 12,264,564	SI. 13,000,438	SI. 13,780,465	SI. 4,987,685	SI. 5,137,316
POBLACION CAPACITADA EN PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS					SI. 6,603,996	SI. 7,000,236	SI. 7,420,250	SI. 2,596,822	SI. 2,674,727
ENTRENAMIENTO DE LA POBLACIÓN EN ACCIONES DE PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS					SI. 6,603,996	SI. 7,000,236	SI. 7,420,250	SI. 2,596,822	SI. 2,674,727

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

ACCIONES COMUNES	S/. 4,772,254	S/. 17,148,103	S/. 15,604,818	S/. 15,774,874	S/. 16,721,366	S/. 17,724,648	S/. 18,788,127	S/. 26,287,189	S/. 27,075,805
MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	S/. 4,240,001	S/. 15,870,086	S/. 13,066,221	S/. 12,834,193	S/. 13,604,245	S/. 14,420,499	S/. 15,285,729	S/. 23,257,722	S/. 23,955,454
DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	S/. 311,645	S/. 836,732	S/. 1,812,089	S/. 734,943	S/. 779,040	S/. 825,782	S/. 875,329	S/. 264,668	S/. 272,608
ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	S/. 220,608	S/. 441,285	S/. 726,508	S/. 2,205,738	S/. 2,338,082	S/. 2,478,367	S/. 2,627,069	S/. 2,764,799	S/. 2,847,743
TOTAL	S/. 108,394,846	S/. 135,300,851	S/. 218,567,589	S/. 291,409,675	S/. 308,894,256	S/. 327,427,911	S/. 347,073,585	S/. 719,619,568	S/. 741,208,155

TABLA N° 30: Estructura Funcional Programática del PP 0104 – 2021

MEF/DGPP		PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO						MAR39C1		
23/04/2020 20:46:15		COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021						PAGINA: 1		
CATEGORIA PRESUPUESTAL		GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES								
PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA			
PROGRAMA PRESUPUESTARIO										
0104	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000001 ACCIONES COMUNES	5002829	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0093 REGULACION Y CONTROL SANITARIO	0076149	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	080 NORMA
			5005138	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	20 SALUD	004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136007	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	060 INFORME
			5005139	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	20 SALUD	004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136008	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	086 PERSONA
		3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	5002825	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0076145	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	006 ATENCION
		006 ATENCION								
		3000684 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	5002792	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS *106*	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0076112	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS 106	006 ATENCION
		006 ATENCION	5002793	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0076113	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	006 ATENCION
		3000685 DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	5002794	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0076114	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	006 ATENCION
		006 ATENCION	5005140	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0136009	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	006 ATENCION
		3000686 ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5002824	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0076144	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	006 ATENCION
		006 ATENCION	5005901	ATENCION DE TRIAJE	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0098 SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	0188297	ATENCION DE TRIAJE	006 ATENCION

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

MEF/DGPP	PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO	MAR39C1
23/04/2020	COMBINACION DE CADENAS FUNCIONALES PROGRAMAS PRESUPUESTALES 2021	PAGINA: 2
20:46:15	GOBIERNO NACIONAL Y GOBIERNOS REGIONALES	

CATEGORIA PRESUPUESTAL	PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO / PROYECTO	ACTIVIDAD / OBRA	FUNCION	DIVISION FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD	UNIDAD MEDIDA
PROGRAMA PRESUPUESTARIO								
0104	REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686 ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	5005902 ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0188298 ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	006 ATENCION
		006 ATENCION						
			5005903 ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188299 ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	006 ATENCION
			5005904 ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188300 ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	006 ATENCION
			5005905 ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA	0188301 ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	006 ATENCION
		3000799 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	5006277 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0289986 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	006 ATENCION
		006 ATENCION						
		3000800 POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	5006278 ENTRENAMIENTO DE LA POBLACION EN ACCIONES DE PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIA Y URGENCIAS MEDICAS	20 SALUD	043 SALUD COLECTIVA	0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD	0289987 ENTRENAMIENTO DE LA POBLACION EN ACCIONES DE PRIMERA RESPUESTA FRENTE A LAS EMERGENCIA Y URGENCIAS MEDICAS	086 PERSONA
		086 PERSONA						
		3000801 TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	5006279 SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	20 SALUD	044 SALUD INDIVIDUAL	0096 ATENCION MEDICA BASICA	0289988 SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA	006 ATENCION
		006 ATENCION						

ANEXOS

Anexo N° 1.1: Presentación de Evidencias de causas

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

ANEXO N° 02 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0104: REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

						Evidencia: A2
Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo - junio 2017	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Se visualiza brechas de tiempo en el acceso a los EESS, dependiendo si la emergencia se da en zona urbana o rural Evidencia:C5
Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia	Husum H, Gilbert M, Wisborg T, Van Heng Y, Murad M.	2002	Irak, Camboia	Primaria	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	Se determinó una reducción de la mortalidad de 23.9% a 8.8% con la implementación del sistema prehospitalario Evidencia: C7
Low Cost Improvements in Prehospital Care in a Latin American City.	<u>Arreola-Risa C, Mock CN, Lojero-Wheatly L, de la Cruz O, Garcia C, Canavati-Ayub F, Jurkovich GJ.</u>	2000	USA	Journal of Trauma	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	El porcentaje de pacientes que fallecieron durante el traslado (sistema prehospitalario) se redujo de 8.2% a 4.7% Evidencia: B1
Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis.	<u>Gonzalez R, Cummings G, Phelan H, Mulekar M, Rodning C.</u>	2009	USA	The American Journal of Surgery	Implementación de sistema prehospitalario en zona rural tiene como efecto la reducción de la mortalidad	El tiempo prehospitalario general promedio en entornos rurales fue de 42.0 minutos y 24.8 minutos en entornos urbanos (P <.0001). Evidencia: C3
Encuesta Nacional de Programas Presupuestales	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Forma de traslado del paciente Evidencia: C5

Condiciones de vida en el Perú Abril – Mayo – junio 2017	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	A las personas de zona rural les toma casi el doble de tiempo llegar al EESS en comparación con las personas de zona urbana Evidencia: C5
Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services.	Mock CN et al.	2002	USA	Journal of Trauma	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	El riesgo relativo de morir fue de 1.36 al comparar la mortalidad en servicios de emergencia en sobre uso, respecto de aquellos servicios que operan en condiciones normales. Evidencia: C1
Calidad de la reanimación cardiopulmonar: mejora de los resultados de la reanimación cardíaca intra y extrahospitalaria.	Declaración de consenso de la American Heart Association Con el apoyo del American College of Emergency Physicians	2014	USA	Primaria	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	La supervivencia del paciente está relacionada con la calidad de la reanimación cardiopulmonar (primeros respondedores capacitados) Evidencia: B3
Disease Control Priorities in Developing Countries. 2da ed. – Cap 68 Emergency Medical Service.	Kobusingye O, Hyder A, Bishai D, Joshipura M, Romero E, Mock C.	2006	USA	World Bank Open Knowledge Repository	Primeros respondedores de emergencias no capacitados tiene como efecto el retraso de la atención	Los primeros en responder deben llegar a su comunidad local <10 minutos en el lugar o escena de una emergencia. Fuera de la propia comunidad deben llegar en 20-30 minutos. Evidencia: C2
Encuesta Nacional de Programas Presupuestales 2011 – 2016	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2017	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Nivel de conocimiento de la central de emergencias en costa, sierra y selva Evidencia:C5

Delays in transfer of elderly less-injured trauma patients can have deadly consequences.	Fischer PE, Colavita PD, Fleming GP, Huynh TT	2014	USA	The American Surgeon	El inadecuado uso de los servicios de emergencia incrementa la mortalidad	La mortalidad fue significativamente menor en los pacientes que llegaron directamente en comparación con los pacientes transferidos (5,8% Pacientes transferidos vs 2,6% Pacientes que llegaron directamente, P = 0,035). Las demoras en la transferencia de pacientes con traumatismo de mayor edad y menos lesionados pueden dar como resultado resultados deficientes, incluido un aumento de la mortalidad. Evidencia: B3
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015	Instituto Nacional de Estadística e Informática.	2015	Perú	Primaria	Atributos de la causa	Principal problema al que se enfrentan en los EESS Evidencia: C5
The Role of Triage Liaison Physicians on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review	Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al.	2011	Canadá	Academic Emergency Medicine	El triaje inadecuado es una de las principales causas de un inadecuado servicio en emergencia	Si se optimiza el triaje se puede obtener 75 horas de espacio en camilla por día Evidencia: A2
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud	Instituto Nacional de Estadística e Informática.	2015	Perú	Primaria	Atributo de la causa	La mayoría de pacientes de emergencia son mujeres. El tiempo de espera para ser atendidos en triaje varía dependiendo si la emergencia es en la costa. Sierra o selva. Evidencia: C5

<p>Incidencia de demanda de atención en el servicio de emergencia del HCPNP en situaciones no urgentes.</p>	<p>Andrade Marroquín JP.</p>	<p>2002</p>	<p>Perú</p>	<p>Post Grado Facultad de Medicina – UNMSM</p>	<p>La sobrecarga de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>Un 63.89% de pacientes demandantes de atención en el servicio de emergencia, corresponden a situaciones de salud no urgentes respectivamente. Evidencia: C7</p>
<p>Association between waiting times and short-term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population-based cohort study from Ontario, Canada</p>	<p>Guttmann A, Schull M, Vermeulen M, Stukel T</p>	<p>2011</p>	<p>Canadá</p>	<p>BMJ</p>	<p>La sobrecarga de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>El riesgo de muerte aumentó incrementalmente con cada hora adicional de tiempo de espera promedio por turno: las OR ajustadas (intervalo de confianza del 95%) para muerte y admisión fueron 1.79 (1.24 a 2.59) y 1.95 (1.79 a 2.13) Evidencia: B3</p>
<p>Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit</p>	<p>Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A</p>	<p>2007</p>	<p>USA</p>	<p>Critical Care Medicine</p>	<p>La sobrecarga de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>Pacientes con requerimientos de cuidado intensivo sometidos a demoras de más de 6 horas para ser transferidos a una UCI demostraron un aumento en la estancia hospitalaria (7 vs. 6 días) y tasas de mortalidad más altas (10.7% vs. 8.4%) en estos pacientes. Evidencia: A2</p>
<p>Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding.</p>	<p>Richardson DB.</p>	<p>2006</p>	<p>Australia</p>	<p>The Medical Journal of Australia</p>	<p>La sobrecarga de los servicios de emergencia tiene como efecto la prolongación de los tiempos de espera</p>	<p>La tasa de mortalidad era de un 2.5% en aquellos que permanecían menos de 2 horas, y aumentaba a 4.5% en aquellos que permanecían más de 12 horas</p>

						en la unidad de urgencia. Evidencia: B3
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	El sobreuso del servicio de emergencia, conlleva a problemas de admisión en las emergencias	Un 9% de pacientes reporto que le negaron la atención de emergencia. Evidencia: C5
Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario.	Vásquez R, et al.	2016	Perú	Anales de la Facultad de Medicina	Atributo de la causa	El 57.5% de usuarios que acudieron a emergencia son mujeres y tienen en promedio 57 años Evidencia: B3
Does prehospital time affect survival of major trauma patients where there is no prehospital care?	<u>Dharap SB</u> , <u>Kamath S</u> , <u>Kumar V</u> .	2017	USA	Journal of Postgraduate Medicine	La desorganización de las referencias incrementa la mortalidad	Los pacientes en situación de emergencia que son transferidos, incrementan en casi 2 veces el riesgo de mortalidad, en comparación con los pacientes que son admitidos directamente. (OR = 1.869, CI = 1.233–2.561, P =0.005). Evidencia: C1
Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud enero – junio 2015	Instituto Nacional de Estadística e Informática	2015	Perú	Primaria	Atributo de la causa	Las ambulancias son uno de los principales problemas de los EESS y el 11% de los pacientes permanecen más de días Evidencia: C5

Anexo N° 1.2: Presentación de Evidencias de alternativas

Título	Autor	Año	Fuente de información	Relación abordada	Comentarios	Nivel de evidencia
First things first: effectiveness and scalability of a basic prehospital trauma care program for lay first-responders in Kampala, Uganda.	Jayaraman S, Mabweijano JR, Lipnick MS, Caldwell N, Miyamoto J, Wangoda R, et al	2009	Secundaria	El Fortalecimiento de las capacidades de la comunidad para responder ante emergencias y urgencias médicas tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	Durante seis meses, seguimos prospectivamente a 307 aprendices (policías, taxistas y líderes comunitarios) que completaron un programa básico de cuidado de trauma prehospitalario de un día en el 2008. Se usaron encuestas transversales y pruebas de conocimiento para medir la frecuencia en el uso de sus habilidades, las razones por las cuales no proporcionarían ayuda, la utilidad percibida del curso y el kit, la confianza en el uso de sus habilidades y el conocimiento de primeros auxilios. Luego calculamos la relación costo-efectividad de ampliar el programa. A los seis meses, 188 (62%) de los participantes fueron seguidos. Su retención de conocimiento se mantuvo alta o aumentó. El puntaje correcto medio en un examen de fondo básico de conocimiento fue del 92%, en comparación con el 86% después del entrenamiento inicial (n = 146 pares, p = 0,0016). El 97% de los participantes había utilizado al menos una habilidad del curso: comúnmente control de hemorragia, posición de recuperación y levantamiento / movimiento y el 96% había utilizado al menos un elemento de primeros auxilios. La falta de conocimiento era una barrera menor y los aprendices tenían mucha más confianza en proporcionar primeros auxilios. Con base en las estimaciones de costos de la Organización Mundial de la Salud, los datos de lesiones locales y los modelos de estudios previos, el costo proyectado de la ampliación de este programa fue de \$ 0.12 per cápita o de \$ 25-75 por año de vida ahorrado. Las limitaciones clave del estudio incluyen el pequeño tamaño de la muestra, el posible sesgo del informador, la validación local preliminar de los instrumentos del estudio y una estimación indirecta de la reducción de la mortalidad.	C2
Implementation of prehospital dispatch	Infinger A, Studnek JR, Hawkins E,	2013	Secundaria	La Implementación de una plataforma que	Aunque las agencias de Emergencias se han diseñado para proporcionar de manera eficiente asistencia médica a las personas, el	B.3.

<p>protocols that triage low-acuity patients to advice-line nurses. Prehospital Emergency Care.</p>	<p>Bagwell B, Swanson D.</p>		<p>brinde atención médica telefónica de la emergencia y urgencia médica tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia</p>	<p>uso excesivo de 911 como alternativa a la atención médica primaria ha dado lugar a la necesidad de nuevos métodos para responder a esta creciente demanda. Nuestro estudio analiza la eficacia de la clasificación de llamadas de baja agudeza específicas que pueden transferirse a un enfermero de línea de asesoramiento para recibir más instrucción médica. Los objetivos de nuestro estudio fueron analizar el impacto de la implementación de este protocolo y la respuesta del paciente resultante con respecto a la transferencia a una enfermera de línea de asesoramiento.</p> <p>Recolectamos datos para una revisión retrospectiva de abril de 2011 a abril de 2012 de una sola agencia municipal de EMS con un volumen de llamadas anuales promedio de aproximadamente 90,000. Los códigos de respuesta del Sistema de Despacho de Prioridad Médica fueron asignados a llamadas basadas en la agudeza del paciente. Los pacientes clasificados bajo códigos de respuesta Omega fueron evaluados para la elegibilidad de transferencia a líneas de asesoramiento de enfermería. Los criterios de exclusión incluyen lo siguiente: si la llamada fue realizada por un tercero que llama; si el paciente se negó a ser transferido a la enfermera de la línea de asesoramiento; si el paciente fue derivado de un centro de enfermería especializada, una escuela o una oficina de enfermería de la universidad o un consultorio médico. Se realizaron encuestas telefónicas a aquellos pacientes que hablaron con una enfermera de línea de asesoramiento y no recibieron una respuesta de ambulancia 24 horas después de llamar al 911 para obtener comentarios de los pacientes.</p> <p>La base de datos incluyó 1660 pacientes inicialmente clasificados como Omega y elegibles para transferencia a una enfermera de línea de asesoramiento. Después de aplicar los criterios de exclusión, 329 (19.8%) pacientes fueron finalmente transferidos a una enfermera de línea de asesoramiento y 204 (12.3%) no recibieron respuesta de ambulancia. De los pacientes que no</p>
---	------------------------------	--	---	--

					<p>fueron transportados en ambulancia 118 (57.8%), los pacientes completaron el seguimiento telefónico, 104 (88.1%) informaron que la opción de no transporte satisfacía sus necesidades de atención médica y 108 (91.5%) respondieron que aceptarían la transferencia de nuevo por una queja similar.</p> <p>Identificamos un promedio de dos pacientes por día como elegibles para la transferencia a la línea de asesoramiento de enfermería, con menos de un paciente completando con éxito el protocolo de Omega por día. Si bien el impacto fue limitado, hubo una disminución en la respuesta de la ambulancia.</p>	
Key performance indicators' assessment to develop best practices in an Emergency Medical Communication Centre. European journal of emergency medicine.	Penverne Y, Leclere B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, et al.	2017	Secundaria	La implementación de una plataforma de comunicación que permita un servicio más preciso en la coordinación de los despachos y las referencias en situaciones de urgencia o emergencia.	El Centro de Comunicación Médica de Emergencia CCME representa un eslabón fundamental en la cadena de supervivencia para aquellos que requieren una respuesta rápida para emergencias médicas fuera del hospital. Evaluar y calificar el desempeño de EMCC está garantizado ya que puede afectar la salud y la seguridad de la población atendida.	C.1
The demand for prehospital advanced life support and the appropriateness of dispatch in Taipei. Resuscitation	Lu TC, Chen YT, Ko PC, Lin CH, Shih FY, Yen ZS, et al.	2017	Secundaria	La implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH) tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia y/o urgencia	<p>La implementación de los servicios de soporte vital avanzado prehospitalario (SVA) requiere más recursos médicos y sociales en capacitación y equipamiento. La demanda real de servicios SVA en nuestras comunidades no estaba clara. Para garantizar el buen uso de los recursos costosos, es importante evaluar la demanda y la idoneidad de los servicios SVA antes de que se lleve a cabo la implementación a gran escala.</p> <p>Evaluar la tasa y las características de la demanda de SVA, y la conveniencia del envío de SVA del sistema de servicio médico de emergencia (SME) en la ciudad metropolitana de Taipéi.</p> <p>Se realizó un análisis retrospectivo y transversal de los registros del SME del Departamento de Bomberos de la ciudad de Taipéi desde abril de</p>	C.7.

					<p>1999 hasta diciembre de 2000. Se obtuvo un muestreo aleatorio estratificado de todos los registros de SME en la segunda semana de enero, abril, julio y octubre de 2000, junto con los registros de despacho de SVA correspondientes. Los criterios de demanda retrospectiva de SVA, que incluyen las quejas principales, los mecanismos de lesión / enfermedad, los signos vitales iniciales y los tipos de atención prestados, se desarrollaron para estimar la tasa de demanda de SVA. La demanda de SVA se expresa como el porcentaje de casos que cumplen los criterios de SVA sobre el número total de casos de SME. Los despachos de SVA apropiados fueron aquellos despachos de SVA que se determinaron cumpliendo con los criterios de demanda de SVA.</p> <p>Entre los 5433 casos de SME muestreados, 490 (9.02%) se determinaron como una demanda de atención SVA. Las demandas de SVA variaron de una región a otra, y fueron más altas durante los meses de invierno y las horas pico de la tarde. Hubo 175 despachos de SVA reales, que representan el 3,22% de los servicios de SVA muestreados. El rendimiento del triaje no fue óptimo: la adecuación del envío de SVA fue del 37,14%; la tasa de matrimonio fue del 72.86%.</p> <p>Alrededor del nueve por ciento de las llamadas SME exigen servicios de SVA. El rendimiento de triaje actual para un despacho de SVA correcto no era óptimo. Se debe establecer un protocolo de despacho de SVA correcto y más programas de capacitación de despachadores en las comunidades para garantizar el mejor uso de los valiosos recursos de SVA.</p>	
Community socioeconomic status and prehospital times in acute stroke and transient ischemic attack: do poorer patients have	Kleindorfer DO, Lindsell CJ, Broderick JP, Flaherty ML, Wood D, Ewing L, et al.	2006	Secundaria	La implementación de un servicio de atención médica pre hospitalaria (APH) tiene como consecuencia el oportuno acceso al diagnóstico y tratamiento de la	El acceso oportuno al tratamiento médico es crítico para los pacientes con accidente cerebrovascular agudo porque las terapias agudas se deben administrar muy rápidamente después del inicio de los síntomas. Examinamos el efecto del estado socioeconómico en las demoras prehospitalarias en pacientes con accidente cerebrovascular y ataque	C.7.

<p>longer delays from 911 call to the emergency department?</p>				<p>emergencia y/o urgencia</p>	<p>isquémico transitorio (AIT) dentro de una gran población birracial.</p> <p>Al examinar todos los códigos ICD-9 del hospital local 430 a 436, se identificaron todos los pacientes con accidente cerebrovascular y AIT durante el año calendario de 1999. Los casos deben haber usado servicios médicos de emergencia (SME), haber vivido en su hogar, haber tenido un accidente cerebrovascular en el hogar y tener tiempos documentados de la llamada al 911 y llegada al departamento de emergencia. El estado socioeconómico se estimó utilizando datos económicos sobre el tramo censal de la residencia de origen geocodificada.</p> <p>Solo el 38% de los pacientes con accidente cerebrovascular y AIT utilizaron SME. Hubo 978 casos de accidente cerebrovascular y AIT incluidos en este análisis. Los tiempos medios fueron: llamada a la llegada a la escena de 6,5 minutos, tiempo en el lugar de 14,1 minutos y tiempo de transporte de 13,1 minutos. El estado socioeconómico de la comunidad más baja se asoció con los 3 intervalos de tiempo SME; sin embargo, todas las diferencias de tiempo fueron pequeñas: la mayor diferencia fue de 5 minutos.</p> <p>Dentro de nuestra población, vivir en un área más pobre no parece retrasar el acceso a la atención aguda para el accidente cerebrovascular de una manera clínicamente significativa. Encontramos retrasos pequeños, estadísticamente significativos en los tiempos prehospitalarios que se asociaron con las comunidades más pobres, la raza negra y el aumento de la edad. Sin embargo, las demoras relacionadas con el reconocimiento público de los síntomas del accidente cerebrovascular y el uso limitado del 911 son probablemente mucho más importantes que estos pequeños retrasos que ocurren con los sistemas SME.</p>	
<p>Unidad de observación de urgencias</p>	<p>Pareja T, Hornillos M, Rodríguez</p>	<p>2009</p>	<p>Secundaria</p>		<p>Se valoraron 749 pacientes que permanecieron en la unidad una media (desviación estándar) de 37</p>	<p>C.2.</p>

<p>para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales.</p>	<p>M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al.</p>			<p>La implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV) tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>(16) h. La edad media fue de 86 (7) años, el 57% eran mujeres, la mitad presentaba deterioro físico y deterioro cognitivo moderado a grave. El 35% procedía de residencias de ancianos. El motivo de ingreso más frecuente fue enfermedad cardiorrespiratoria crónica reagudizada. Se detectaron múltiples síndromes geriátricos, los más frecuentes fueron inmovilidad, lesiones cutáneas por presión y trastornos conductuales asociados a demencia. Al 70% de los pacientes se les dio alta a domicilio habitual después de que se los estabilizó para su seguimiento en las consultas de geriatría y en el hospital de día (39%), en atención geriátrica domiciliaria (11%) o por su médico de atención primaria o de residencia (20%). En el mes posterior reingresó el 17% y falleció el 7,7%, sobre todo los pacientes que tenían mayor edad y deterioro funcional. Tras el inicio de la unidad se observó una disminución del porcentaje de ingresos en la unidad geriátrica de agudos del 18,2%.</p> <p>Conclusiones</p> <p>Las unidades de observación de urgencias para pacientes ancianos pueden ser adecuadas al nivel asistencial para valoración geriátrica y tratamiento de reagudizaciones de enfermedades crónicas, lo que puede contribuir al ahorro de estancias hospitalarias y a la optimización de la atención en otros niveles asistenciales geriátricos, ambulatorios y domiciliarios.</p>	
<p>Improvement in self-reported confidence in nurses' professional skills in the emergency department. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.</p>	<p>Rautava VP, Palomäki E, Innamaa T, Perttu M, Lehto P, Palomäki A.</p>	<p>2013</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de la atención de urgencia y emergencia en los establecimientos del primer nivel tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue evaluar la confianza de las enfermeras en sus habilidades profesionales antes y después de una extensa reforma del Departamento de Emergencia (DE) en el Hospital Central de Kanta-Häme.</p> <p>Las enfermeras de urgencias participaron en la capacitación de transición que comenzó dos años antes del establecimiento de la nueva organización en 2007. La capacitación fue seguida por sesiones educativas semanales prácticas en el nuevo ED. Durante este proceso, las enfermeras mejoraron sus habilidades de transición, definieron las reglas de la</p>	<p>C.2.</p>

				<p>casa para la nueva clínica y mejoraron su conocimiento de nuevas tecnologías e instrumentos. Los principales procesos que involucraban pacientes con ED gravemente enfermos se describieron y modelaron con un software de diagrama de flujo electrónico. Durante la capacitación de transición, las enfermeras compilaron listas de habilidades prácticas y medidas necesarias en el servicio de urgencias. Estos se actualizaron después de los comentarios de los médicos de atención primaria y secundaria y los médicos jefes del Hospital Central de Kanta-Häme. La lista final de 189 elementos comprendía 15 categorías diferentes, cada una con 4 a 35 elementos. Con base en el trabajo descrito anteriormente, se desarrolló un cuestionario para reflejar las habilidades de los enfermeros de urgencias en medidas clínicas, pero también para estimar la necesidad de educación profesional y capacitación práctica. Se solicitó a las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias que respondieran el cuestionario en enero de 2007 (tasa de respuesta del 97%) y en enero de 2011 (tasa de respuesta del 98%).</p> <p>La confianza de las enfermeras en sus habilidades profesionales mejoró significativamente en ocho clases de quince. Estas clases fueron canulaciones, cateterismos urinarios, monitoreo de pacientes, pacientes cardíacos, equipos, triage y prácticas de enfermería, pacientes psiquiátricos, así como el riesgo de infección. Los mejores resultados se observaron en los cateterismos urinarios, el control del paciente y el riesgo de infección. Al estudiar el grupo de enfermeras que participaron en ambas encuestas en 2007 y 2011, se observaron mejoras en las quince categorías. Todos menos dos de estos cambios fueron significativos ($p < 0.05$).</p> <p>Durante una amplia reforma de los servicios de emergencia, notamos una mejora significativa en las habilidades profesionales de las enfermeras. Esta mejora fue especialmente consistente entre las enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias durante todo el proceso de transición. El programa</p>	
--	--	--	--	--	--

					de educación y capacitación de enfermeras en el servicio de urgencias se puede poner en práctica con éxito cuando se basa en la cooperación entre las enfermeras y los médicos dedicados a los servicios de emergencia.	
<i>Association of door-in to door-out time with reperfusion delays and outcomes among patients transferred for primary percutaneous coronary intervention</i>	Wang TY, Nallamothu BK, Krumholz HM, Li S, Roe MT, Jollis JG, Jacobs AK, Holmes DR, Peterson ED, Ting HH.	2011	Secundaria	El fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.	<p>Los pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento (ST) que requieren transferencia interhospitalaria para la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria a menudo tienen tiempos prolongados desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital. El tiempo puerta de entrada – puerta de salida (PEPS), definido como la duración del tiempo desde la llegada hasta el alta en el primer hospital de referencia ST, es una nueva medida de rendimiento clínico, y se recomienda un tiempo de PEPS de 30 minutos o menos para agilizar el cuidado de reperfusión. Caracterizar el tiempo hasta la reperfusión y los resultados del paciente asociados con un tiempo PEPS de 30 minutos o menos. Cohorte retrospectiva de 14,821 pacientes con ST transferidos a 298 centros de recepción de ST para ICP primaria en el Registro de ACCIÓN: Acceda a las Directrices entre enero de 2007 y marzo de 2010. Factores asociados con un tiempo PEPS superior a 30 minutos, tiempos totales contabilizados desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital y mortalidad hospitalaria ajustada al riesgo.</p> <p>El tiempo medio de PEPS fue de 68 minutos (rango intercuartílico, 43-120 minutos) y solo 1627 pacientes (11%) tuvieron tiempos de PEPS de 30 minutos o menos. Los factores significativos asociados con un tiempo PEPS superior a 30 minutos incluyeron la edad avanzada, el sexo femenino, la presentación fuera de horario y el transporte de servicios médicos que no son de emergencia al primer hospital. Los pacientes con un tiempo PEPS de 30 minutos o menos tuvieron significativamente más probabilidades de tener un tiempo total desde la primera presentación en el hospital hasta la ICP del segundo hospital de 90 minutos o menos en comparación con los pacientes con PEPS superiores a 30 minutos (60%</p>	B.3.

					<p>[intervalo de confianza del 95% {IC}, 57% - 62%] vs 13% [IC 95%, 12% - 13%]; p <0,001). Entre los pacientes con tiempos de PEPS superiores a 30 minutos, solo el 0,6% (IC del 95%, 0,5% -0,8%) tenían una contraindicación absoluta para la fibrinólisis. La mortalidad hospitalaria observada fue significativamente mayor entre los pacientes con tiempos PEPS superiores a 30 minutos frente a los pacientes con tiempos PEPS de 30 minutos o menos (5,9% [IC 95%, 5,5% -6,3%] frente a 2,7% [IC 95%, 1,9] % - 3.5%]; P <.001; odds ratio ajustado para la mortalidad intrahospitalaria, 1.56 [IC 95%, 1.15-2.12]). Se observó un tiempo PEPS de 30 minutos o menos en solo una pequeña proporción de pacientes transferidos para ICP primaria, pero se asoció con retrasos de reperfusión más cortos y una menor mortalidad hospitalaria.</p>	
<p>Causes of delay and associated mortality in patients transferred with ST-segment-elevation myocardial infarction. Circulation.</p>	<p>Miedema MD, Newell MC, Duval S, Garberich RF, Handran CB, Larson DM, Mulder S, Wang YL, Lips DL, Henry TD.</p>	<p>2011</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de la referencia de las emergencias y urgencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>Se están desarrollando sistemas regionales de infarto de miocardio con elevación del segmento ST para mejorar el acceso oportuno a la intervención coronaria percutánea (ICP) primaria. Los retrasos en el sistema pueden disminuir el beneficio de mortalidad logrado con la ICP primaria en pacientes con infarto de miocardio con elevación del segmento ST, pero se desconocen las razones específicas y el impacto clínico de las demoras en los pacientes transferidos para ICP.</p> <p>Este fue un estudio observacional prospectivo de 2034 pacientes transferidos para ICP primaria en un solo centro como parte de un sistema regional de infarto de miocardio con elevación del segmento ST desde marzo de 2003 a diciembre de 2009. A pesar de las transferencias de larga distancia, el 30,4% de los pacientes (n = 613) se trataron en ≤ 90 minutos y el 65,7% (n = 1324) se trataron en ≤ 120 minutos. Los retrasos ocurrieron con mayor frecuencia en el hospital de referencia (64.0%, n = 1298), seguidos por el centro de ICP (15.7%, n = 317) y el transporte (12.6%, n = 255). Para el hospital de referencia, las razones más comunes para la demora estaban en espera del transporte (26.4%, n =</p>	<p>B.3.</p>

					<p>535) y las demoras en el departamento de emergencias (14.3%, n = 289). Los dilemas diagnósticos (mediana, 95.5 minutos, percentiles 25 y 75, 72-127 minutos) y los ECG iniciales no diagnósticos (81 minutos; 64-110.5 minutos) dieron lugar a retrasos de la mayor magnitud. Los retrasos causados por paro cardíaco y / o shock cardiogénico tuvieron la mayor mortalidad hospitalaria (30,6%), en contraste con los ECG iniciales no diagnósticos, que, a pesar de los retrasos prolongados del tratamiento, no afectaron la mortalidad (0%). También se produjeron variaciones significativas tanto en la magnitud como en el impacto clínico de los retrasos durante el transporte y los segmentos del centro ICP.</p> <p>Se producen retrasos en el tratamiento incluso en sistemas eficientes para la atención del infarto de miocardio con elevación del segmento ST. El impacto clínico de los retrasos específicos en la transferencia interhospitalaria para ICP varía según la causa de la demora.</p>	
<p>Clinical implementation of an emergency department coronary computed tomographic angiography protocol for triage of patients with suspected acute coronary syndrome</p>	<p>Ghoshhajra BB, Takx RAP, Staziaki PV, Vadvala H, Kim P, Neilan TG, et al.</p>	<p>2017</p>	<p>Secundaria</p>	<p>El fortalecimiento de los servicios críticos hospitalarios para la atención de emergencias tiene como consecuencia un adecuado uso de los servicios de emergencias y urgencias.</p>	<p>Evaluar la eficiencia y la seguridad de la angiografía por tomografía computarizada coronaria del departamento de emergencias (DE) durante una experiencia clínica de 3 años.</p> <p>Registro unicéntrico de tomografía computarizada coronaria en pacientes del DE con sospecha de síndrome coronario agudo. El resultado primario fue la eficiencia de la angiografía por tomografía computarizada coronaria definida como la duración de la hospitalización. Los puntos finales secundarios de seguridad se definieron como la tasa de pruebas descendentes, las tasas de normalidad de la angiografía coronaria invasiva, la ausencia de síndrome coronario agudo y los principales eventos adversos cardíacos durante el seguimiento y la exposición a la radiación.</p> <p>Se remitieron mil doscientos veintidós pacientes consecutivos</p>	<p>B.3.</p>

				<p>para angiografía por tomografía computarizada coronaria con sospecha de síndrome coronario agudo. En general, el tiempo promedio para dar de alta a su hogar fue de 10.5 (5.7-24.1) horas. La disposición del paciente fue de 42.7% de alta directa del departamento de emergencias, 43.2% de alta de urgencias y 14.1% de ingresos hospitalarios. La tasa de síndrome coronario agudo durante la hospitalización fue del 9,1%. Ciento noventa y dos pacientes se sometieron a imágenes de diagnóstico adicionales y 77 se sometieron a angiografía coronaria invasiva. El valor predictivo positivo de la angiografía por tomografía computarizada coronaria en comparación con angiografía coronaria invasiva fue 78.9% (95% - IC 68.1-87.5%). La exposición media a la radiación de la angiografía por tomografía computarizada coronaria fue de 4.0 (2.5-5.8); los eventos adversos cardíacos después de una angiografía por tomografía computarizada coronaria negativa fue del 0,2%.</p> <p>La angiografía por tomografía computarizada coronaria en un entorno de atención terciaria con experiencia permite un manejo eficiente y seguro de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo.</p> <p>La angiografía por tomografía computarizada coronaria que usa sistemas avanzados se asocia con baja exposición a la radiación. • La angiografía por tomografía computarizada coronaria negativa se asocia con bajas tasas de eventos adversos cardíacos. • La angiografía por tomografía computarizada coronaria en pacientes del DE permite un corto tiempo promedio para la alta domiciliaria. • La estrategia de la angiografía por tomografía computarizada coronaria se caracteriza por pocas pruebas en sentido descendente, incluida angiografía coronaria invasiva innecesaria.</p>	
--	--	--	--	---	--

Anexo N° 2:

Los Kit de cada Producto se encuentran en el Módulo de Gestión de producto:
<https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/>