



PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO 2: CONTENIDOS MINIMOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL

**REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD
POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS
MÉDICAS**

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MÉDICAS

PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

I. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

“Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas”

1.2 Tipo de diseño propuesto

Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – revisión del diseño

– Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – ampliación del diseño

– Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – rediseño

– Nueva propuesta de PP

X

1.3 Entidad Rectora del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Dirección General de Prestaciones de Salud

1.5 Coordinador Territorial

Oficina General de Articulación y Coordinación

1.6 Coordinador de seguimiento y evaluación

Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización

II. DIAGNÓSTICO

2.1 Identificación del problema específico

2.1.1 Enunciado del Problema Específico

El problema específico identificado es **“Existencia de alta tasa de mortalidad por emergencias y urgencias médicas individuales y masivas”**.

La actual literatura médica, frecuentemente es inconsistente en el uso e interpretación de la terminología de “Emergencia” y “Urgencia”.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define 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”.

La Asociación Médica Americana (AMA) define “urgencia es todo problema que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia (o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda)”.

El MINSA, al aprobar el reglamento de la Ley 27604, diferencia emergencia obstétrica y emergencia médica, la primera la define como “Aparición inesperada o repentina de un trastorno durante el proceso del embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer y que requiere de una atención inmediata, a fin de proteger la vida de ambos”, y la segunda, “Se entiende por emergencia médica 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”.¹ El mismo MINSA, al emitir la norma técnica aprobada con RM N° 386-2006/MINSA, introduce una diferente terminología (emergencia médica y/o quirúrgica) y la define “... 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 pacientes con daños calificados como prioridad I y II”.

En USA, después de mantener por varias décadas una definición restrictiva de emergencia, y dado que es de aplicación en los contratos de planes de seguro, se modificó por una definición más operacional y centrada en proteger al usuario. “Una condición de emergencia médica es:

- (a) Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad, que puede incluir dolor severo, de tal manera que la falta de atención médica inmediata podría razonablemente esperarse que resulte en cualquiera de los siguientes situaciones:
 - i) poner en grave peligro la salud del paciente, incluyendo una mujer embarazada o el feto;
 - ii) Deterioro grave de las funciones corporales;
 - iii) Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- (b) Con respecto a una mujer embarazada:
 - i) Que no hay suficiente tiempo para efectuar la transferencia segura a otro hospital antes del parto;
 - ii) Que la transferencia puede ser una amenaza para la salud y la seguridad del paciente o del feto, o
 - iii) Que hay señales de la aparición y persistencia de las contracciones uterinas o la ruptura de las membranas”.

La literatura menciona que “en toda situación en que intempestivamente se pone en riesgo la integridad física, la salud o la vida, entran en juego múltiples factores de exposición y de susceptibilidad. Guardando las debidas proporciones, esto es lo que ocurre en la contingencia individual grave, la emergencia, o, en la generación de daños simultáneos a múltiples víctimas, demanda masiva, o, en el extremo cuantitativo que reconocemos como desastre”². Hay, pues, una línea continua entre unas y otras (Gráfico 01)³

¹ DECRETO SUPREMO N° 016-2002-SA. Aprueban 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

² Morales-Soto NR. Emergencias y desastres: desafíos y oportunidades (De la casualidad a la causalidad). Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(2): 23-27.

³ Morales Soto NR. Manual de medicina de emergencias y desastres. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.

Gráfico 01. Diferencia y articulación de la emergencia individual, masiva y desastre.

Fuente: Morales-Soto NR. Emergencias y desastres: desafíos y oportunidades (De la casualidad a la causalidad). Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2008; 25(2): 23 237-42.

Ángel L. Arricivita Amo en 1.999 se refiere a emergencia como “aquellos hechos imprevistos, que alteran la rutina diaria de la/s persona/s y de sus redes de apoyo, que tienen consecuencias negativas, por supuesto indeseables, y que generalmente requieren respuestas inmediatas”. Dependiendo del número de afectados la emergencia puede ser:

- Individual: En cuyo caso afecta a una persona o a un núcleo familiar (una mujer maltratada, la pérdida de la vivienda familiar por incendio).
- Colectiva: Afecta a un grupo de personas y/o familias (p.e. accidente en auto)
- Gran emergencia y/o catástrofe: por ejemplo el hundimiento del túnel en el Carmel de Barcelona, el atentado del 11-M, el accidente aéreo de Madrid-Barajas.

Desde la mirada de la oferta de los servicios de emergencia, estos se diseñan para tener una oferta 20% por encima de la demanda esperada, a esta previsión se le denomina oferta de reserva.⁴

1. Atención usual, se produce en el rango esperado de demanda, y por debajo de la oferta total disponible, la diferencia está dada por la oferta de reserva.
2. Atención de múltiples víctimas, atención de dos o más víctimas graves procedentes de un mismo evento; significa que la demanda sobrepasa la oferta normal de servicios y comprende para su resolución parte o la totalidad de la primera mitad de la oferta de reserva.
3. Demanda masiva, implica el uso de la segunda mitad de la oferta de reserva.
4. Desastre, ocurre cuando la demanda excede el total de oferta, incluida la de reserva, produciéndose una pérdida de la capacidad operativa del sistema.

El 1 y 2 corresponden a la concepción de la atención de emergencia individual por cuanto no sobrepasará la mitad de la oferta de reserva.

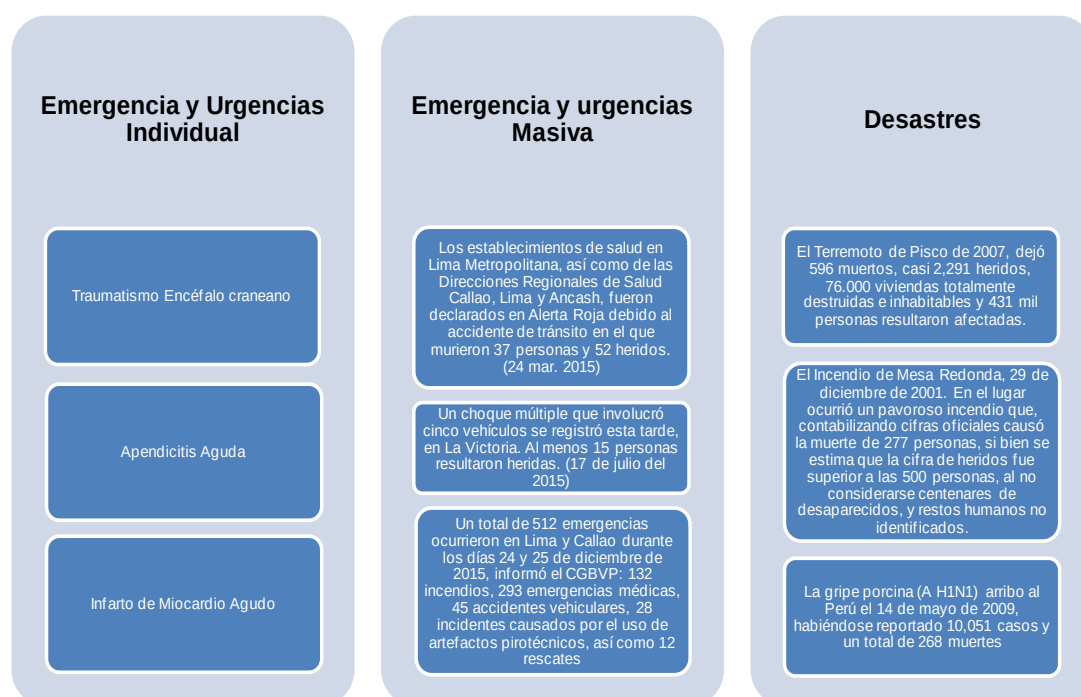
El Sistema de Emergencias de Lima y Callao (SELICA), también mantuvo la lógica de la emergencia individual, masiva y desastres.⁵

Hasta el año 2016, el presente programa presupuestal ha venido interviniendo las urgencias y emergencias desde un enfoque individual, este rediseño permite el abordaje a las emergencias y urgencias masivas.

Como ejemplos cotidianos para dimensionar la diferencia entre urgencia y emergencia individual y masiva y desastres, y como los servicios de salud de emergencia se ven afectados, debiendo corresponder de manera diferencial para una adecuada atención, se presenta la gráfica 02.

4 Organización de los Servicios de Salud para Situaciones de Desastre (Pan American Health Organization (PAHO) / Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1983.

5 Ugarte Taboada, Claudia. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. Rev Med Hered v.11 n.3 2000

Gráfico 02. Ejemplo de urgencia y emergencia individual y masiva y desastres.

Fuente: Elaboración propia

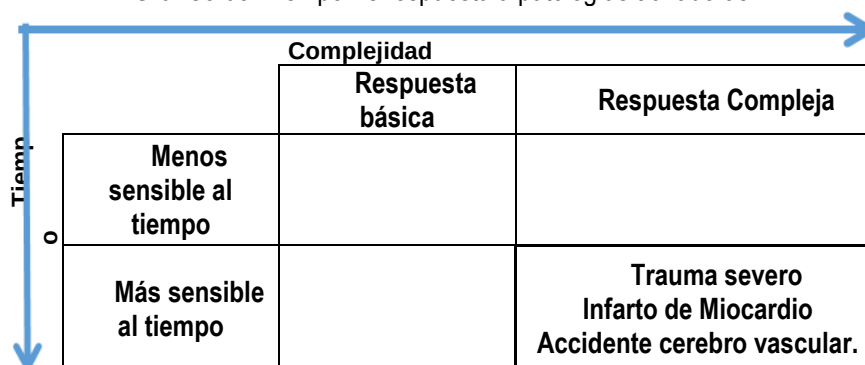
En las definiciones señaladas, aparecen conceptos que requieren ser esclarecidos para delimitar la condición de interés: a) El **concepto de urgencia**, que denota el tiempo entre la aparición de la necesidad médica y la aplicación un tratamiento eficaz. A menor tiempo de respuesta, el chance que el paciente sobreviva y quede con menos secuelas, es mayor. Entendido de esa manera la urgencia no hace referencia a la condición clínica del paciente sino a la brevedad con la cual debe ser atendido el paciente, así tendremos pacientes que necesitan con mayor prontitud ser atendidos a diferencia que otros pueden esperar. Hacer tal diferenciación con la mayor certeza posible es la principal tarea de un sistema de emergencias médicas; b) El **concepto de gravedad**, captura otra dimensión de las emergencias médicas, que es el grado de descomposición fisiológica o la pérdida de la función de uno o más sistemas orgánicos con una probabilidad de muerte que rápidamente se incrementa con el tiempo; c) **complejidad** de la atención de la emergencia, este concepto a diferencia de los anteriores, expresa el grado de dificultad para diagnosticar y tratar, múltiples complicaciones, de difícil pronóstico e intenso en el consumo de recursos de diagnóstico y tratamiento; d) El **grado de sufrimiento** del paciente (la intensidad del dolor) y las **expectativas del paciente**, ambos referidos a un aspecto subjetivo de percepción individual no necesariamente vinculados ni con la gravedad ni con el grado de urgencia. Estos dos aspectos influyen al momento de notificar la emergencia.

De los cuatros elementos, dos nos ayudan a delimitar la condición de interés, de una parte la dimensión tiempo que nos mide el grado de urgencia y de otra parte la complejidad de la respuesta para atender la urgencia. Colocando estas dos dimensiones en una matriz como muestra el **gráfico 3**, en el cuadrante inferior derecho ubicamos al grupo de **condiciones de emergencia médica muy sensibles al tiempo y que requieren de una respuesta compleja**, en principio estas son las condiciones que constituyen la condición de interés del Programa. El éxito del Programa, en primera instancia, sería medido por reducir la mortalidad de aquellas condiciones que se encuentran en este cuadrante.

De lo expuesto, el trauma severo, específicamente el **Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)** severo, por ser la condición de la más alta complejidad clínica y la más sensibles al tiempo, es la condición de interés del Programa Presupuestal.

En la línea de avanzar de manera progresiva con la implementación de un sistema de emergencias, la primera condición a ser abordada son los traumas, específicamente el TEC severo. Se advierte que la atención de las emergencias del Programa no estaría limitada a la atención solo de los TEC severo, sino a todas las emergencias que son percibidas y notificadas por la población. Esta delimitación más bien busca identificar la condición trazadora que da cuenta del impacto del Programa, pero también sirve de referencia para diseñar el Programa. (Gráfico 03).

Gráfico 03. Tiempo Vs respuesta a patologías trazadoras.



2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el problema

Las competencias con las que el Ministerio de Salud cuenta para abordar el problema son las siguientes:

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 está disponible al 100% en los sistemas de información del Ministerio de Salud lo cual no permite hacer las estimaciones requeridas.

Una alternativa para hacer una aproximación del problema es la elaborada en base a los siguientes indicadores:

- a) La incidencia mensual de accidentes de cualquier origen autoreportada por la población a través de la encuesta ENAHO. Este indicador revela la percepción de las personas sobre su exposición a un accidente pero no nos da cuenta de la gravedad, pero si de un potencial traumatismo de cualquier grado de severidad.
- b) La proporción de personas que habiendo reportado accidente en las últimas cuatro semanas buscaron atención. Este es un subconjunto de individuos en los cuales es posible sostener que se trata de una población con necesidad percibida de atención inmediata.
- c) La proporción de personas que habiendo reportado accidente en las últimas cuatro semanas buscaron atención médica en un establecimiento de salud público o privado.
- d) La proporción de personas que habiendo reportado accidente en las últimas cuatro semanas buscaron atención en un hospital o clínica. Este podría revelar que se trata de un situación de mayor gravedad aunque evidentemente esta mediado por las barreras de acceso al servicio de salud (económico, físico, cultural).
- e) La proporción de gasto catastrófico de bolsillo en salud en aquellos pacientes que reportaron accidente las últimas cuatro semanas. Se define catastrófico si su gasto de bolsillo supero al 10% del gasto monetario per cápita del hogar.

La limitación de los indicadores mencionados, es que sub estima la magnitud del problema en la medida que solo se limita a los traumatismos y no incluye las emergencias que se desencadenan por otras condiciones clínicas (apendicitis, cólicos, asma, reagudización de enfermedades crónicas, etc.). De otra parte estos indicadores no revelan la gravedad del problema, en consideración con esta observación, también se considera dos indicadores de mortalidad, ambos estimados por la OPS hasta el 2007, y de manera anual en los Análisis de Situación de Salud del Perú elaborados por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, siendo su última publicación el del año 2012.

- La tasa de mortalidad por causas externas.
- La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito diferenciado por sexo.

Finalmente, utilizando la base de datos de egresos hospitalarios, igual con una seria de limitaciones (mala codificación, subregistro, no se conoce la condición final después del alta, etc.), se puede hacer estimaciones de tasa de letalidad al alta según diagnóstico consignado en la epicrisis. Los diagnósticos que claramente son posibles vincularlos a condiciones de emergencias son los codificados como traumatismos, respecto de los demás es imposible hacer mayor distinción, sin embargo de manera referencial también estamos incluyendo los referidos al sistema cardiovascular y los accidentes cerebrovasculares.

En la tabla 2A se expone las principales causas específicas de mortalidad del Perú para el 2011, en ella se evidencia la distribución por código CIE 10, no se logra discriminar la naturaleza aguda o de emergencias dentro del grupo de patologías, sin embargo podemos inducir que las de enfermedades de orden cerebrovascular y las cardiovasculares en su mayoría culminan en una muerte por un evento

isquémico o hemorrágico agudo, constituyendo en una emergencia que tiene como desenlace la muerte de los pacientes. En séptimo lugar evidenciamos las muertes por lesiones no intencionadas.

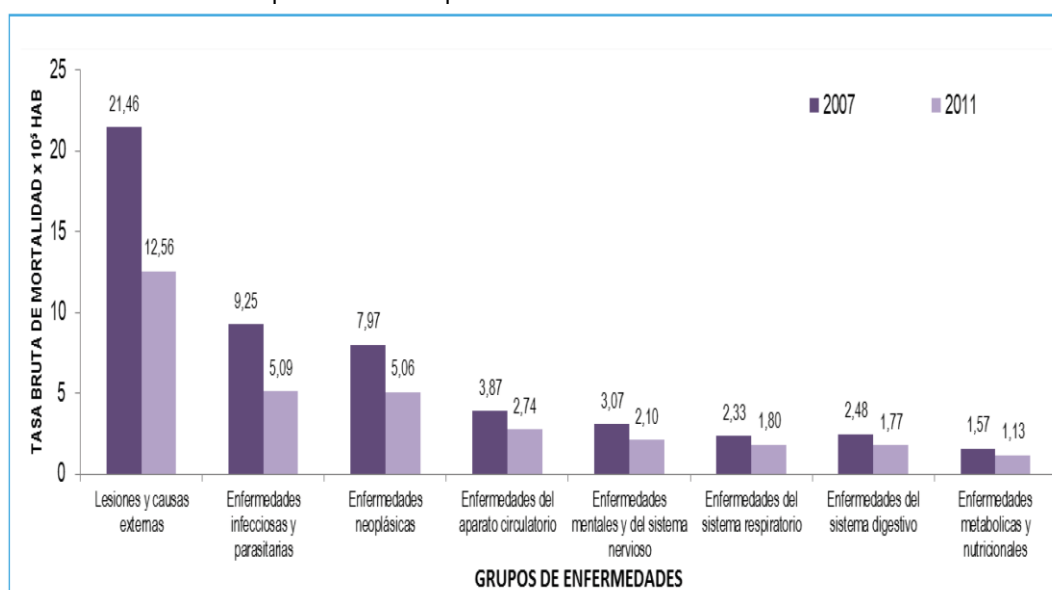
Tabla2A. Principales causas específicas de mortalidad. Perú 2011

Diagnósticos según lista 10/110	N°	%
1 Infecciones respiratorias agudas bajas	19454	12,1%
2 Enfermedades cerebrovasculares	8440	5,3%
3 Enfermedades isquémicas del corazón	7632	4,8%
4 Enfermedades hipertensivas	7108	4,4%
5 Septicemia, excepto neonatal	6499	4,0%
6 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5706	3,6%
7 Lesiones de intención no determinada	5551	3,5%
8 Diabetes mellitus	5115	3,2%
9 Neoplasia maligna de estómago	4863	3,0%
10 Insuficiencia renal, incluye la aguda, crónica y la no especificadas	4726	2,9%
11 Insuficiencia respiratoria	4321	2,7%
12 Enfermedad pulmonar intersticial	3563	2,2%
13 Neoplasia maligna de hígado y vías biliares	3362	2,1%
14 Neoplasia maligna de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3047	1,9%
15 Neoplasia maligna de la próstata	2486	1,5%
Resto de enfermedades	68689	42,8%
Total	160562	100,0%

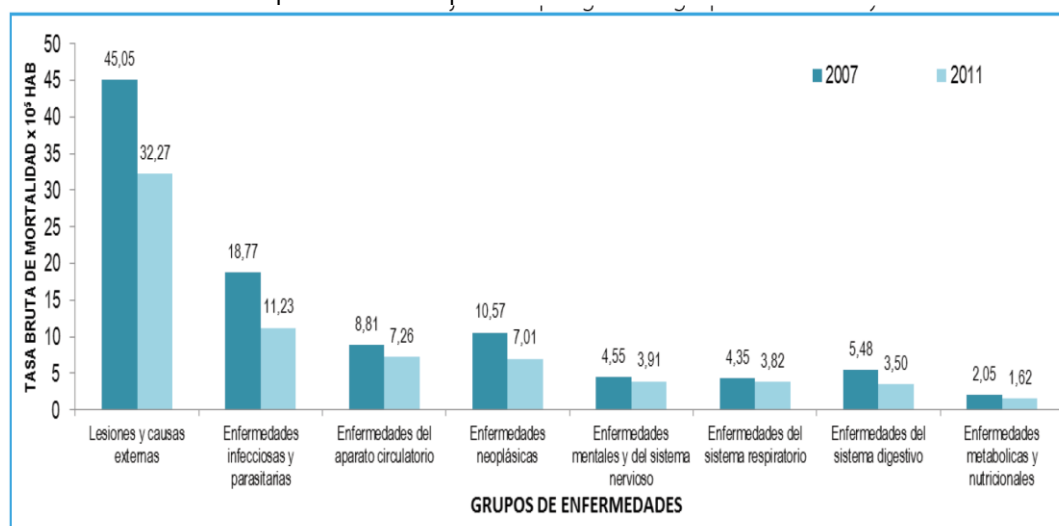
Fuente: Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2011. OGEI/MINSA.

Para el año 2011, en los adolescentes (12 a 17 años), las lesiones y causas externas ocuparon el primer lugar (12,56 defunciones x 105 habitantes), gráfico 04. Al igual que en los adolescentes, las lesiones y causas externas constituyeron el primer lugar como causa de defunción (32,27 defunciones x 105 habitantes) en el 2011 en los jóvenes (18 a 29 años) gráfico 05.

Gráfico 04. Principales causas específicas de mortalidad en adolescentes. Perú 2011



Fuente: Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2011. OGEI/MINSA

Gráfico 05. Principales causas específicas de mortalidad en adolescentes, Perú 2011

Fuente: Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2011. OGEI/MINSA

En la tabla 2B, se presenta la población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), del año 2004 al 2013 expresado en porcentaje. Un problema de salud no crónico es aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta. El menor porcentaje se presentó en el 2013 (31.2%) y la mayor en el 2008 (38.6%), y el promedio en los 10 años es 35.47% de la población total.

Tabla 2B. Perú: Población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), por área de residencia Año: 2004 – 2013 (Porcentaje respecto del total de la población por área de residencia)

Año	Valor Nacional (%)
2004	37.2
2005	34.5
2006	34.8
2007	38.4
2008	38.6
2009	37.8
2010	36.2
2011	33.3
2012	32.7
2013	31.2
Promedio (10 años)	35.47

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

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

En la tabla 2C se evidencia que a nivel Perú los tipos de problema de salud no crónico que afecta a la población en el año: 2004 - 2013 fueron síntomas o malestar, enfermedad, accidente i síntoma y enfermedad, y otros, y su presentación porcentual. Se evidencia como principal problema en todos los años el síntoma o malestar, seguido de enfermedad.

Tabla 2C. Perú: Tipos de problema de salud no crónico que afecta a la población. Año: 2004 - 2013 (Porcentaje respecto del total de la población).

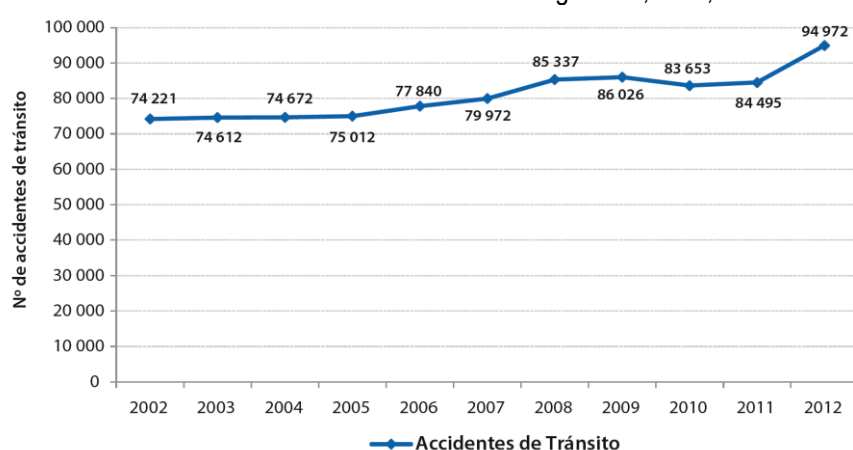
Año / Trimestre	Total	Sintoma o malestar	Enfermedad	Accidente	Sintoma y Enfermedad	Otros
Indicadores Anuales						
2004	37,2	16,7	14,6	0,4	5,4	0,1
2005	34,5	15,6	14,8	0,4	3,6	0,1
2006	34,8	15,1	15,2	0,4	3,9	0,1
2007	38,4	18,1	15,9	0,4	3,8	0,2
2008	38,6	18,5	16,1	0,6	3,3	0,2
2009	37,8	20,5	13,4	0,6	3,0	0,3
2010	36,2	20,9	11,2	0,6	3,0	0,5
2011	33,3	18,4	10,9	0,6	2,8	0,5
2012	32,7	17,0	11,2	0,6	3,4	0,5
2013	31,2	15,0	11,0	0,6	4,2	0,5

Nota: Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta. **Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Otro bloque de importancia para la caracterización son los accidentes de tránsito por la cantidad de heridos y muertos que devienen de ellos. Cada año en el mundo se pierden casi 1,3 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito. Entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad.⁶

De acuerdo a los datos proporcionados por la Policía Nacional del Perú, la tendencia del número de accidentes de tránsito, se está incrementando a nivel nacional. En el año 2002 se produjeron 74 221 accidentes de tránsito en comparación con el año 2012 en el que ocurrieron 94 972 lo que representa un incremento de 27% de los accidentes en el periodo analizado⁷ (gráfico 06).

Gráfico 06. Número de accidentes de tránsito según año, Perú, 2002-2012.

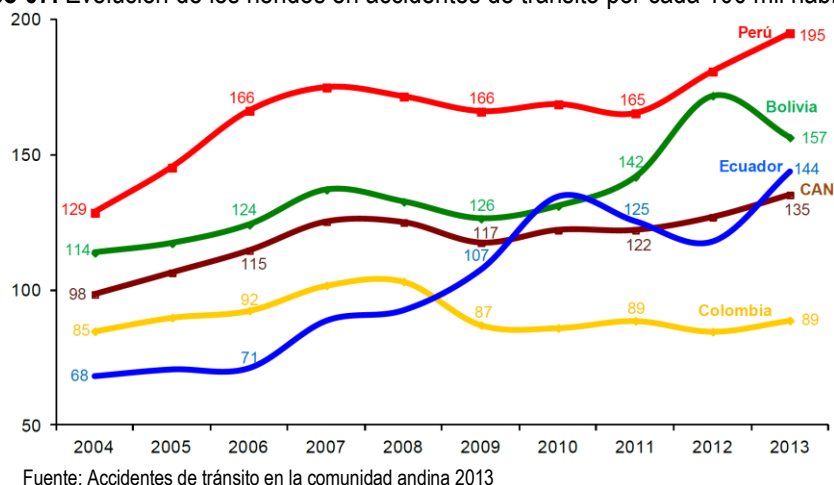


Fuente: Policía Nacional del Perú - Estado Mayor General/DIRPEP-DIVEST-UP

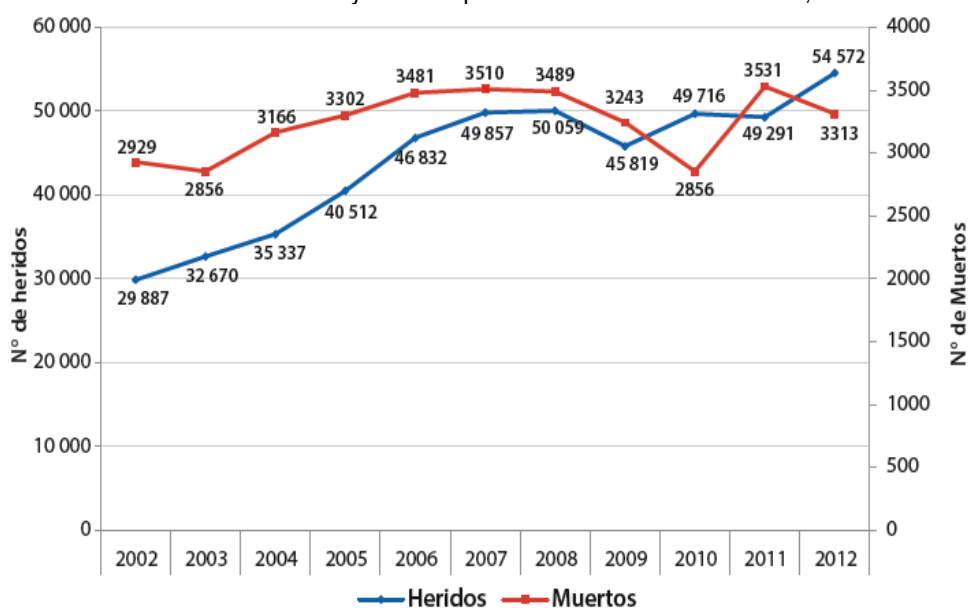
A nivel Perú, en el gráfico 07 se evidencia la evolución de heridos en accidentes de tránsito por cada 100 mil habitantes, donde de manera comparativa con otros países de la región, el Perú lidera con un promedio de 195 heridos por cada 100 mil habitantes.

⁶ OMS, informe Mundial sobre la seguridad vial 2009.

⁷ Análisis epidemiológico de las lesiones causadas por accidentes de tránsito en el Perú, 2013. MINSA

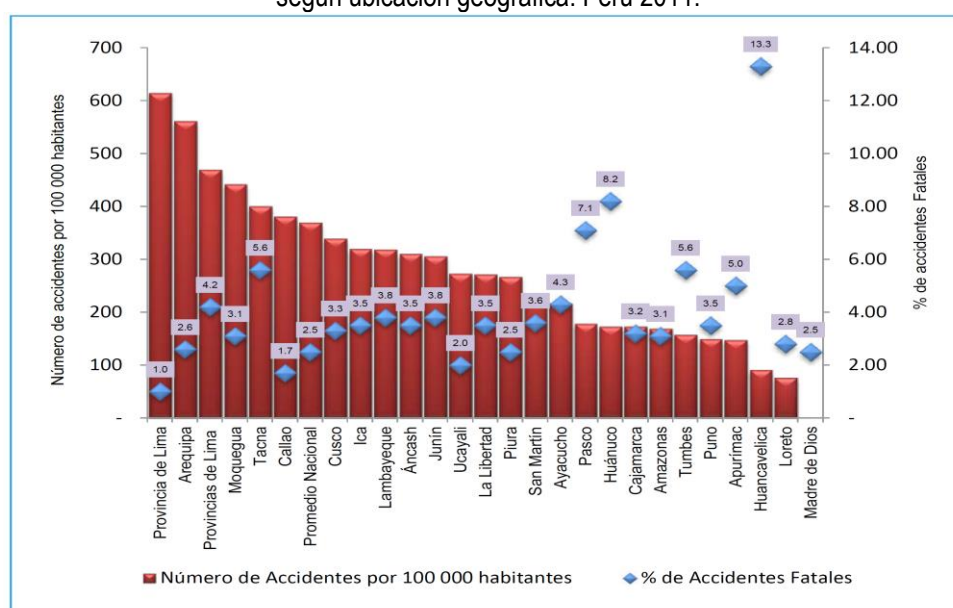
Gráfico 07. Evolución de los heridos en accidentes de tránsito por cada 100 mil habitantes.

En la gráfica 08, se presenta el comportamiento del número de muertos y heridos por accidentes de tránsito desde el 2002 al 2012, según datos de la Policía Nacional del Perú evidenciándose un curva con pendiente positiva en relación a los muertos, así mismo en la de los heridos aunque en menos intensidad.

Gráfico 08. Número de heridos y muertos por accidentes de tránsito- Perú, 2002 -2012.

Según los datos del censo nacional de comisarías, en el año 2012, en el Perú, ocurrieron 369,3 accidentes de tránsito por cada 100 mil habitantes. Del total de accidentes, el 2,5% tuvieron víctimas fatales. La tasa de accidentes de tránsito fue mayor en Lima, Arequipa, Moquegua, Tacna y en el Callao, en donde las cifras superaron el promedio nacional. Las regiones con mayor porcentaje de accidentes fatales fueron Huancavelica con un 13,3%, seguida de Huánuco (8,2%), Pasco (7,1%), Tumbes y Tacna (ambos con 5,6%), ver grafico 09.

Grafico 09. Número de accidentes de tránsito por 100 000 habitantes y porcentaje de accidentes fatales según ubicación geográfica. Perú 2011.



Fuente: I Censo Nacional de Comisariías 2012

De acuerdo con la OMS, según la distribución de las muertes por regiones en el mundo, la región de las Américas presenta las menores tasas de defunción comparado con el resto del mundo. Sin embargo, cuando se examinan las tasas por país, las tasas más altas se encuentran en algunos países de América Latina como El Salvador, República Dominicana, Brasil y Perú.

En la tabla 2D se evidencia que hay considerables accidentes de tránsito con vehículos de transporte de pasajeros en forma masiva, lo que condiciona la mayor cantidad de heridos por accidente.

Tabla 2D. Tipo de accidentes de tránsito y severidad de las lesiones, 2007- 2012

Tipo de accidente	Gravedad de las lesiones por accidente de tránsito					
	Grave	%	Potencialmente Grave	%	Leve	%
Choque	9749	39,97	10 730	35,17	24 073	39,03
Atropello	6346	26,02	7827	25,65	21 341	34,60
Volcadura	2878	11,80	3966	13,00	6255	10,14
Caída de ocupante vehículo	1148	4,71	1063	3,48	2594	4,21
Otro	1618	6,63	2309	7,57	3497	5,67
S/d	2353	10,88	4615	15,13	3925	6,36
Total	24 392	100,00	30 510	100,00	61 685	100,00

Fuente: Sistema de vigilancia de lesiones por accidentes de tránsito MINSA _DGE

El traslado de los lesionados por una ambulancia del sector salud o por bomberos constituye una baja fracción del total de traslados, particularmente en las lesiones graves (11,47%) y potencialmente graves (16,49%). El traslado de lesionados por unidades distintas a ambulancias o bomberos constituiría un riesgo pudiendo incrementar la gravedad y mortalidad de las lesiones. Esto evidencia la necesidad de fortalecer la atención prehospitalaria de los lesionados a nivel nacional. Ver tabla 2E.

Tabla 2E. Traslado de los lesionados por accidente de tránsito 2007-2012

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

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

De acuerdo al último estudio nacional de carga de enfermedad realizado por la Dirección General de Epidemiología, para el año 2012, las lesiones no intencionales (que incluyen principalmente a los accidentes de tránsito) ocasionaron 756 878 años de vida saludable perdidos (AVISA), es decir, el 13% de la carga de enfermedad nacional. Según subcategoría, los accidentes de tránsito representaron la tercera causa de la carga de enfermedad nacional con una pérdida de 215 905 AVISA (3.7% de la carga nacional). El 56.2% de la carga se debió a la muerte prematura (AVP) y el 43.8% restante a la discapacidad (AVP). Como se evidencia en la tabla 2F.

Tabla 2F. Distribución de AVISA según subcategorías de enfermedades y sexo. Perú, 2012.

SUBCATEGORÍAS	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	Número	Tasa*	%	Número	Tasa	%	Número	Tasa	%
Infecciones vías respiratorias bajas	275 173	9,1	4,7	150 998	10,0	4,9	124 176	8,3	4,6
Depresión unipolar	224 535	7,5	3,9	78 514	5,2	2,5	146 021	9,7	5,4
Accidentes de tránsito	215 905	7,2	3,7	155 506	10,3	5,0	60 400	4,0	2,2
Bajo peso/prematuridad	212 855	7,1	3,7	119 177	7,9	3,9	93 679	6,2	3,5
Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento	210 202	7,0	3,6	119 373	7,9	3,9	90 829	6,1	3,4
Diabetes	199 496	6,6	3,4	90 331	6,0	2,9	109 165	7,3	4,0
Artrosis	193 774	6,4	3,3	79 550	5,3	2,6	114 225	7,6	4,2
Dependencia de alcohol	166 395	5,5	2,9	111 278	7,4	3,6	55 117	3,7	2,0
Malnutrición proteino-calórica	155 914	5,2	2,7	82 138	5,4	2,7	73 775	4,9	2,7
Enfermedad CVC cerebrovascular	139 393	4,6	2,4	75 332	5,2	2,4	64 062	4,4	2,4
Enfermedad CVC hipertensiva	113 852	3,8	2,0	53 587	3,6	1,7	60 266	4,1	2,2
Degeneración cerebral, demencia	108 354	3,6	1,9	45 472	3,0	1,5	62 882	4,2	2,3
Caídas	107 499	3,6	1,9	56 522	3,7	1,8	50 977	3,4	1,9
Esquizofrenia	104 941	3,5	1,8	50 261	3,3	1,6	54 680	3,6	2,0
Caries	91 856	3,0	1,6	46 241	3,1	1,5	45 615	3,0	1,7

* Tasa por mil habitantes

Fuente: Dirección de Inteligencia Sanitaria. Dirección General de Epidemiología.

Las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo lo cual ocasiona gastos importantes en la atención de las personas afectadas a lo cual debería agregársele el costo social de los lesionados por accidentes de tránsito.

En el Perú aún no se ha medido el impacto de los accidentes de tránsito sobre la pérdida de días de trabajo de las personas afectadas. El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) a través del sistema de información de discapacidad, HIS-DIS, reúne información de las atenciones brindadas en su institución, información de egresos hospitalarios y de atenciones por consulta externa, con lo que elabora anualmente un documento Análisis de situación.⁸

El INR en el año 2008, atendió 159 pacientes por traumatismos causados por accidentes de tránsito, de los cuales, 56% ocasionaron daños en la médula espinal, 35% traumatismo encefalocraneano y 2,5% amputaciones, entre otros. Un 60% de los casos presentaron deficiencias musculoesqueléticas y viscerales, seguidas de las deficiencias generalizadas, psicológicas y del lenguaje, el grupo etario afectado con mayor frecuencia fue el comprendido entre los 20 y 64 años (población económicamente activa). Según etiología el 41% fueron pasajeros, 35% peatones y 20% Conductores.⁹

De acuerdo al documento de Análisis de Situación del INR del 2011, se atendió en consulta externa a 286 pacientes con diagnóstico de lesión medular de etiología traumática; de los cuales, 85 tuvieron como causa a los accidentes de tránsito, representando el 18,1% del total. Asimismo, de un total de 193 amputaciones traumáticas, 87 fueron consecuencia de accidentes de tránsito (45,0% del total). Cabe mencionar que corresponde al gasto del primer esquema de Tratamiento pero que se incurre a lo largo de la vida.

La oficina de epidemiología del INR, ha realizado la estimación de gastos por las discapacidades generadas por los accidentes de tránsito en el año 2009.¹⁰, tabla 2G.

Tabla 2G. Estimación de costos de la atención de discapacidades por accidente de tránsito, metodología del capital humano

Gasto	Lesiones centrales	Lesiones medulares	Amputado
Tiempo tratamiento	6 a 8 meses	3 meses	2 meses
Pago atención	S/. 800-1000	S/. 9000	S/. 250
Pago A. Biomecánica	S/. 100-1000	S/. 100-1000	S/. 500-2500
Medicinas	S/. 500	S/. 500	S/. 100
Transporte	S/. 900	S/. 250	S/. 150
Asistencia	S/. 700-1000	S/. 250	S/. 150 n
Total	S/. 3000-4100	S/. 10 100-11 000	S/. 1150-2650

Costos directos	Costos indirectos	Se excluyeron
Atención de emergencia (consulta y permanencia), exámenes auxiliares (laboratorio e imágenes) procedimientos médicos y quirúrgicos (ambulatorios y los que se realizan en sala de operaciones), medicamentos estancia hospitalaria, costos de rehabilitación, costo del seguimiento médico (primer año posterior al accidente).	Pérdidas de producción futura de una muerte estadística, pérdida de producción diaria debido a las lesiones. Mediante: Método de la producción bruta y de seguros se incluyeron los casos atendidos PEA y que egresaron vivos. Se consideró como base la remuneración mínima vital nominal del año 2001 y una tasa de descuento anual de 7%. Por cada paciente existió una persona que lo acompañó.	Estimaciones del costo del dolor y sufrimiento, estimación de la calidad de vida de los individuos.

Fuente: INRDIS

⁸ MINSA. Instituto Nacional de Rehabilitación. Análisis de Situación de salud, 2008.

⁹ MINSA. Instituto Nacional de Rehabilitación, Boletín epidemiológico. Volumen II, N° 6. Nov – Dic, 2009.

¹⁰ Elaborado por la Oficina de epidemiología, Instituto Nacional de Rehabilitación- 2009.

2.2. Identificación y Cuantificación de la Población

2.2.1. Población Potencial

La población total del Perú tomando como referencia la población que el instituto de estadística e informática reporta desde el 2001 al 2015 se proyecta hasta el 2017, obteniendo la tabla 3A, que detalla la población por región.

Tabla 3A. Población nacional y regional del 2012-2015 (reportada) y 2016-2017 (proyectada)

REGION	POBLACION REPORTADA POR INEI				POBLACION PROYECTADA	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PERÚ	30,135,875	30,475,144	30,814,175	31,151,643	31,489,111	31,826,579
AMAZONAS	417,508	419,404	421,122	422,629	424,136	425,643
ÁNCASH	1,129,391	1,135,962	1,142,409	1,148,634	1,154,859	1,161,084
APURÍMAC	451,881	454,324	456,652	458,830	461,008	463,186
AREQUIPA	1,245,251	1,259,162	1,273,180	1,287,205	1,301,230	1,315,255
AYACUCHO	666,029	673,609	681,149	688,657	696,165	703,673
CAJAMARCA	1,513,892	1,519,764	1,525,064	1,529,755	1,534,446	1,539,137
CALLAO	969,170	982,800	996,455	1,010,315	1,024,175	1,038,035
CUSCO	1,292,175	1,300,609	1,308,806	1,316,729	1,324,652	1,332,575
HUANCAVELICA	483,580	487,472	491,278	494,963	498,648	502,333
HUÁNUCO	840,984	847,714	854,234	860,537	866,840	873,143
ICA	763,558	771,507	779,372	787,170	794,968	802,766
JUNÍN	1,321,407	1,331,253	1,341,064	1,350,783	1,360,502	1,370,221
LA LIBERTAD	1,791,659	1,814,276	1,836,960	1,859,640	1,882,320	1,905,000
LAMBAYEQUE	1,229,260	1,239,882	1,250,349	1,260,650	1,270,951	1,281,252
LIMA	9,395,149	9,540,996	9,689,011	9,838,251	9,987,491	10,136,731
LORETO	1,006,953	1,018,160	1,028,968	1,039,372	1,049,776	1,060,180
MADRE DE DIOS	127,639	130,876	134,105	137,316	140,527	143,738
MOQUEGUA	174,859	176,736	178,612	180,477	182,342	184,207
PASCO	297,591	299,807	301,988	304,158	306,328	308,498
PIURA	1,799,607	1,814,622	1,829,496	1,844,129	1,858,762	1,873,395
PUNO	1,377,122	1,389,684	1,402,496	1,415,608	1,428,720	1,441,832
SAN MARTÍN	806,452	818,061	829,520	840,790	852,060	863,330
TACNA	328,915	333,276	337,583	341,838	346,093	350,348
TUMBES	228,227	231,480	234,638	237,685	240,732	243,779
UCAYALI	477,616	483,708	489,664	495,522	501,380	507,238

Fuente: INEI de los años 2012-2015 y del 2016-2017 proyectado.

La población potencial son las personas que reconocen que se encuentran ante una situación de emergencia o urgencia médica bien sea identificado por el mismo o por terceros.

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

La población potencial beneficiaria del programa está constituido por todas las personas que se encuentran en territorio peruano y reconocen haber presentado algún problema de salud no crónico, que se interpreta que se encuentran ante una situación de emergencia o urgencia médica.

Operacionalmente, para fines de proyectar una población potencial, la definición de emergencia no es del tipo clínica, sino se basa en la percepción de las personas y por tanto está impregnado de la subjetividad de cada individuo. A nivel nacional y con base poblacional no se dispone de una base de datos bien sea de origen en registros administrativos o en encuestas poblacionales que nos permita estimar la prevalencia de la percepción de emergencia en la población. Ante este contexto, un primer aproximamiento, sin que represente a todas las emergencias, es el reconocimiento de haber presentado algún problema de salud no crónico, considerado como la población que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta realizada por el INEI al aplicar la encuesta ENAHO a una muestra representativa de hogares.

Para cuantificar la población potencial usamos la estadística del Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares del año 2014, que se presenta en la tabla 3B, donde se presenta la población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), del año 2004 al 2013 expresado en porcentaje. Un problema de salud no crónico es aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta. El menor porcentaje se presentó en el 2013 (31.2%) y la mayor en el 2008 (38.6%), y el promedio en los 10 años es 35.47% de la población total.

Tabla 3B. Perú: Población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), por área de residencia Año: 2004 – 2013 (Porcentaje respecto del total de la población por área de residencia)

Año	Valor Nacional (%)
2004	37.2
2005	34.5
2006	34.8
2007	38.4
2008	38.6
2009	37.8
2010	36.2
2011	33.3
2012	32.7
2013	31.2
Promedio (10 años)	35.47

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

En la tabla 3C se evidencia la proyección de la población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico) del 2014 al 2017.

Tabla 3C. Perú: Población que en las últimas 4 semanas presentaron algún problema de salud (no crónico), por área de residencia. Proyección 2014-2017. (Porcentaje respecto del total de la población por área de residencia)

Año	Valor Nacional (%)
2014	32.7
2015	32.2
2016	31.7
2017	31.2

Fuente: Elaboración propia

Para efectos del PP 104 se usará como población potencial el proyectado para el 2017, 31.2%, y considerando la poblacional proyectada, se obtiene la población potencial para el PP 104-2017 (tabla 3D), en la tabla 3E se evidencia la distribución de la población potencial por regiones.

Tabla 3D. Población potencial para el PP 104 año 2017, Perú.

PERÚ	2017
Población Potencial	9'929,893

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

Tabla 3E. Población potencial para el PP 104 año 2017, por regiones del Perú.

REGIONES	Habitantes, población proyectada.
	2017
Amazonas	132,801
Ancash	362,258
Apurímac	144,514
Arequipa	410,360
Ayacucho	219,546
Cajamarca	480,211
Callao	323,867
Cusco	415,763
Huancavelica	156,728
Huánuco	272,421
Ica	250,463
Junín	427,509
La libertad	594,360
Lambayeque	399,751
Lima	3,162,660
Loreto	330,776
Madre de dios	44,846
Moquegua	57,473
Pasco	96,251
Piura	584,499
Puno	449,852
San Martín	269,359
Tacna	109,309
Tumbes	76,059
Ucayali	158,258
PERÚ	9'929,893

Elaboración: Ministerio de Salud. 2016

2.2.3. Criterios de focalización

El presente programa presenta intervenciones universales, por lo que, no se consideran criterios de focalización.

El programa presupuestal 104 "Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas" es de necesaria intervención de la población que requiere una atención de emergencias y urgencias, por:

- Ser un derecho constitucional, donde la protección de la salud de la persona humana es un derecho y es el Estado quien garantiza el libre acceso a las prestaciones (Constitución del Perú 1993).
- Además, todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a **toda** persona en situación de emergencia según DS 016-2002-SA Reglamento de la Ley N27604 que modifica Ley General Salud.

2.2.4 Población Objetivo

Al ser este programa presupuestal de intervenciones universales, la población objetivo y la población potencial coinciden.

Sin embargo por la naturaleza de las intervenciones a ser desarrolladas en adelante es necesario analizar la población objetivo. En la misma encuesta del INEI a través del ENAHO 2014, también se diferencia a aquellas personas que buscaron atención para atender el problema de salud no crónico.

En la tabla 4A, se evidencia a nivel Perú la población con algún problema de salud no crónico que buscó atención desde el año 2004 al 2013, donde se evidencia una progresión en los valores nacionales. Para el 2013 fue de 52% y en proyección hasta el año 2017 es lo expresado en la tabla 4B, siendo 59.3% para el 2017.

Tabla 4A. Perú: Población con algún problema de salud no crónico que buscó atención Año: 2004 - 2013 (Porcentaje respecto del total de la población con problema de salud no crónico de cada ámbito geográfico)

Año	Valor Nacional
2004	38.7
2005	39.3
2006	39.2
2007	43.0
2008	47.1
2009	49.6
2010	49.7
2011	49.3
2012	49.6
2013	52.0
PROMEDIO	45.75

Nota informativa: Se considera población con algún problema de salud no crónico, a aquella que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta. **Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

Tabla 4B. Perú: Población con algún problema de salud no crónico que buscará atención Año: 2015 - 2017 (Porcentaje respecto del total de la población con problema de salud no crónico de cada ámbito geográfico)

Año	Valor Nacional
2014	54.5
2015	56.1
2016	57.7
2017	59.3

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

En la tabla 4C se evidencia a nivel Perú, la población con algún problema de salud que buscó durante los años 2004 al 2013, expresado en porcentajes. Se ha considerado como punto de búsqueda: Essalud, Ministerio de Salud (MINSA), particular, fuerza armadas (FFAA), farmacia, domicilio u otros. Siendo el principal el ministerio de salud. En la última columna se ha sumado todos los puntos de "atención" exceptuando Essalud y FFAA. En la tabla 4D se evidencia la proyección hasta el 2017.

Tabla 4C. Perú: Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud. 2004-2013 (Porcentaje)

AÑO	TOTAL BUSCO ATENCION	ESSALUD	MINSA	PARTICULAR	FFAA	FARMACIA	DOMICILIO	OTROS	TOTAL BUSCO ATENCION NO ESSALUD NI FFAA
2004	38.4	6.7	17.1	4.4	0.6	8.6	0.3	0.7	31.7
2005	38.1	6	15.3	4.5	0.6	10.6	0.3	0.8	32.1
2006	37.5	5.7	15.5	5.3	0.5	9.7	0.2	0.6	31.8
2007	40.6	5.5	15.7	6.1	0.5	11.8	0.2	0.8	35.1
2008	43.6	5.5	16.6	6.4	0.4	13.7	0.2	0.9	38.2
2009	45.9	5.9	16.7	7.2	0.6	14.6	0.3	0.8	40.2
2010	45.1	5.9	15.3	7.1	0.4	15.2	0.2	0.9	39.1
2011	43.8	6.2	14.6	6.6	0.4	15	0.2	0.9	37.7
2012	44.5	6.3	13.9	8	0.5	15	0.2	0.7	38.3
2013	45.2	6.3	15.7	7.7	0.4	14.4	0.2	0.5	38.9
PROMEDIO	42.27	6	15.64	6.33	0.49	12.86	0.23	0.76	36.31

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

Tabla4D. Perú: Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud. Proyección 2015-2017 (Porcentaje)

AÑO	TOTAL BUSCO ATENCION	ESSALUD	MINSA	PARTICULAR	FFAA	FARMACIA	DOMICILIO	OTROS	TOTAL BUSCO ATENCION NO ESSALUD NI FFAA
2014	47.1	6.12	14.4	8.6	0.38	16.5	0.19	0.75	41.2
2015	48	6.14	14.2	9	0.36	17.2	0.18	0.74	42.1
2016	48.9	6.16	14	9.4	0.34	17.9	0.17	0.74	43
2017	49.8	6.18	13.8	9.8	0.32	18.6	0.16	0.73	43.9

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

No se puede extrapolar los porcentajes a la población que presentó algún problema de salud no crónico porque en esta estadística (tabla 4C Y 4D) se engloba la población que presenta algún problema de salud crónico y no crónico, sin embargo, según proyección lineal matemática se hace los cálculos de tal manera que se obtiene los porcentajes ajustados para la población que presentó algún problema de salud no crónico.

Tabla4F. Perú: Población con algún problema de salud no crónico por lugar o establecimiento de consulta en salud. 2017 (Porcentaje)

AÑO	TOTAL BUSCO ATENCION	ESSALUD	MINSA	PARTICULAR	FFAA	FARMACIA	DOMICILIO	OTROS	TOTAL BUSCO ATENCION NO ESSALUD NI FFAA
2017	59.3	7.36	16.43	11.67	0.38	22.15	0.19	0.87	51.31

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

Considerando lo expuesto, para el 2017 se tiene el gráfico 10 que resume lo vertido hasta el momento.

Gráfico 10. Población potencial, objetivo, y sus desagregados en el marco del PP 104-2017

Población del Perú	Población Potencial PP 104	Población Objetivo PP 104
31,826,579	9'929,893	9'929,893



Desagregado de población objetivo	Población	Consideraciones del PP 104
Población que acude a MINSA u otros (51.31%)	5'095,028	Población priorizada para intervenciones en los EESS
Población que acude a Essalud o FFAA (7.99%)	793,398	Población que por Ley de Emergencia puede ser atendida en EESS MINSA y por el precario desarrollo del Sistema de APH será atendida por el PP 104
Población que no acude a ningún lugar (40.70)	4'041,466	Población priorizada para intervenciones de APH

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

2.3 Causas del problema identificado

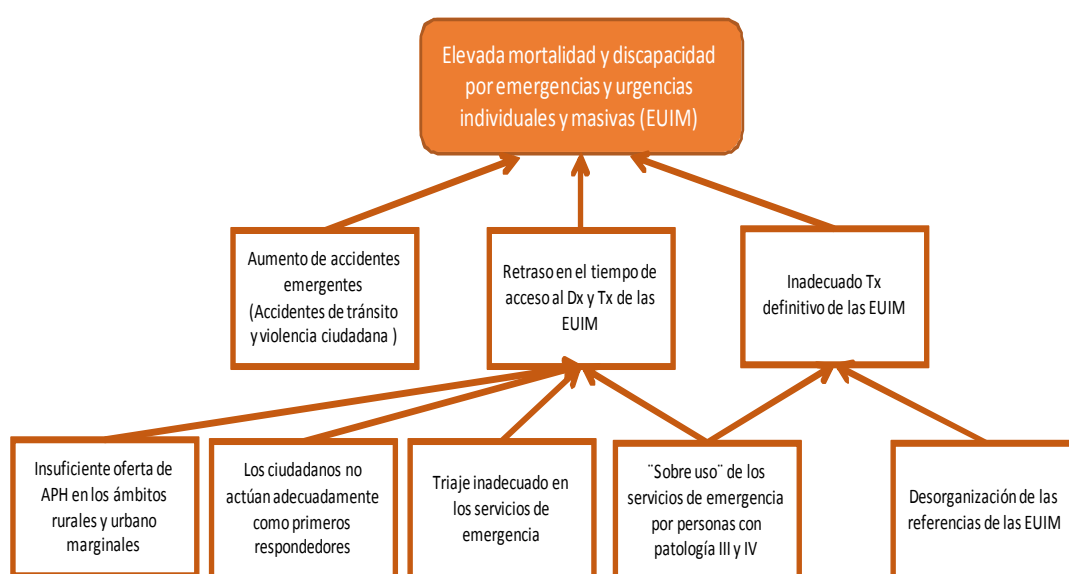
2.3.2 Árbol de problemas

La mortalidad por emergencias y urgencias individuales y masivas (EUIM) tiene tres grupos de factores (causas directas) establecidos según las investigaciones basadas en estudios observacionales principalmente. Una primera causa son las lesiones o accidentes o de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades se denominan causas externas que en el Perú según últimos estudios se deben principalmente a los accidentes de tránsito y por violencia ciudadana. Un segundo grupo de

factores son los tiempos para acceder al correcto diagnóstico y tratamiento de la emergencia (las demoras) y el tercero factor, muy documentado en la literatura, es el inadecuado tratamiento definitivo de las EUIM en los departamentos de emergencia. Las evidencias que sustentan tales relaciones son presentadas en la sección 2.2, pero solo limitado a las dos últimas causas.

Una segunda jerarquía se amplía luego de las causas directas: las causas indirectas que son Insuficiente oferta de APH en los ámbitos rurales y urbano marginales, los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores y el triaje inadecuado en los servicios de emergencia que generan retraso en el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de las EUIM. Para el inadecuado tratamiento definitivo de las EUIM se tiene como causa indirecta la desorganización de las referencias de las EUIM. Y de manera compartida el "Sobre uso" de los servicios de emergencia por personas con patología III y IV" responde como causa compartida de las dos causas directas previamente abordadas. (Gráfico 11)

Gráfico N° 11. Árbol de problemas



Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

La reducción del tiempo al acceso y tratamiento de la emergencia es un elemento imprescindible puesto que el factor tiempo es vital frente a la sobrevida y pronóstico de un paciente en emergencia

De otro lado, la capacidad de respuesta de los servicios de salud para el tratamiento definitivo de la emergencia, es importante que sea de la complejidad que necesita determinada emergencia, con el fin de garantizar la atención médica; sin embargo si se aborda solamente estas dos condiciones, aun no podemos garantizar que una emergencia será atendida en el momento y lugar oportuno, pues los hospitales del ámbito nacional se encuentra sobre saturados de pacientes que muchas veces no ameritan atención de emergencia, sino de urgencia y no permiten que la verdadera emergencia sea atendida con oportunidad y calidad, es por ello que se ha desarrollado productos para mitigar el sobreuso de los servicios de emergencia de los hospitales, a continuación se sustenta cada uno de estas condiciones con las evidencias respectivas. Así mismo, está involucrada la necesidad de desarrollar el triaje en los hospitales y organizar la oferta de referencias de urgencias y emergencias médicas.

Una causa importante que aporta al retraso en el acceso al diagnóstico y tratamiento es el poco desarrollo del componente pre hospitalario en áreas principalmente rurales y urbano marginales, así como el trabajo articulado con los ciudadanos para desarrollar una cultura de primer respondedor y se logre la cadena completa en el proceso de atención del paciente con el desarrollo de la referencia comunal.

Causa directa 1. Tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia

El traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular¹¹¹² y el infarto de miocardio¹³¹⁴ son las tres principales emergencias médicas reconocidas como altamente sensibles al tiempo. En estas emergencias médicas, el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa rápidamente por cada minuto adicional que transcurre entre el inicio de la emergencia y el acceso al tratamiento correcto.

En pacientes con infarto de miocardio que accedieron al tratamiento dentro de la primera hora de haberse presentado los síntomas, las reducción del tamaño de infarto fue de 51%, en aquellos que iniciaron entre 1 y 2 horas fue de 31% y en aquellos que accedieron al tratamiento 2 horas después, fue sólo de 13%.¹⁵ Asimismo se estima, que en éstos pacientes, por cada 15 minutos adicionales de demora en recibir el tratamiento, el riesgo de morir se incrementa en 1.6 veces.¹⁶ Otros investigadores documentan que por cada 30 minutos de demora en iniciar el tratamiento el riesgo de morir al año se incrementa en 7.5%.¹⁷

Esto se agrava más en localidades del país donde no existe una capacidad resolutive hospitalaria, se cuentan con establecimientos de primer nivel precarios y no existe un sistema de atención pre-hospitalario.

Causa indirecta 1.1. Insuficiente oferta de APH en los ámbitos rurales y urbano marginales

Las muertes ocasionadas por las lesiones ocurren en una de tres fases: inmediata o rápidamente como resultado de lesiones muy graves, durante la fase intermedia o subaguda (estas muertes se producen dentro de varias horas del incidente y a menudo son el resultado de condiciones que podrían tratarse) y en la fase tardía (muertes durante esta fase a menudo se producen días o semanas después de la lesión inicial y son el resultado de una infección, una insuficiencia de varios sistemas orgánicos u otras complicaciones tardías del traumatismo).¹⁸

Muchas lesiones fatales se pueden prevenir o su gravedad puede reducirse con la adecuada atención prehospitalaria para traumatismos¹⁹. Los principales beneficios de la atención prehospitalaria se dan durante la segunda fase del trauma, momento en que la provisión oportuna de atención puede limitar o detener la cascada de episodios que, de otra manera, derivarían rápidamente en la muerte o discapacidades permanentes. Sin atención prehospitalaria, muchas personas que, de otra manera posiblemente sobrevivirían a sus lesiones, mueren en el lugar del incidente o camino al hospital. La mayor parte de las muertes que se producen en las primeras horas después de la lesión se deben al compromiso de las vías respiratorias, insuficiencia respiratoria o hemorragias incontrolables.

¹¹ Marler JR, Tilley BC, Lu M, Brott TG, Lyden PC, Grotta JC, Broderick JP, Levine SR, Frankel MP, Horowitz SH, Haley EC Jr, Lewandowski CA, Kwiatkowski TP. Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. *Neurology*. 2000; 55: 1649–1655.

¹² Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, Brott T, Frankel M, Grotta JC, Haley EC Jr, Kwiatkowski T, Levine SR, Lewandowski C, Lu M, Lyden P, Marler JR, Patel S, Tilley BC, Albers G, Bluhmki E, Wilhelm M, Hamilton S. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet*. 2004;363:768–774.

¹³ Yusuf S, Collins R, Peto R, Furberg C, Stampfer MJ, Goldhaber SZ, Hennekens CH. Intravenous and intracoronary fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction: overview of results on mortality, reinfarction and side-effects from 33 randomized controlled trials. *Eur Heart J*. 1985; 6: 556–585.

¹⁴ Newby LK, Rutsch WR, Califf RM, Simoons ML, Aylward PE, Armstrong PW, Woodlief LH, Lee KL, Topol EJ, Van de Werf F. Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. *J Am Coll Cardiol*. 1996; 27: 1646–1655.

¹⁵ Simoons ML, Serruys PW, van den Brand M, Res J, Verheugt FW, Krauss XH, Remme WJ, Bar F, de Zwaan C, van der Laarse A, et al. Early thrombolysis in acute myocardial infarction: limitation of infarct size and improved survival. *J Am Coll Cardiol*. 1986;7: 717–728.

¹⁶ 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: 14–20.

¹⁷ Suryapranata, Jan Paul Ottavanger and Elliott M. Antman Myocardial Infarction : Every Minute of Delay Counts Time Delay to Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute. *Circulation* 2004, 109:1223-1225. doi: 10.1161/01.CIR.0000121424.76486.20

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos. Washington, D.C: OPS, © 2007. Publicación Científica y Técnica N° 625.

¹⁹ Husum H et al. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in low-income countries: a prospective study from north Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma*, 2003, 54:1188–96.

La rápida atención prehospitalaria también puede prevenir una cantidad de muertes posteriores producidas por traumatismos. En Canadá, se estudió 149 casos de hematoma subdural agudo post-trauma, con mortalidad del 40% y el tiempo pre-hospitalario incrementando estuvo asociado a mayor mortalidad²⁰

Otro estudio que valora si el tiempo prehospitalario incrementado está asociado a mortalidad por traumas en accidentes de vehículo en medios rurales se dio en Alabama, donde de 45,763 casos de trauma hubo 714 muertes, demostrándose la asociación de mayor tiempo prehospitalario, mayor mortalidad por este tipo de trauma en el medio rural.²¹

Causa indirecta 1.2. Los ciudadanos no actúan adecuadamente como primeros respondedores

Los primeros auxilios son técnicas y medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas para salvarles la vida, hasta disponer de un tratamiento especializado; pero no son un tratamiento médico.^{22,23} Se caracterizan por ser prestados en el lugar del accidente, de forma inmediata o lo más rápido posible, pero sobre todo, utilizando únicamente los elementos que se tengan alrededor.

En los primeros auxilios es un objetivo importante la conservación de la vida, además de evitar complicaciones físicas y psicológicas posteriores, aliviar el dolor y la ansiedad del afectado, ayudar a la recuperación y garantizar el traslado de las víctimas a un centro hospitalario.²⁴

En comunidades rurales, donde es posible que no haya un médico disponible, el enfermero o profesional paramédico de mayor experiencia debe cumplir esta función. Es importante que la responsabilidad de asegurar la disponibilidad y la calidad de la atención prehospitalaria se asigne a personas capacitadas en su comunidad, ya sea que se proporcione a través de proveedores remunerados de atención médica o voluntarios locales.^{25,26,27}

Causa indirecta 1.3. Triage inadecuado en los servicios de emergencia

Organización Panamericana de la Salud, en el Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias (2011) refiere que "existe un consenso generalizado, en que la calidad en la atención del paciente se beneficia de la implementación del triaje estructurado y de la categorización de la urgencia en los cuartos de urgencias. Además, el triaje estructurado se ha convertido en un componente fundamental y en piedra de toque de la gestión clínica de los cuartos de urgencias, del análisis de la casuística y de la comparación entre ellos. El triaje es ampliamente utilizado en la auditoria y en la mejora de la calidad de los cuartos de urgencias donde se aplica, habiendo demostrado un extraordinario potencial en la investigación. Aunque la estructuración del triaje en los cuartos de urgencias, basada en la evidencia científica disponible, aporta beneficios inmediatos y directos a los responsables de la gestión sanitaria, desde un punto de vista asistencial, la importancia de la disponibilidad de un sistema de triaje estructurado sobre pacientes y profesionales, se hace más aparente cuando la sobrecarga de los servicios aumenta y los recursos disponibles disminuyen, ya que es cuando más necesario se hace controlar el riesgo de los pacientes. Por otra parte, el análisis de

²⁰ Tien HC, Jung V, Pinto R, Mainprize T, Scales DC, Rizoli SB. Reducing time-to-treatment decreases mortality of trauma patients with acute subdural hematoma. *Ann Surg.* 2011 Jun;253(6):1178-83.

²¹ Gonzalez RP, Cummings GR, Phelan HA, Mulekar MS, Rodning CB. Does increased emergency medical services prehospital time affect patient mortality in rural motor vehicle crashes? A statewide analysis. *Am J Surg.* 2009 Jan;197(1):30-4. Epub 2008 Jun 16

²² Flabouris A, Bridgewater F. *An analysis of demand first aid care at a major public event.* Pre hospital and Disaster Medicine 11(1): 48-54. 1996.

²³ Cruz Roja Colombiana. *Respondiendo a una emergencia.* Departamento de Docencia Nacional Escuela de Primeros Auxilios Prevención y Desarrollo. Pereira. 2002

²⁴ Flabouris A, Bridgewater F. *An analysis of demand first aid care at a major public event.* Pre hospital and Disaster Medicine 11(1): 48-54. 1996.

²⁵ Organización Mundial de la Salud. *Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos.* Washington, D.C: OPS, © 2007. Publicación Científica y Técnica N° 625.

²⁶ Husum H et al. Rural prehospital trauma systems improve trauma outcome in lowincome countries: a prospective study from north Iraq and Cambodia. *Journal of Trauma.* 2003, 54:1188-96.

²⁷ Mock CN et al. Improvements in prehospital trauma care in an African country with no formal emergency medical services. *Journal of Trauma.* 2002, 53:90-7.

los tiempos de espera según el nivel de triaje proporciona una herramienta clara y comparable para definir el nivel de saturación que sufre un cuarto de urgencias en un momento dado".²⁸²⁹³⁰

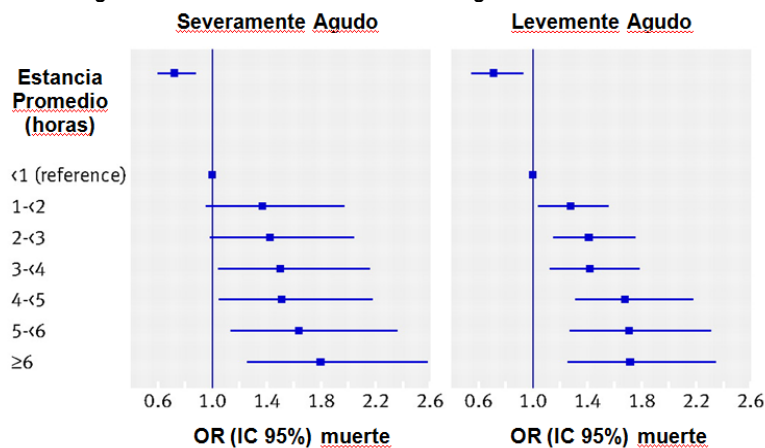
No abordar el triaje en los servicios de emergencia en los hospitales es una de las causas fundamentales que retrasa el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de las emergencias y urgencias individuales y masivas (EUIM).

Causa directa 2. Respuesta del paciente al manejo (diagnóstico y tratamiento) en el servicio emergencia

Consecuencia del sobre uso de los servicios de emergencia de los hospitales, éstos experimentan alteraciones en la realización de los procesos de cuidado y tratamiento de los pacientes afectando severamente la toma de decisiones médicas (menor tiempo para realizar procedimientos, observaciones más cortas del paciente, errores en la prescripción de medicamentos, tratamientos incompletos, inadecuada comunicación al alta, planes de tratamiento incompletos, errores en el diagnóstico).³¹³²³³

Uno de los estudios de mayor envergadura realizado en Canadá del tipo de cohorte retrospectivo a partir de una base de datos de más de 21 millones de registros, estableció que reducir una hora la estancia en emergencia reduce en 6.5% la mortalidad en pacientes severamente enfermos y en 12.7% en aquellos con cuadros agudos leves(Ver gráfico 12).³⁴

Gráfico N° 12 Riesgo de mortalidad a los siete días según horas de estancia en emergencia



Fuente: Astrid Guttman, *et al* Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.d2983.

La situación de pobreza sumada a la falta de acceso a servicios básicos como el agua y saneamiento, condiciona la ausencia a previsiones futuras de su salud.

²⁸ Gomez Jimenez J. Clasificación de pacientes en los Servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. Emergencias 2003; 15:165-174.

²⁹ Jelinek GA. Case-mix classification of patients attending hospital emergency departments in Perth, Western Australia. Development and evaluation of an urgency-based casemix information system for emergency departments. Doctor of Medicine Thesis. University of Western Australia. 1995.

³⁰ Beveridge R., Clarke B., Janes L., et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. Can J Emerg Med 1999; 1 (Suppl 3): S1-S24.

³¹ Mohsin M, Forero R, Ieraci S, Bauman AE, Young L, Santiano N. A population follow-up study of patients who left an emergency department without being seen by a medical officer. Emerg Med 2007;24:175-9

³² Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. JAMA 1991;266:1085-90.

³³ Atzema CL, Austin PC, Tu JV, Schull MJ. Emergency department triage of acute myocardial infarction patients and the effect on outcomes. Ann Emerg Med 2009;53:736-45.

³⁴ Astrid Guttman, *et al* Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.d2983.

Por tal razón la gente pobre adquiere fácilmente y se acostumbra a conllevar las enfermedades, padecer inseguridad ante la delincuencia o violencia, entre otros. En esta situación la población que padece pobreza es más proclive a las emergencias y urgencias.

Causa indirecta 2.1. Sobre uso del servicio de emergencia

Esta ha documentado la relación del sobre uso del servicio de emergencia con incremento de la mortalidad³⁵³⁶, deterioro de la calidad de la respuesta del servicio de emergencia (demora en el inicio del tratamiento³⁷³⁸³⁹, demora en el transporte de pacientes⁴⁰⁴¹⁴²⁴³), bloqueo del acceso al servicio de emergencia⁴⁴⁴⁵⁴⁶⁴⁷⁴⁸ (pacientes en los pasillos, pacientes que abandonan la emergencia), menor disponibilidad de prestadores para atender emergencias⁴⁹.

En la tabla 5C se evidencia este causal porque existe una población cuantificada en 106 provincias del Perú que contiene al 18% de la población peruana, alrededor de 5'246,5656 de habitantes que no cuentan con hospitales en su jurisdicción y migran a aquellas ciudades que cuentan con dichos establecimientos hospitalarios, principalmente a la ciudad de Lima.

Causa indirecta 2.2. Desorganización de las referencias de las EUIM

A fin de hacer buen uso de los recursos de un sistema de salud, es importante velar porque los problemas de salud se atiendan en el nivel que corresponde a su complejidad. No obstante, tomando la estructura de una red asistencial de salud como base, es frecuente observar, que los establecimientos de segundo y tercer nivel con recursos humanos y técnicos muy especializados, atienden problemas de salud sencillos en las emergencias. De esta manera los recursos del primer nivel son subutilizados, mientras que los establecimientos del segundo y tercer nivel se congestionan. A modo de ejemplo se podría dar la siguiente situación: una persona con una infección respiratoria va al hospital a tratarse en lugar de ser evaluado en un puesto o centro de salud. Los resultados de este comportamiento son doblemente negativos. No solo se pierde eficiencia productiva de manera importante, sino que la congestión de los establecimientos secundarios puede impedir la atención oportuna de casos más complejos, violando así, además, el principio de equidad vertical. Por otro lado y desde el punto de vista de la eficiencia económica, es importante asegurar que el servicio médico se brinde en aquel establecimiento donde se pueda entregar a menor costo, siempre partiendo del supuesto que el servicio se entrega con el mismo grado de calidad. El siguiente ejemplo ayuda a visualizar este aspecto⁵⁰⁵¹

³⁵ Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184:213-216.

³⁶ Sprivilis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184:208-212

³⁷ Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med.* 2004;44:577-585.

³⁸ Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, et al. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:270-275.

³⁹ Chen EH, Mills AM, Lee BY, et al. The impact of a concurrent trauma alert evaluation on time to head computed tomography in patients with suspected stroke. *Acad Emerg Med.* 2006;13: 349-352.

⁴⁰ Neely KW, Norton RL, Young GP. The effect of hospital resource unavailability and ambulance diversions on the EMS system. *Prehosp Disaster Med.* 1994;9:172-176.

⁴¹ Redelmeier DA, Blair PJ, Collins WE. No place to unload: a preliminary analysis of the prevalence, risk factors, and consequences of ambulance diversion. *Ann Emerg Med.* 1994; 23:43-47.

⁴² Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, et al. Emergency department gridlock and out-of-hospital delays for cardiac patients. *Acad Emerg Med.* 2003;10:709-716.

⁴³ Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, et al. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. *CMAJ.* 2003;168:277-283.

⁴⁴ Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, et al. Emergency department crowding: a point in time. *Ann Emerg Med.* 2003;42: 167-172.

⁴⁵ Burt CW, McCaig LF, Valverde RH. Analysis of ambulance transports and diversions among US emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;47:317-326

⁴⁶ Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, et al. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med.* 2005;23:288-294.

⁴⁷ Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA.* 1991;266:1085-1090.

⁴⁸ Rowe BH, Channan P, Bullard M, et al. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med.* 2006;13:848-852.

⁴⁹ Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, et al. The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Ann Emerg Med.* 2005; 45:110-117.

⁵⁰ Hospital Integrado San Miguel Arc-angel. Reportes de referencia y contrarreferencia 2000-2002. Documento técnico. 2003.

Tabla N° 6.1

Descripción de la causa 1	Tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia
Identifique si esta causa será abordada por el PP, justifique	El tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia es una causa fundamental del problema identificado puesto que el factor tiempo es vital frente a la sobrevivencia y pronóstico de un paciente en emergencia, por tanto basados en la evidencia de dicha relación de causalidad es que será abordado por el Programa Presupuestal a través de una serie de productos y actividades que serán programados e implementados sea en el pre-hospitalario, en los servicios de emergencia y servicios críticos Hospitalario e Interhospitalario.
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	El traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular ^[1] ^[2] y el infarto de miocardio^[3]^[4] son las tres principales emergencias médicas reconocidas como altamente sensibles al tiempo. En estas emergencias médicas, el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa rápidamente por cada minuto adicional que transcurre entre el inicio de la emergencia y el acceso al tratamiento correcto. La población que no tiene acceso a los servicios de salud principalmente hospitalarios, por ende a servicios de diagnóstico y tratamiento de las Emergencias y Urgencias y que demanda una atención son principalmente aquellas ubicadas en zonas de menor desarrollo, dispersas, rurales y por su condición de pobreza en los grupos etáreos más vulnerable como los niños menores de 5 años y adultos mayores. Esta población que no tiene acceso a servicios Hospitalarios corresponde a 106 provincias del Perú que contiene al 18% de la población peruana (alrededor de 5'246,5656 de habitantes según el INEI para el año 2011).
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Los atributos de la causa identificada están relacionados a la accesibilidad geográfica, y a la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos para la atención de la emergencia. En relación a la accesibilidad geográfica, esta representa un problema para un oportuno acceso a la atención prehospitalaria sobre todo en el ámbito rural donde la población se encuentra dispersa y muchas veces no existen vías de acceso terrestre siendo la alternativa el acceso fluvial o aéreo. La red vial en el Perú está compuesta por más de 78.000 km de carreteras (autopistas, carreteras asfaltadas y caminos afirmados). Sin embargo la mayor parte de las vías son caminos afirmados construidos en base a tierra y ripio, la cual predomina en la zona rural. En la publicación del INEI, "Estimaciones y proyecciones de la población de ambos sexos por años calendario y edades simples, 1970-2025"; se registran datos comparativos entre la zona urbana y rural, existiendo enormes brechas entre las poblaciones que nacen y viven en diferentes realidades, principalmente en la Tasa bruta de mortalidad (cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas durante un periodo determinado y la población media de ese periodo), los valores urbano y rural 2013 son 5,73 y 6,69 respectivamente; pero donde las diferencias se perciben con marcada desigualdad es en la TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. En la práctica se define como el cociente entre las defunciones de los niños menores de un año ocurridas en un periodo dado y los nacimientos ocurridos en el mismo lapso) los valores urbano y rural 2013 son 17,6 y 38,49 respectivamente, esta gran diferencia se proyecta mantenerse durante los siguientes decadas si no implementamos políticas sostenibles que garanticen un cambio en la población, el presente programa presupuestal pretende revertir esta realidad y reducir estas brechas. En relación a la disponibilidad de recursos para la atención prehospitalaria, ésta es deficiente, recayendo la labor hasta el 2011 en la Compañía General de Bomberos, la cual cuenta con ambulancias a nivel nacional la cual es insuficiente para cubrir dicha demanda.

⁵¹ Secretaría de Salud de Bogotá. Redes de servicios, una estrategia para aumentar la productividad en los hospitales distritales. www.saludcapital.gov.co/red. 2003.

Descripción de la causa 1	Tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de la emergencia
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	• INEI, "Estimaciones y proyecciones de la población de ambos sexos por años calendario y edades simples, 1970-2025"; • DECRETO SUPREMO N° 016-2002-SA. Aprueban 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. • RENAES 2011, MINSA • INEI Población Censada más la Población Omitida en el Empadronamiento. • MINSA-OGEI-OE - Población proyectada, 2008, 2009 y 2010. • Evidencias, tablas 6A, 6B y 6C.

Descripción de la causa 3	Respuesta del servicio de emergencia para el manejo (diagnóstico y tratamiento) del paciente
Identifique si esta causa será abordada por el PP, justifique	Esta causa será abordada por el Programa Presupuestal con productos y actividades a nivel de Hospitales, priorizando las emergencias de prioridad I y II, puesto que la respuesta oportuna y adecuada de los servicios de emergencia incide directamente sobre el pronóstico del paciente y sus probabilidades de supervivencia. Como consecuencia del sobre uso de los servicios de emergencia de los hospitales, éstos experimentan alteraciones en la realización de los procesos de cuidado y tratamiento de los pacientes afectando severamente la toma de decisiones médicas (menor tiempo para realizar procedimientos, observaciones más cortas del paciente, errores en la prescripción de medicamentos, tratamientos incompletos, inadecuada comunicación al alta, planes de tratamiento incompletos, errores en el diagnóstico).
Magnitud de causa (datos cuantitativos)	La deficiente respuesta de los servicios de emergencia incrementa la mortalidad en pacientes severamente enfermos y en los cuadros agudos leves. Según uno de los estudios de mayor envergadura realizado en Canadá del tipo de cohorte retrospectivo a partir de una base de datos de más de 21 millones de registros, se estableció que reducir una hora la estancia en emergencia reduce en 6.5% la mortalidad en pacientes severamente enfermos y en 12.7% en aquellos con cuadros agudos leves, es decir, una respuesta oportuna y adecuada permitirá una estancia menor en los servicios de emergencia lo que a su vez producirá una reducción importante de la mortalidad, en mayor medida en los cuadros agudos leves.
Atributos de la causa (datos cuantitativos)	Los principales atributos de la causa identificada son la oportunidad y calidad de la respuesta de los servicios de emergencia. Tenemos que en el 2007, la satisfacción del usuario en la emergencia del Hospital Grau fue de tan sólo 33%, mientras que el 67% restante declaró estar insatisfecho. Así mismo otro estudio en el 2010 realizado en el Hosp. Daniel Alcides Carrión encontró que sólo el 48% se encuentra satisfecho, mientras que el 52% se encontraba insatisfecho [1].
Evidencia que justifique la relación de causalidad respectiva (cite la evidencia de la Nota I)	B.3. Estudios de cohorte

Evidencias:

Tabla 6A. Tabla de evidencias.

Titulo	Autor	Año	Región geográfica	Fuente de información	Relación causal abordada	Comentarios
Intravenous and intracoronary fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction: overview of results on mortality, reinfarction and side-effects from 33 randomized controlled trials	Yusuf S, Collins R, Peto R, Furberg C, Stampfer MJ, Goldhaber SZ, Hennekens CH.	1985		Revisión de 33 ensayos clínicos randomizados	Pronto acceso al tratamiento y mortalidad por infarto al corazón	El tratamiento temprano reduce en 22% el riesgo de morir por infarto de miocardio. NE: Revisión de 33 experimentos clínicos randomizados
Time from symptom onset to treatment and outcomes after thrombolytic therapy. GUSTO-1 Investigators. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 1996; 27: 1646–1655.	Newby LK, Rutsch WR, Califf RM, Simoons ML, Aylward PE, Armstrong PW, Woodlief LH, Lee KL, Topol EJ, Van de Werf F.	1996	USA North Carolina	Primaria	Pronto acceso al tratamiento y mortalidad por infarto al corazón	La mortalidad 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%. NE: Estudio observacional prospectivo
Early thrombolysis in acute myocardial infarction: limitation of infarct size and improved survival. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 1986;7: 717–728	Simoons ML, Serruys PW, van den Brand M, Res J, Verheugt FW, Krauss XH, Remme WJ, Bar F, de Zwaan C, van der Laarse A, et al.	1986	USA	Primaria	Pronto acceso al tratamiento y secuelas por infarto al corazón	En pacientes que se inicio el tratamiento dentro de la primera hora de haberse presentado los síntomas, las reducción del tamaño de infarto fue de 51%, en aquellos que se inicio entre 1 y 2 horas fue de 31% y en aquellos que accedieron al tratamiento 2 horas después, 13%. NE: Estudio observacional prospectivo
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. <i>Circulation.</i> 1999;100: 14–20	Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, Granger CB, Criger DA, Betriu A, Topol EJ, Califf RM.	1999	USA	Primaria	Pronto acceso al tratamiento y mortalidad por infarto al corazón	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. NE: Ensayo clínico randomizado
Myocardial Infarction : Every Minute of Delay Counts Time Delay to	Suryapranata, Jan Paul Ottervanger	2004	USA	Primaria	Pronto acceso al tratamiento	Cada 30 minutos de demora en iniciar el tratamiento el riesgo

Titulo	Autor	Año	Región geográfica	Fuente de información	Relación causal abordada	Comentarios
Treatment and Mortality in Primary Angioplasty for Acute. <i>Circulation</i> 2004; 109:1223-1225. doi: 10.1161/01.CIR.0000121424.76486.20	and Elliott M. Antman				y mortalidad por infarto de miocardio	de morir al año se incrementa en 7.5%. NE: Observacional cohorte única
. Early stroke treatment associated with better outcome: the NINDS rt-PA stroke study. <i>Neurology</i> : 2000; 55: 1649–1655	Marler JR, Tilley BC, Lu M, Brott TG, Lyden PC, Grotta JC, Broderick JP, Levine SR, Frankel MP, Horowitz SH, Haley EC Jr, Lewandowski CA, Kwiatkowski TP	2000	USA	Primaria	Pronto acceso al tratamiento y discapacidad pos accidente cerebro vascular.	Los pacientes que recibieron tratamiento en los primeros 90 minutos su RR de no presentar discapacidad fue de 2.11, cuando lo reciben entre 91 y 180 minutos el RR fue de 1.69. NE: Observacional cohortes
Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. <i>Lancet</i> . 2004;363:768–774.	Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, Brott T, Frankel M, Grotta JC, Haley EC Jr, Kwiatkowski T, Levine SR, Lewandowski C, Lu M, Lyden P, Marler JR, Patel S, Tilley BC, Albers G, Bluhmki E, Wilhelm M, Hamilton S.	2004	USA	Primaria	Pronto acceso al tratamiento y discapacidad pos accidente cerebro vascular	El RR de ausencia de discapacidad en funcion del tiempo fue 2.8 (95% CI 1.8-4.5) para 0-90 min, 1.6 (1.1-2.2) para 91-180 min, 1.4 (1.1-1.9) para 181-270 min, y 1.2 (0.9-1.5) para 271-360 min a favor de los que recibieron tratamiento. El riesgo relativo de morir fue de 1.45 para los que recibieron tratamiento después de los 270 minutos. NE: Ensayo clínico rand.

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

Tabla 6B. Tabla de evidencias.

Título	Autor	Año	Región geográfica	Fuente de información	Relación causal abordada	Comentarios
Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding	Richardson DB.	2006		Primaria	Sobre uso de emergencia incrementa la mortalidad en pacientes en situación de emergencia	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. NE observacional
The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments.	Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al.	2006	Australia	primaria	Sobre uso de emergencia incrementa la mortalidad en pacientes en situación de emergencia	Se incrementa el riesgo de mortalidad alrededor de 30% cuando la tasa de ocupación es del 100%. NE: estudio observacional

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

Tabla 6C. Tabla de evidencias.

Título	Autor	Año	Región geográfica	Fuente de información	Relación causal abordada	Comentarios
Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 2011; 342 doi: 10.1136/bmj.d2983	Astrid Guttmann, et al	2011	Canadá Ontario	primaria	Efecto de la capacidad de respuesta del servicio de emergencia y la mortalidad.	Reducir una hora la estancia en emergencia reduce en 6.5% la mortalidad en pacientes severamente enfermos y en 12.7% en aquellos con cuadros agudos leves. NE: Estudio de cohortes

Elaboración. Ministerio de Salud. 2016

Estudios basados en población documentan una mejora entre 15 y 20% la probabilidad de sobrevivir en aquellas personas que padecieron lesiones graves luego de la implementación de un sistema de atención de las lesiones traumáticas o de un sistema de atención de emergencias.⁵² En 8 de 11 artículos consistentemente demuestran reducciones entre 15 y 20 % del riesgo de morir.⁵³ En estados de los EUA donde se implementó los sistemas de emergencia la mortalidad por lesiones es 9% menos en comparación

⁵² Mullins RJ, Mann NC. Population-based research assessing the effectiveness of trauma systems. J Trauma. 1999 Sep;47(3 Suppl):S59-66

⁵³ Jurkovich GJ, Mock C. Systematic review of trauma system effectiveness based on registry comparisons. J Trauma. 1999 Sep;47(3 Suppl):S46-55.

donde no se implementó, y en caso de la mortalidad por accidentes de tránsito es 17% menos.⁵⁴ En otro estudio, diez años después de la implementación del sistema, la mortalidad por accidentes de tránsito se ha reducido en 8%.⁵⁵ La tasa de letalidad por accidente de tránsito fue significativamente menor en aquellos condados con “shock trauma” en comparación con aquellos sin “shock trauma” (17.7 vs 33.4 por cien mil personas) independientemente de la edad, uso de alcohol, velocidad, ubicación del accidente y disponibilidad de recursos pre hospitalarios.⁵⁶ También se documentó una relación dosis efecto, conforme progresivamente se va implementando el sistema, al primer año pos implementación el RR por mortalidad fue de 0.92, al segundo de 0.89, al tercero de 0.70 y al cuarto de 0.65.⁵⁷ Un metanálisis sobre 14 artículos, mostró una reducción de 15% en la mortalidad a favor de la presencia de un sistema de trauma.⁵⁸ (tabla 6D)

Tabla 6D. Tabla de evidencias.

Título	Autor	Año	Región geográf.	Fuente de informac.	Relación causal abordada	Comentarios
A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Outcome of Severely Injured Patients Treated in Trauma Centers Following the Establishment of Trauma Systems . <i>J Trauma</i> . 2006;60:371–378. DOI: 10.1097/01.ta.0000197916.99629.eb	<i>Brian Celso, PhD, et al.</i>	2006	USA	primaria	Efecto del Sistema de Trauma (sistemas de emergencia) en la reducción de la mortalidad	El meta análisis de 14 estudios observacionales estima en 15% la reducción de la mortalidad como consecuencia de implementar un sistema de emergencias en USA NE: Meta análisis de estudios observacionales
Rural Prehospital Trauma Systems Improve Trauma Outcome in Low-Income Countries: A Prospective Study from North Iraq and Cambodia	<i>Hans Husum, et al.</i>	2003	Irak, cambodia	primaria	Efecto del Sistema de Trauma (sistemas de emergencia) en la reducción de la mortalidad	Se determinó una reducción de 23.9% a 8.8% con la implementación del sistema NE: Estudios observacionales, prospectivo
Risk of Death among Cases Attending South Australian Major Trauma Services after Severe Trauma: The First 4 Years of Operation of a State Trauma System	<i>Peter W. Brennan, et al.</i>	2002	Australia	primaria	Efecto del Sistema de Trauma (sistemas de emergencia) en la reducción de la mortalidad	La disminución del riesgo de mortalidad por cada año calendario posterior a la implementación del sistema fue menor. 0.86 para 1998, 0.60 para 1999, 0.45 para el 2000. NE: Estudios observacionales,

⁵⁴ Nathens AB, Jurkovich GJ, Rivara FP, Maier RV. Effectiveness of state trauma systems in reducing injury-related mortality: a national evaluation. *J Trauma*. 2000 Jan;48(1):25-30; discussion 30-1.

⁵⁵ Avery B. Nathens, MD, PhD; Gregory J. Jurkovich, MD; Peter Cummings, MD, MPH; Frederick P. Rivara, MD, MPH; Ronald V. Maier, MD. The Effect of Organized Systems of Trauma Care on Motor Vehicle Crash Mortality. *JAMA*. 2000;283(15):1990-1994. doi:10.1001/jama.283.15.1990.

⁵⁶ Papa L, Langland-Orban B, Kallenborn C, Tepas JJ 3rd, Lottenberg L, Celso B, Durham R, Flint L.. Assessing effectiveness of a mature trauma system: Association of trauma center presence with lower injury mortality rate. *J Trauma*. 2006 Aug;61(2):261-6; discussion 266-7.

⁵⁷ Kobi Peleg, PhD, MPH; Limor Aharonson-Daniel, PhD; Michael Stein, MD; Yoram Kluger, MD; Moshe Michaelson, MD; Avraham Rivkind, MD; Valentina Boyko, MSc; the Israel Trauma Group. **Increased Survival Among Severe Trauma Patients.** *Arch Surg*. 2004;139:1231-1236.

⁵⁸ Celso B, Tepas J, Langland-Orban B, Pracht E, Papa L, Lottenberg L, Flint L.. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. *J Trauma*. 2006 Feb;60(2):371-8; discussion 378.

Título	Autor	Año	Región geográf.	Fuente de informac.	Relación causal abordada	Comentarios
						prospectivo
Low-Cost Improvements in Prehospital Trauma Care in a Latin American City J Trauma. 2000 Jan;48(1):119-24.	Carlos Arreola-Risa, et al.	2000	América Latina	Primaria	Efecto del Sistema de Trauma (sistemas de emergencia) en la reducción de la mortalidad	El porcentaje de pacientes que fallecieron durante el traslado se redujo de 8.2% a 4.7%. NE: observacional prospectivo
Effectiveness of state trauma systems in reducing injury related Mortality: a evaluation national J Trauma. 2000 Jan;48(1):25-30;	Nathens, A. et al.	2000	USA	primaria	Efecto del Sistema de Trauma en la reducción de la mortalidad	18% de reducción de la mortalidad luego del sistema de trauma
Mortality Decreases by Implementing a Level I Trauma Center in a Dutch Hospital J Trauma. 2010;69: 1138–1142.	Anique T. E. Spijkers, et al.	2010	Alemania	primaria	Efecto del Sistema de Trauma en la reducción de la mortalidad	El OR asociado a la mortalidad vinculado con la presencia de sistemas de emergencia fue de 0.606. Eso equivale a una reducción de 40% en el riesgo de morir
Comparing costs and quality of care at retail clinics with that of other medical settings for 3 common illnesses. Ann Intern Med. 2009;151(5):321-328.	Mehrotra A, Liu H, Adams JL, et al.	2009	USA	primaria	Efecto de reducción de costos por la atención de urgencias en Clínicas Retail	Reducción de costos para 3 enfermedades comunes entre clínicas Retail vs consultorios médicos, centros de urgencias y servicios de emergencia
Impact of retail medicine on standard costs in primary care: a semiparametric analysis.	Rohrer JE, Angstrom KB, Bartel GA.	2009	USA	primaria	Efecto de la medicina Retail sobre los costos en la atención primaria	Reducción de costos médicos por paciente durante 6 meses después de la visita inicial.

III. DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 Resultado específico

En la siguiente tabla se describe el resultado específico junto a sus principales atributos. Es necesario acotar que el resultado específico propuesto se vincula con el Objetivo Nacional del Plan Bicentenario al 2021: **Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos**, este objetivo busca lograr que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para desarrollarse, lo que implica tener acceso a servicios básicos de calidad, en particular educación y salud.

También el Eje 2: Oportunidades y acceso a los servicios, propuesto por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, dentro del Plan Bicentenario al 2021, adicionalmente, el resultado específico a proponerse también se vincula a lo indicado en la 2ª Objetivo del Acuerdo Nacional: Equidad y justicia social: 13ª Política: Acceso universal a servicios de salud y seguridad social.

Tabla N° 07. Problemas identificados y .los resultados específicos

Problema identificado	Resultado específico
Existencia de alta tasa de mortalidad por emergencias y urgencias médicas	Reducción de la mortalidad por urgencias y emergencias Médicos.
En relación al resultado planteado, responda:	
¿A quién beneficiará? (población objetivo)	A toda persona en situación de emergencia o urgencia en el ámbito nacional, que comprende 9'929,893 personas según las proyecciones del INEI para el año 2017.
¿Cuál es el cambio que se producirá? (variable o factor)	Se disminuirá la tasa de mortalidad por causas externas.
¿En qué proporción se dará el cambio?	Considerando la estadística* siguiente: 2006: 65 x 100,000 habitantes 2007-2009: 72.4 x 100,000 habitantes 2012: 70.2 x 100,000 habitantes Se proyecta: 2015: 69.2 X 100,000 HABITANTES 2016: 68.2 X 100,000 HABITANTES 2017: 67.2 X 100,000 HABITANTES 2018: 66.2 X 100,000 HABITANTES * OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas.
¿En qué tiempo?	En años (2017-2018)

Elaboración: Ministerio de Salud. 2016

3.2 Análisis de los medios

Para desarrollar el análisis de medios se están tomando en cuenta el árbol de problemas desarrollado. Los medios se identifican para la identificación de posibles soluciones, como se evidencia en el gráfico N° 13.

Gráfico N° 13



Elaboración: Ministerio de Salud. 2016

3.3 Análisis de las Alternativas

Las alternativas identificadas por cada medio son las siguientes

Tabla N° 08A. Alternativas identificadas por cada medio

Descripción del medio 1	Disminución del tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de las emergencias y urgencias individuales y masivas.
Alternativa de intervención 1	Implementación de un sistema de atención pre hospitalario (APH)
Alternativa de intervención 2	Participación del ciudadano como primer respondedor
Alternativa de intervención 3	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios en triaje
Descripción del medio 2	Incremento de la respuesta al tratamiento definitivo de las emergencias y urgencias individuales y masivas.
Alternativa de intervención 1	Articulación de los servicios de emergencia hospitalarios para la atención de emergencias y/o urgencias.
Alternativa de intervención 2	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios
Alternativa de intervención 3	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)

Alternativa 1, 2 y 3 de ambos medios son complementarias.

3.3.1 Análisis de efectividad de las alternativas de intervención

La identificación de las evidencias respecto a las alternativas de intervención identificadas son las mostradas en las siguientes tablas.

Tablas N° 08B. Evidencias respecto a las alternativas de intervención identificadas

Alternativa de intervención identificada	Implementación de un sistema de atención pre hospitalario (APH)
Descripción breve de la alternativa de intervención	Intervención diseñada para extender los servicios médicos hospitalarios a la población, a través de la interacción de una compleja red de transportación, comunicación, recursos materiales y humanos, recursos económicos y participación pública, con base en las necesidades de la comunidad, de acuerdo con leyes y reglamentos establecidos. Su implementación se da través de la creación de centros reguladores para la atención telefónica de urgencias y/o emergencias, así como la atención en foco o inicial, la coordinación y traslado en unidades móviles para la atención definitiva en servicios de emergencias hospitalarios cuyo nivel resolutivo esté de acuerdo a la complejidad del caso.
Identifique si esta intervención viene siendo ya ejecutada	El desarrollo del SAMU se ha venido dando desde el 2013, con una implementación progresiva a nivel nacional.
Evidencia que justifique la efectividad de la alt.	A1 Revisión sistemática usando meta - análisis
Alternativa de intervención identificada	Participación del ciudadano como primer respondedor
Descripción breve de la alternativa de intervención	La evidencia científica ha demostrado que la enseñanza de una adecuada práctica de Primeros Auxilios en la comunidad, contribuye con el cambio en la estructura de mortalidad. Estos estudios se han evaluado en las Américas en instituciones de educación media y en comunidad en general.
Identifique si esta intervención viene siendo ya 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.1. Estudios observacionales con algún control de sesgos

Alternativa de intervención identificada	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios en triaje
Descripción breve de la alternativa de intervención	El triaje o clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias y emergencias es un proceso sanitario fundamental de la asistencia, que se ha de realizar en un ambiente adecuado, y ha de ser llevado a cabo por profesionales cualificados y entrenados. El proceso de triaje lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o priorización de la asistencia. La clasificación de los pacientes se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para que el proceso no pierda su razón primaria de ser, que es garantizar la seguridad de los pacientes que esperan para ser atendidos por el médico. Los pacientes más urgentes serán asistidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta poder ser atendidos por el equipo médico
Identifique si esta intervención viene siendo ya ejecutada	Se viene ejecutando de manera no estructurada y no en todos los hospitales.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C.1.Estudios observacionales con algún control de sesgos

Alternativa de intervención identificada	Articulación de los servicios de emergencia hospitalarios para la atención de emergencias y/o urgencias.
Descripción breve de la alternativa de intervención	Se refiere a la articulación de un conjunto de servicios de emergencia bajo criterios de COMPLEMENTARIEDAD e INTEGRALIDAD que busca brindar atención eficiente y de calidad a la población en el ámbito de intervención. Incluye desde la operativización de redes funcionales hasta la prestación de los servicios de traslado de pacientes no críticos (no emergencia), traslado de pacientes en situación crítica, entre otros.
Identifique si esta intervención viene siendo ya ejecutada	Actualmente se presta el servicio a través del sistema de referencia y contrareferencia, sin embargo no existe la articulación de los servicios de emergencia del sector a través de redes funcionales hospitalarias.
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C.1.Estudios observacionales con algún control de sesgos

Alternativa de intervención identificada	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios
Descripción breve de la alternativa de intervención	Intervención que se constituye en el mejoramiento de los servicios de emergencia en el ámbito de intervención del Programa, la cual consiste en mejorar los factores que afectan la calidad de los servicios de emergencia, 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.
Identifique si esta intervención viene siendo ya ejecutada	Se viene ejecutando parcialmente, la cobertura aún es insuficiente debido al déficit en los componentes de infraestructura y recursos humanos
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C.1.Estudios observacionales con algún control de sesgos

Alternativa de intervención identificada	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.
Identifique si esta intervención viene siendo ya ejecutada	No se está realizando esta actividad
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C.1. Estudios observacionales retrospectivos

Tablas N° 08.C

Medio 1. Disminución del tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de las emergencias y urgencias individuales y masivas.		El acceso a las atenciones de salud requiere el compromiso del ciudadano en lo que le corresponde como primer respondedor, el desarrollo de un sistema de atención pre-hospitalaria y un triaje en los establecimientos de salud para se asegure el rápido acceso de las emergencia y urgencias individuales y masivas				
ID	Alternativa de intervención	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa Seleccionada
1	Implementación de un sistema de atención pre hospitalario (APH)	X	X	1	1	X
2	Participación del ciudadano como primer respondedor	X	X	3	3	X
3	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios en triaje	X	X	2	2	X
Medio 2. Incremento de la respuesta al tratamiento definitivo de las emergencia y urgencias individuales y masivas		Para disminuir la mortalidad y discapacidad por emergencia y urgencias individuales y masivas se requiere asegurar la integralidad y calidad de la atención en las áreas críticas en los establecimientos de salud evitando ineficiencia de recursos en personas con patologías que no ameritan el manejo en las áreas críticas.				
ID	Alternativa de intervención	Complementariedad	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Alternativa Seleccionada
1	Articulación de los servicios de emergencia hospitalarios para la atención de emergencias y/o urgencias individuales y masivos	X	X	2	2	X
2	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios	X	X	1	1	X
3	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)	X	X	3	3	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 09.

Medios Fundamentales		Intervenciones seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Disminución del tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de las emergencias y urgencias individuales y masivas.	1	Implementación de un sistema de atención pre hospitalario (APH)	1	Atención medica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador
				2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia
				3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva
		2	Participación del ciudadano como primer respondedor	4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas
		3	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios en triaje	5	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud
2	Incremento de la respuesta al tratamiento definitivo de las emergencia y urgencias individuales y masivas	4	Articulación de los servicios de emergencia hospitalarios para la atención de emergencias y/o urgencias individuales y masivas	6	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual
		5	Fortalecimiento de los servicios de emergencia hospitalarios	=5	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud
		6	Implementación de servicios de atención ambulatoria diferenciada de urgencias (Prioridades III y IV)	=5	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud

Tabla N° 10

Denominación del Producto 01:	ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR					
Grupo Poblacional que recibe el producto	Población en situación de Emergencias y Urgencias individual y masiva.					
Responsable del Diseño del Producto:	Ministerio de Salud: Oficina General de Defensa Nacional (OGDN)					
Responsable de la entrega del producto:	Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) Gerencias Regionales de Salud (GERESA)					
Identifique los niveles de gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de atenciones médicas telefónicas de la emergencia.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de atenciones médicas telefónicas en el centro regulador cuyo tiempo de respuesta es inferior a 60 segundos.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en dos actividades:					

	1. El servicio de atención telefónica de la Emergencia a cargo del operador, comprende la recepción, discriminación y/o derivación de las llamadas telefónicas de emergencias, urgencias o referencias al médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU). Denominada: servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106". 2. La recepción, evaluación, consejería y/o orientación Médica de la llamada de emergencia (prioridad I) o urgencia mayor (prioridad II). Denominada: atención médica telefónica de la emergencia. Se implementa mediante la organización, fortalecimiento de capacidades, equipamiento y puesta en marcha del CRUE-SAMU, que funciona las 24 horas del día durante todo el año con personal profesional y técnico capacitado, con recursos tecnológicos y de comunicación organizados; y cuyo contacto inicial de solicitud de atención lo realizan las personas a través del servicio de asistencia telefónica asignado con el número "106". Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional.
2.- Organización para la entrega del producto	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional DIRESAs/GERESAs: - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
3.- Criterios de programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: La programación de la meta física del producto, determinada por la actividad de atención médica telefónica de la emergencia según sus avances en años anteriores es el 8% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitalario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 386,789 atenciones Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAs y GERESAs.
4.- Método de agregación de actividades a producto	La meta del producto está determinada por la meta de la actividad de la atención médica telefónica de la emergencia
5.- Flujo de procesos	

Denominación del Producto 02		DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación a Emergencias y Urgencias individual y masiva						
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud: Oficina General de Defensa Nacional (OGDN)						
Responsable de la Entrega del Producto	Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) Hospitales e Institutos que son unidades ejecutoras.						
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL		
Indicador de Producción Física del Productos	N° de atenciones de despacho de la unidad móvil.						
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de Despachos efectivos realizadas en centro regulador.						
Modelo operacional del producto							
1.- Definición operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en dos actividades: 1. Verificación de la oferta de servicios de salud disponibles, indicando la movilización del recurso móvil, así como la disponibilidad y accesibilidad al lugar de la emergencia. Denominada: despacho de la unidad móvil SAMU. 2. Evaluación de la solicitud del transporte asistido a la emergencia del EESS, quien a su vez verifica la oferta de servicios de salud disponible para la coordinación con el posible establecimiento de destino y comunica la aceptación de la solicitud. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional. En las DIRESAS o GERESAS a través de la CRUE del SAMU y en los hospitales e institutos.						
2.- Organización para la entrega del producto	<u>Nivel Nacional</u> MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución IGSS - Implementación del CRUE - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <u>Nivel Regional</u> DIRESAs/GERESAs - Implementación del CRUE - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades						
3.- Criterios de programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: La programación de la meta física del producto, determinada por la actividad de						

Denominación del Producto 02	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA
	despacho de la unidad móvil SAMU según sus avances en años anteriores es el 2% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitalario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 96,697 despachos. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAS y GERESAS
4.- Método de agregación de actividades a producto	Las metas del producto está determinada por la meta física de la actividad de despacho de la unidad móvil SAMU en las CRUEs de DIRESAS y GERESAS y en hospitales e institutos
5.- Flujo de procesos	

Denominación del Producto 03	ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación a Emergencias y Urgencias individual y masiva					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud: Oficina General de Defensa Nacional (OGDN)					
Responsable de la Entrega del Producto	Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) Redes de salud					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de Producción Física del Productos	N° de atenciones					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de APH realizadas con un tiempo de rodaje menor a diez minutos					
	Porcentaje de Hogares Urbanos cuya población manifestó cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención médica inmediata.					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en el servicio de atención pre-hospitalaria (transporte primario) a través del transporte asistido individual de pacientes en unidades terrestres, aéreas y acuáticas; y el transporte asistido masivo de pacientes frente a emergencias masivas en zonas de alta siniestralidad y desastres. Las unidades cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención básica en foco y para el transporte asistido de pacientes, si la condición clínica lo requiere, previa coordinación de la CRUE a los establecimientos de salud destino de la referencia. Otro componente es el servicio de atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria, orientado al manejo de las urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria antes de la llegada del paciente al EESS y así se evite saturar las emergencias con prioridades III y IV, por ejemplo, en una fiesta patronal, conciertos o eventos donde hay aglomeración de personas es probable que existan víctimas de contusiones, desequilibrios hidroelectrolíticos leves, cefaleas, cuadros de ansiedad que son tratados en el escenario donde suceden. Este tipo de eventos no requiere una ambulancia como tal, sino un módulo ambulatorio preparado para una atención masiva dada las características de la aglomeración de personas.					

Denominación del Producto 03	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA
	Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios, adquisición, mantenimiento y reparación de ambulancias y módulos ambulatorios. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional por la DIRESA o GERESA a través del SAMU y en las redes de salud en sus establecimientos de salud que cuenten con ambulancias.
2.- Organización para la entrega del producto	Nivel Nacional: MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Contratación de personal para la atención pre-hospitalaria - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel Regional DIRESAs/GERESAs (SAMU) y Redes de salud (EESS de primer nivel de atención) - Contratación de personal para la atención pre-hospitalaria - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel local: Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales: - Fortalecimiento de capacidades del personal para las actividades de las atenciones masivas con unida móvil y módulos ambulatorios. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia de las actividades de las atenciones masivas con unida móvil y módulos ambulatorios. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias y almacenamiento de módulos ambulatorios de las actividades de las atenciones masivas con unida móvil y módulos ambulatorios..
3.- Criterios de programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs y Redes de Salud: La programación de la meta física del producto, determinada por la actividad de atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia masiva e individual según sus avances en años anteriores es el 1.53% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 73,973 habitantes (APH). Para efectos de las actividades las emergencias individuales obedecen al 1,3% y las masivas al 0.23%. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAs y GERESAs y redes de salud
4.- Método de agregación de actividades a producto	La meta del producto lo determina la suma de las metas físicas de las actividades: Servicio de atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia masiva e individual.
5.- Flujo de procesos	

Denominación del Producto 04	POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población que se encuentra en zona rural o urbano marginal					
Responsable del Diseño del Producto	Ministerio de Salud: Oficina General de Defensa Nacional (OGDN)					
Responsable de la Entrega del Producto	Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) con establecimiento de salud a su cargo. Redes de Salud					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de Producción Física del Productos	N° comunidades preparadas para la atención de la emergencia y urgencias individual y masiva					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de comunidades que han desarrollado conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas a los tres meses de haber sido entrenadas					
Modelo operacional del producto						
1.- Definición operacional	Este producto permite capacitar a las personas de comunidades rurales o urbano marginales, que son de difícil acceso al SAMU, en temas de primeros auxilios, de tal manera que permita reducir los efectos que las emergencias y urgencias individuales y masivas tienen sobre la salud, a través de voluntarios en salud, "Agentes Comunitarios de Salud" capacitados en base a instrumentos técnicos en relación a Primeros Auxilios y Transporte de Pacientes y referencia comunal, realizados en las comunidades priorizadas, utilizando para ello los insumos requeridos. Es crítico desarrollar las capacidades para que la comunidad pueda realizar las referencias comunales en salud. Para ello se desarrolla 01 taller de 8 horas efectivas (8 horas por día), siendo la cantidad de participantes alrededor de 30 personas que pertenecen a la misma comunidad. El taller ha de ser desarrollado físicamente en la misma comunidad. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local, desarrollada por DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud a su cargo y Redes de Salud.					
2.- Organización para la entrega del producto	Nivel nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de documentos normativos en relación a la organización y entrenamiento de comunidades frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas. IGSS (Redes de salud) - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia. - Programa e implementa la actividad en los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Desarrollo de talleres en coordinación con los EESS priorizados y los gobiernos locales (DIRESA con EESS y redes). Nivel Regional DIRESAs/GERESAs con EESS asignados y Redes - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia.					

Denominación del Producto 04	POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS
	- Programa e implementa la actividad en los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Desarrollo de talleres en coordinación con los EESS priorizados y los gobiernos locales (DIRESA con EESS y redes). Nivel Local - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia, coordinando con el sector salud de la localidad. - Programa e implementa la actividad en los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Apoya en el desarrollo de talleres con las comunidades priorizadas de los EESS y los gobiernos locales priorizados (DIRESA con EESS y redes).
3.- Criterios de programación	DIRESAs/GERESAs con establecimiento de salud asignados, Redes de Salud: Su meta son las comunidades priorizadas según proyección presupuestal. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Oficinas de Defensa Nacional / Unidades de Gestión de Riesgos de Desastre a nivel de las redes del IGSS y en DIRESAs, GERESAs con establecimientos de salud asignados y Redes de salud.
4.- Método de agregación de actividades a producto	La meta del producto lo determina la meta física de la actividad Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas
5.- Flujo de procesos	

Denominación del Producto 05		TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL				
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación de emergencia y urgencia.					
Responsable del Diseño del Producto	Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud.					
Responsable de la Entrega del Producto	DIRESA/GERESA con establecimiento de Salud. Redes de Salud. Hospitales e Institutos.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de Producción Física del Productos	Cantidad de trasportes asistidos.					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de transporte asistido de pacientes estables no críticos realizados según protocolo.					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva que esté en un establecimiento de salud.					

Denominación del Producto 05	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL
	Consiste en el servicio de transporte asistido secundario (de un establecimiento de salud a otro) y terciario (de un establecimiento de salud hacia un servicio médico de apoyo para el diagnóstico o tratamiento especializado, retornando luego el paciente a su establecimiento de origen) de pacientes en condición de emergencia y urgencia a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas. Las unidades cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención, previa coordinación del CRUE quien coordinará con los establecimientos de salud de la referencia. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios, adquisición, mantenimiento y reparación de ambulancias. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional.
Organización para la entrega del Producto	Nivel Nacional: MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS: Redes de salud, hospitales e institutos - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional IGSS/DIRESAs/GERESAs (con EESS asignado) - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Redes, hospitales e institutos. - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel local: - Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias
Criterios de Programación	DIREAS/GERESAs/Redes y Hospitales: La programación de la meta física del producto, determinada por las dos actividades de transporte asistido de la emergencia y de la urgencia según sus avances en años anteriores es el 0.43% de la población priorizada para las intervenciones del componente de las actividades dentro del EESS (51.31% de la población potencial).

Denominación del Producto 05	TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL
	Para el nivel nacional asciende a 21,821 atenciones. Para efectos de las actividades, las de traslado de emergencias representa el 0.15% y de las urgencias el 0.28%. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAS y GERESAS o las oficinas que conducen el PP 104 en las unidades ejecutoras.
Método de Agregación de actividades a Producto	Meta física del producto está determinada por la suma de las metas físicas de las actividades: - Servicio de transporte asistido de la emergencia. - Servicio de transporte asistido de la urgencia.
Flujo de Procesos	

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Población en situación de emergencia y urgencia					
Responsable del Diseño del Producto	Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud.					
Responsable de la Entrega del Producto	DIRESA/GERESA con establecimiento de salud. Redes de Salud. Hospitales e Institutos.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Productos	Atenciones					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de atenciones en emergencia que se atienden en menor tiempo según prioridad otorgada en triaje y norma técnica.					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva que requiera atención en servicios críticos de los establecimientos de salud. Consiste en la atención de la emergencia y urgencia médica en los establecimientos de salud. Se consideran las atenciones en los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los Hospitales e Institutos y los servicios de urgencias de los establecimientos I-4, I-3, I2 y I1. En una lógica de procesos, la atención en áreas críticas inicia en el triaje, dependiendo de la condición del paciente la atención brindada a la emergencia puede ser básica, que es la que suele darse en los establecimientos de salud del primer nivel, o especializada, que es la que suele darse en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel. Existen patologías como una apendicitis, peritonitis, trauma hepático, entre otras que requieren una intervención quirúrgica y luego cuidados críticos, o cuidados críticos únicamente, como dengue hemorrágico, comas de diferente naturaleza, etc. Cada eslabón de este proceso aporta para que la mortalidad y la discapacidad disminuyan. Y para evitar la saturación de la					

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	emergencia por patología III y IV, este producto busca desarrollar los módulos de atención diferenciada. Incluye la organización, recursos humanos especializados, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional.
Organización para la entrega del Producto	<u>Nivel Nacional</u> MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS: Redes de Salud, Hospitales e Institutos) - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Programación de las metas e implementación de sus actividades. <u>Nivel Regional</u> DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud, Redes de Salud, Hospitales e Institutos: - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de los servicios de emergencia, unidad de cuidados intensivos, centro quirúrgico de los hospitales e institutos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de los servicios de Urgencias de los establecimientos I-1 a I-4. - Programación de las metas e implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud, Redes de Salud, Hospitales e Institutos: La programación de la meta física del producto, determinada por la actividad de atención del triaje según sus avances en años anteriores (suma de prioridad I, II, III y IV) es el 6% de la población priorizada para las intervenciones del componente de las actividades dentro del EEES (51.31% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 331,097 atenciones. Para efectos de los porcentajes de prioridades: I (0.24%), II (1.1%) y la III-IV (4.93%).

Denominación del Producto 06	ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
	Fuente de Recolección de Datos: Oficina de estadística de los Hospitales, Institutos, Redes y DIRESAS.
Método de Agregación de actividades a Producto	Meta física del producto está determinada por la meta física de la actividad de atención del triaje.
Flujo de Procesos	

Denominación del Producto 07	ACCIONES COMUNES					
Grupo Poblacional que recibe el Producto	Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en el IGSS, las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Redes y hospitales que son unidades ejecutoras					
Responsable del Diseño del Producto	Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud.					
Responsable de la Entrega del Producto	- Oficina General de Defensa Nacional, Ministerio de Salud - Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) - Direcciones de Salud (DIRESA) -Gerencias Regionales de Salud (GERESA) - Redes, hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de Producción Física del Productos	Informe					
Indicador de Desempeño del Producto	Porcentaje de Informes realizados de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del programa.					
Modelo operacional del producto						
Definición Operacional	Producto dirigido a la Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud IGSS, las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Redes y hospitales que son unidades ejecutoras Las acciones comunes son ejecutadas por los equipos de gestión nacional y regional, y desarrolla la rectoría, gestión y conducción del programa presupuestal 104. Se realiza mediante la monitoreo, supervisión y evaluación con el objetivo de verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles, según corresponda, e identificar necesidades de fortalecimientos de las competencias del recurso humano; el control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático para el seguimiento de los indicadores de procesos, productos y resultados del Programa; así como del 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; la evaluación que permite disponer de un juicio de valor al comparar los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), demuestra el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos por el Programa Presupuestal, determina de manera periódica, sistemática y objetiva la relevancia, eficacia eficiencia e impacto de las intervenciones a la luz de los resultados (inmediato intermedio y					

Denominación del Producto 07	ACCIONES COMUNES
	final) deseados. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Se entregan a nivel nacional y regional.
Organización para la entrega del Producto	<u>Nivel Nacional</u> MINSA - Ente rector Nacional, regional y Local Sectorial - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. IGSS - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <u>Nivel regional:</u> DIRESAs/GERESAs/Redes/EESS-UE: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	La meta total Nacional Cuatro informes anuales de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal: 2 trimestrales (1° y 3°), 1 semestral y 1 anual por unidad ejecutora (213), lo que es igual a 852 informes nacionales Fuente de Recolección de Datos: Informe de OGDN, IGSS, DIRESAs y GERESAs, Redes, Hospitales e institutos que son Unidades ejecutoras.
Método de Agregación de actividades a Producto	Las metas del producto está determinada por la meta de la actividades de: - Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal
Flujo de Procesos	

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 104-2017

Denominación del producto 1	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Unidad de Medida
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Atención
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia	Atención
Denominación del producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU	Atención
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia	Atención
Denominación del producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	
Actividad 3.1	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Atención
Actividad 3.2	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Atención
Actividad 3.3	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	Atención
Denominación del producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	
Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Comunidad
Denominación del producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia	Atención
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia	Atención
Denominación del producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	
Actividad 6.1	Atención de triaje	Atención
Actividad 6.2	Atención de la emergencia y urgencia básica	Atención
Actividad 6.3	Atención de la emergencia especializada	Atención
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Atención
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica	Atención
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Atención
Denominación de Acciones comunes		
Actividad 7.1	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias	Norma
Actividad 7.2	Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal	Informe
Actividad 7.3	Asistencia técnica y capacitación	Persona

Tabla N° 12

Denominación del Actividad 01		Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"				
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en el servicio de atención telefónica de la Emergencia a cargo del operador, comprende la recepción, discriminación y/o derivación de las llamadas telefónicas de emergencias, urgencias o referencias al médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU). Denominada: servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106". Se implementa mediante la organización, fortalecimiento de capacidades, equipamiento y puesta en marcha del CRUE-SAMU, que funciona las 24 horas del día durante todo el año con personal técnico capacitado, con recursos tecnológicos y de comunicación organizados; y cuyo contacto inicial de solicitud de atención lo realizan las personas a través del servicio de asistencia telefónica asignado con el número "106". Esta actividad se entrega a nivel nacional, a través de la administración central del IGSS y a nivel regional en las DIRESAS y GERESAS.					
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional DIRESAs/GERESAs: - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.					
Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: Se programa la cantidad de llamadas al 106 a ser atendidas. La meta es el 42% de la población priorizada para las intervenciones del componente pre hospitalario (48.69% de la población potencial) de su jurisdicción de atención. Para el nivel nacional asciende a 2'030,643 atenciones. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAS y GERESAS					
Flujo de Procesos						
Diagrama de Gantt	En CD					
Listado de Insumos	Se adjunta en CD					

Denominación del Actividad 02	Atención médica telefónica de la Emergencia					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en la recepción, evaluación, consejería y/o orientación de la necesidad de emergencia (prioridad I) o urgencia mayor (prioridad II) individual o masiva, y verificación de la oferta de servicios de salud disponibles, indicando al personal de despacho la movilización del mejor recurso móvil de acuerdo a la prioridad del caso, disponibilidad y accesibilidad al lugar de la emergencia. Se implementa en el IGSS-administración central, DIRESAS y GERESAS. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Desde el inicio de la llamada (1° timbre al teléfono la respuesta en casos de atención médica telefónica es con un máximo de 1 minuto. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional. Incluye los siguientes CIE 10: Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA Código CPT: 98967 Llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o paramédico calificado la cita disponible; 11-20 minutos 98968 Llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o paramédico calificado la cita disponible; 21-30 minutos 98966 Llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o paramédico calificado la cita disponible; 5-10 minutos					
Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional DIRESAs/GERESAs: - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades					

Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: Se programa la cantidad de llamadas a ser atendidas por el médico. La meta es el 8% de la población priorizada para las intervenciones del componente pre hospitalario (48.69% de la población potencial) de su jurisdicción de atención. Para el nivel nacional asciende a 386,789 atenciones Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAS y GERESAS
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación del Actividad 03	Despacho de la Unidad Móvil SAMU					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva. Consiste en la verificación de la oferta de servicios de salud disponibles, indicando la movilización del recurso móvil, así como la disponibilidad y accesibilidad al lugar de la emergencia. El desplazamiento de la unidad móvil debe ser en un tiempo oportuno con un máximo de 10 minutos hasta el foco de la emergencia (áreas urbanas) y variable, en la medida de lo oportuno, para áreas rurales. Se implementa en el IGSS, DIRESAS y GERESAS, incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional. En el IGSS, las DIRESAS o GERESAS a través de la CRUE del SAMU.					
Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal despachador - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional DIRESAs/GERESAs: - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal despachador - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.					
Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: Se programa la cantidad de atenciones telefónicas que ameritan el despacho de la ambulancia. La meta es el 2% de la población priorizada para las intervenciones del componente pre hospitalario (48.69% de la población potencial) de su jurisdicción de atención. Para el nivel nacional asciende a 96,697 atenciones Fuente de Recolección de Datos:					

Denominación del Actividad 03	Despacho de la Unidad Móvil SAMU
	Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIREAS y GERESAS.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	
Listado de Insumos	En CD

Denominación del Actividad 04	Coordinación y Seguimiento de la referencia					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva.					
	Consiste en tareas en dos escenarios:					
	En la CRUE-SAMU consiste en:					
	- Evaluación de la solicitud del transporte asistido por la ambulancia de APH desde el foco de la emergencia hacia un EESS (transporte asistido primario). A su vez, verifica la oferta de servicios de salud disponible para la coordinación con el posible establecimiento de destino y comunica la aceptación de la solicitud. Realiza las coordinaciones interinstitucionales (policía, serenazgos, bomberos, etc) para garantizar la seguridad del escenario de la emergencia.					
	- Recibida la solicitud de la referencia de una emergencia o urgencia (transporte asistido secundario y terciario), priorizando las emergencias y urgencias del prehospitalario, verifica la oferta de servicios de salud disponible para la coordinación con el posible establecimiento de destino y comunica la aceptación de la referencia. Coordina el adecuado traslado al centro de referencia designado, así como las coordinaciones para la entrega final del paciente con oportunidad y eficacia, a fin de que la Unidad móvil este operativa para otra atención en el menor tiempo.					
	En los hospitales e institutos consiste en:					
	- Recibida la solicitud de la referencia de una emergencia o urgencia (transporte asistido secundario y terciario), verifica la oferta de servicios de salud disponible para la coordinación con el posible establecimiento de destino o de origen y comunica la aceptación de la referencia. Coordina el adecuado traslado, así como las coordinaciones para la entrega final del paciente con oportunidad y eficacia, a fin de que la unidad móvil este operativa para otra atención en el menor tiempo.					
	Se implementa en el IGSS, DIRESAS y GERESAS, hospitales e institutos.					
	Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura.					
	Diagnósticos Asociados a código CIE X y Código CPT					
	CIE 10:					
	Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA					
	Código CPT:					
	98967 llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o					

Denominación del Actividad 04	Coordinación y Seguimiento de la referencia
	paramédico calificado la cita disponible; 11-20 minutos 98968 llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o paramédico calificado la cita disponible; 21-30 minutos 98966 llamada de consulta médica para evaluación telefónica por un profesional médico o paramédico calificado la cita disponible; 5-10 minutos. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional.
Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS (administración central) - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. IGSS (hospitales e institutos) - Implementación del centro de referencias. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el centro de referencias - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional DIRESAs/GERESAs - Implementación del CRUE. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el CRUE. - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Hospitales e institutos - Implementación del centro de referencias. - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el centro de referencias - Fortalecimiento de capacidades del personal operador. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs: Son las atenciones que corresponden con el total de coordinaciones del desplazamiento de la ambulancia. Entendiendo que el desplazamiento es para una atención prehospitalaria (transporte asistido primario), desde el EESS a otro EESS (transporte asistido secundario) o de un EESS hacia un servicio médico de apoyo (transporte asistido tercero). Es el 2% de la población priorizada para las intervenciones del componente pre hospitalario e intra hospitalario (100% de la población potencial) de su jurisdicción de atención. Para el nivel nacional asciende a 198,598 atenciones Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAs y GERESAs.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gannt	En CD

Denominación del Actividad 04	Coordinación y Seguimiento de la referencia
Listado de Insumos	En CD

.....Denominación la Actividad 05	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad		X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias individual. Consiste en el servicio de atención pre-hospitalaria (transporte primario) a través del transporte asistido individual de pacientes en unidades terrestres, aéreas y acuáticas. Para las ambulancias terrestres se requiere una de tipo II. En el marco de la normativa, todas las unidades terrestres, aéreas y acuáticas cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención en foco y para el transporte asistido de pacientes, si la condición clínica lo requiere, previa coordinación de la CRUE a los establecimientos de salud destino de la referencia. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mantenimiento y reparación de ambulancias. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local. Consiste en la atención de la emergencia y urgencia médica individual en el IGSS-administración central y las redes de salud, y en regiones en DIRESAs o GERESAs con SAMU y en redes de salud. Se especifican en los siguientes códigos del CIE 10 y CPT: CIE 10: Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA Código CPT: 99282 consulta urgencias médico especialista no quirúrgico 99283 consulta urgencias médico especialista quirúrgico 99281 consulta urgencias médico general 99201 consulta de paciente ambulatorio nuevo, en consultorio u otro, para evaluación y manejo. Historia y examen focalizado a problema y decisión médica sencilla. medico consume 10 minutos 99202 consulta de paciente ambulatorio nuevo en consultorio u otro, para evaluación y manejo. Historia y examen focalizado a problema expandido y decisión médica sencilla. medico consume 20 minutos 99203 consulta paciente ambulatorio nuevo, en consultorio u otro, para evaluación y manejo. Historia y examen detallado y decisión medica de baja complejidad. Medico consume 30 minutos. 99212 consulta de paciente ambulatorio de control, en consultorio u otro, para evaluación y manejo. Historia y examen focalizado a problema, decisión médica sencilla. medico consume 10 minutos 99213 consulta de paciente ambulatorio de control en consultorio u otro para evaluación y					

.....Denominación la Actividad 05	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual
	manejo. Historia e examen extendido a problema focalizado. Decisión medica de baja complejidad. medico consume 15 minutos
Organización para la ejecución de la actividad	<u>Nivel Nacional</u> MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS-administración central - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Redes - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <u>Nivel Regional:</u> DIRESAs y GERESAs - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Redes - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <u>Nivel local:</u> Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales: - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias.
Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs y Redes de Salud: Según sus avances en años anteriores es el 1.3% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitalario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 56,959 atenciones individuales de PH. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias a nivel IGSS-administración central, DIRESAs y GERESAs, y en redes de salud

.....Denominación la Actividad 05	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación la Actividad 06	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN X GR X GL X
Unidad de Medida	Atención
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD	
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias y urgencias masiva. Consiste en el servicio de atención pre-hospitalaria (transporte primario) a través del transporte asistido de pacientes en unidades terrestres, aéreas y acuáticas frente a emergencias masivas en zonas de alta siniestralidad y desastres. Se entiende como emergencia masiva aquella en las que por la cantidad de víctimas se requiera más de 03 ambulancias a la vez. En el marco de la normativa, todas las unidades terrestres, aéreas y acuáticas cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención en foco y para el transporte asistido de pacientes con protocolos en el marco de emergencias masivas, si la condición clínica lo requiere, previa coordinación de la CRUE a los establecimientos de salud destino de la referencia. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mantenimiento y reparación de ambulancias. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local. En el IGSS-administración central y las redes de salud, y en regiones en DIREAS o GERESAs con SAMU y en redes de salud.
Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. IGSS-administración central - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Redes - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias.

Denominación la Actividad 06	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva
	- Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel Regional: DIRESAs y GERESAs - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Redes - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel local: Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales: - Disponibilidad de recursos humanos, personal médico, profesionales de la salud y piloto capacitados en soporte vital básico. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias.
Criterios de Programación	IGSS/DIRESAs/GERESAs y Redes de Salud: Según los avances en años anteriores es el 0.23% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 17,013 atenciones de emergencias masivas de PH. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación de Urgencias y Emergencias a nivel IGSS-administración central, DIRESAs y GERESAs, y en redes de salud
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de urgencia (prioridad III o IV) masiva.					
	Consiste en la atención médica en módulos de atención ambulatoria que se implementan en situaciones donde existen acopio de personas (por ejemplo en procesiones, movilizaciones, etc.), generando riesgo de accidentes y otras enfermedades agudas o crónicas reagudizadas; para brindar una atención oportuna y accesible, y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta con referencia a consulta externa o referido a un centro hospitalario de mayor nivel para su tratamiento. El objetivo es solucionar los casos in situ y evitar Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, infraestructura móvil (carpas, vehículos) que hagan las veces de módulos de atención ambulatoria. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional. Incluye la atención de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria, considerando las patologías y procedimientos a intervenir especificadas en los siguientes códigos del CIE 10 y CPT: Código CIE 10: 99281 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO GENERAL 99282 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO ESPECIALISTA NO QUIRÚRGICO 99283 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO ESPECIALISTA QUIRÚRGICO S000 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUERO CABELLUDO S001 CONTUSION DE LOS PÁRPADOS Y DE LA REGION PERIOCLAR S002 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PÁRPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR S003 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA NARIZ S004 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL OIDO S005 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL S007 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CABEZA S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA S010 HERIDA DEL CUERO CABELLUDO S011 HERIDA DEL PÁRPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR S012 HERIDA DE LA NARIZ S013 HERIDA DEL OIDO S014 HERIDA DE LA MEJILLA Y DE LA REGION TEMPOROMANDIBULAR S015 HERIDA DEL LABIO Y DE LA CAVIDAD BUCAL S017 HERIDAS MULTIPLES DE LA CABEZA S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA S019 HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA S100 CONTUSION DE LA GARGANTA S101 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA GARGANTA S107 TRAUMATISMO SUPERFICIAL MULTIPLE DEL CUELLO S108 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DEL CUELLO					

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	S109 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA S110 HERIDA QUE COMPROMETE LA LARINGE Y LA TRAQUEA S111 HERIDA QUE COMPROMETE LA GLANDULA TIROIDES S112 HERIDA QUE COMPROMETE LA FARINGE Y EL ESOFAGO CERVICAL S117 HERIDAS MULTIPLES DEL CUELLO S118 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL CUELLO S119 HERIDA DE CUELLO, PARTE NO ESPECIFICADA S200 CONTUSION DE LA MAMA S201 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES Y LOS NO ESPECIFICADOS DE LA MAMA S202 CONTUSION DEL TORAX S203 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX S204 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX S207 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL TORAX S208 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX S210 HERIDA DE LA MAMA S211 HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX S212 HERIDA DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX S217 HERIDA MULTIPLE DE LA PARED TORACICA S218 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL TORAX S219 HERIDAS DEL TORAX, PARTE NO ESPECIFICADA S298 OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX, ESPECIFICADOS S299 TRAUMATISMO DEL TORAX, NO ESPECIFICADO S300 CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS S301 CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL S302 CONTUSION DE LOS ORGANOS GENITALES EXTERNOS S307 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS S308 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS S309 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS, PARTE NO ESPECIFICADA S310 HERIDA DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS S311 HERIDA DE LA PARED ABDOMINAL S312 HERIDA DEL PENE S313 HERIDA DEL ESCROTO Y DE LOS TESTICULOS S314 HERIDA DE LA VAGINA Y DE LA VULVA S315 HERIDA DE OTROS ORGANOS GENITALES EXTERNOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS S317 HERIDAS MULTIPLES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS S318 HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL ABDOMEN S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S407 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S408 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S409 TRAUMATISMO SUPERFICIAL NO ESPECIFICADO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S410 HERIDA DEL HOMBRO S411 HERIDA DEL BRAZO S417 HERIDAS MULTIPLES DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S418 HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S498 OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S499 TRAUMATISMOS NO ESPECIFICADOS DEL HOMBRO Y DEL BRAZO S500 CONTUSION DEL CODO S501 CONTUSION DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO Y DE LAS NO ESPECIFICADAS S507 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL ANTEBRAZO S508 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL ANTEBRAZO

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	S509 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL ANTEBRAZO, NO ESPECIFICADO S510 HERIDA DEL CODO S517 HERIDAS MULTIPLES DEL ANTEBRAZO S518 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL ANTEBRAZO S519 HERIDAS DEL ANTEBRAZO, PARTE NO ESPECIFICADA S600 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S601 CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S607 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S608 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S609 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, NO ESPECIFICADO S610 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S611 HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S617 HERIDAS MULTIPLES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S618 HERIDAS DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S619 HERIDA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, PARTE NO ESPECIFICADA S698 OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S699 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA MUÑECA Y DE LA MANO S700 CONTUSION DE LA CADERA S701 CONTUSION DEL MUSLO S707 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO S708 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA CADERA Y DEL MUSLO S709 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CADERA Y DEL MUSLO, NO ESPECIFICADO S710 HERIDA DE LA CADERA S711 HERIDA DEL MUSLO S717 HERIDAS MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO S718 HERIDAS DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CINTURA PELVICA S798 OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CADERA Y DEL MUSLO S799 TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO DE LA CADERA Y DEL MUSLO S800 CONTUSION DE LA RODILLA S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA S807 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA PIERNA S808 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PIERNA S809 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO S810 HERIDA DE LA RODILLA S817 HERIDAS MULTIPLES DE LA PIERNA S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA S819 HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA S898 OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA, ESPECIFICADOS S899 TRAUMATISMO DE LA PIERNA, NO ESPECIFICADO S900 CONTUSION DEL TOBILLO S901 CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S902 CONTUSION DE DEDO(S) DEL PIE, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S903 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL PIE S907 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO S908 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PIE Y DEL TOBILLO S909 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO S910 HERIDA DEL TOBILLO S911 HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S912 HERIDA DE DEDO(S) DEL PIE CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S) S913 HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE S917 HERIDAS MULTIPLES DEL TOBILLO Y DEL PIE S997 TRAUMATISMOS MULTIPLES DEL PIE Y DEL TOBILLO S998 OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y DEL TOBILLO, ESPECIFICADOS S999 TRAUMATISMO DEL PIE Y DEL TOBILLO, NO ESPECIFICADO

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	T000 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN LA CABEZA CON EL CUELLO T001 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN EL TORAX CON EL ABDOMEN, LA REGION LUMBOSACRA Y LA PELVIS T002 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) T003 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) INFERIOR(ES) T006 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MULTIPLES REGIONES DEL(OS) MIEMBRO(S) SUPERIOR(ES) CON MIEMBRO(S) INFERIOR(ES) T008 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN OTRAS COMBINACIONES DE REGIONES DEL CUERPO xT090 TRAUMATISMOS SUPERFICIAL DEL TRONCO, NIVEL NO ESPECIFICADO T091 HERIDA DEL TRONCO, NIVEL NO ESPECIFICADO T110 TRAUMATISMOS SUPERFICIAL DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO T111 HERIDA DE MIEMBRO SUPERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO T130 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO T131 HERIDA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO T140 TRAUMATISMOS SUPERFICIAL DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO (HEMATOMA) T141 HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO (ESCORIACION) B01.9 VARICELA SIN COMPLICACIONES B06.9 RUBEOLA SIN COMPLICACIONES B09 INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA, CARACTERIZADA POR LESIONES DE LA PIEL Y DE LAS MEMBRANAS MUCOSAS A02.0 ENTERITIS DEBIDA A SALMONELLA R50.0 FIEBRE CON ESCALOFRIO K58.0 SINDROME DEL COLON IRRITABLE CON DIARREA K58.9 SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA K59.X OTROS TRASTORNOS FUNCIONALES DEL INTESTINO K59.0 CONSTIPACION K59.1 DIARREA FUNCIONAL J00.X RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN] J01.0 SINUSITIS MAXILAR AGUDA J01.1 SINUSITIS FRONTAL AGUDA J01.2 SINUSITIS ETMOIDAL AGUDA J01.3 SINUSITIS ESFENOIDAL AGUDA J01.4 PANSINUSITIS AGUDA J01.8 OTRAS SINUSITIS AGUDAS J01.9 SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J02.0 FARINGITIS ESTREPTOCOCICA J02.8 FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS J02.9 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J03.0 AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA J03.8 AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS J03.9 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J04.0 LARINGITIS AGUDA J05.0 LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA [CRUP] J06.0 LARINGOFARINGITIS AGUDA J06.8 OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES J06.9 INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA J10.1 INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO J10.8 INFLUENZA, CON OTRAS MANIFESTACIONES, DEBIDA A VIRUS DE LA INFLUENZA IDENTIFICADO

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	J11.1 INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO J11.8 INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES, VIRUS NO IDENTIFICADO J20 BRONQUITIS AGUDA J20.0 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE J20.1 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A HAEMOPHILUS INFLUENZAE J20.2 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A ESTREPTOCOCCOS J20.3 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS COXSACKIE J20.4 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS PARAINFLUENZA J20.5 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO J20.6 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A RINOVIRUS J20.7 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS ECHO J20.8 BRONQUITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS J20.9 BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J21 BRONQUIOLITIS AGUDA J21.0 BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO J21.8 BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS J21.9 BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA J22 INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES J30 RINITIS ALERGICA Y VASOMOTORA J30.0 RINITIS VASOMOTORA J30.1 RINITIS ALERGICA DEBIDA AL POLEN J30.2 OTRA RINITIS ALERGICA ESTACIONAL J30.3 OTRAS RINITIS ALERGICAS J30.4 RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA J31 RINITIS, RINOFARINGITIS Y FARINGITIS CRONICAS J45 ASMA J45.0 ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA J45.1 ASMA NO ALERGICA J45.8 ASMA MIXTA J45.9 ASMA, NO ESPECIFICADA R50.9 FIEBRE, NO ESPECIFICADA R51 CEFALEA R52 DOLOR, NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE R52.0 DOLOR AGUDO R52.9 DOLOR, NO ESPECIFICADO R53 MALESTAR Y FATIGA R06.6 HIPO H60.9 OTITIS EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN H65.0 OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA H65.1 OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA H65.9 OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN H66.0 OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA H66.4 OTITIS MEDIA SUPURATIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION H66.9 OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA H67.0 OTITIS MEDIA EN ENFERMEDADES BACTERIANAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE H67.1 OTITIS MEDIA EN ENFERMEDADES VIRALES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE H67.8 OTITIS MEDIA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE H68.0 SALPINGITIS EUSTAQUIANA H68.1 OBSTRUCCION DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO K29.1 OTRAS GASTRITIS AGUDAS K29.2 GASTRITIS ALCOHOLICA K29.6 OTRAS GASTRITIS K29.7 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA K29.9 GASTRODUODENITIS, NO ESPECIFICADA

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	K30 DISPEPSIA N39.0 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO H10.0 CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTE H10.1 CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA H10.2 OTRAS CONJUNTIVITIS AGUDAS H10.3 CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA H10.5 BLEFAROCONJUNTIVITIS H10.8 OTRAS CONJUNTIVITIS H10.9 CONJUNTIVITIS, NO ESPECIFICADA H00.0 ORZUELO Y OTRAS INFLAMACIONES PROFUNDAS DEL PARPADO H00.1 CALACIO [CHALAZION] K02.9 CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA Código CPT: 99283 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO ESPECIALISTA QUIRÚRGICO 99282 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO ESPECIALISTA NO QUIRÚRGICO 99281 CONSULTA URGENCIAS MÉDICO GENERAL 12020 TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE UNA HERIDA SUPERFICIAL; CIERRE SIMPLE 12021 TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE UNA HERIDA SUPERFICIAL; CON VENDAJE ACOLCHADO COMPRESIVO D3353 OBTURACIÓN Y CURACIÓN DENTAL COMPUESTA 124 ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS EN EL OIDO EXTERNO, MEDIO E INTERNO, INCLUYENDO BIOPSIA; OTOSCOPIA 92599 SERVICIO O PROCEDIMIENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA QUE NO APARECE EN LA LISTA 92499 SERVICIO O PROCEDIMIENTO OFTALMOLOGICO QUE NO APARECE EN LA LISTA 94650 TRATAMIENTO DE RESPIRACION INTERMITENTE CON PRESION POSITIVA (IPPB), AIRE U OXIGENO, CON O SIN MEDICACION NEBULIZADA; DEMOSTRACION INICIAL Y/O EVALUACION 94651 TRATAMIENTO DE RESPIRACION INTERMITENTE CON PRESION POSITIVA (IPPB), AIRE U OXIGENO, CON O SIN MEDICACION NEBULIZADA
Organización para la Ejecución de la Actividad	<u>Nivel Nacional</u> MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Atención médica en módulos de Atención Ambulatorio. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. IGSS - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Atención médica en módulos de Atención Rápida en su ámbito jurisdiccional. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <u>Nivel Nacional</u> DIRESAs/GERESAs con establecimientos bajo su administración y Redes de Salud - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Atención médica en módulos de Atención Rápida. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.

Denominación de la Actividad 07	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria
	Nivel local: Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales - Adquisición de módulos, carpas, mobiliarios y equipos biomédicos portátiles - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	OGDN/IGSS/DIRESAs/GERESAs con establecimientos bajo su administración y Redes de Salud Según sus avances en años anteriores es el 1% de la población priorizada para las intervenciones del componente prehospitario (48.69% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 48, 348 habitantes (APH). Fuente de Recolección de Datos: Informe de OGDN, DIRESAs/GERESAs con establecimientos bajo su administración y Redes de Salud
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 8	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida	Comunidad					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Este actividad permite capacitar a las personas de comunidades rurales o urbano marginales, que son de difícil acceso al SAMU, en temas de primeros auxilios, de tal manera que permita reducir los efectos que las emergencias y urgencias individuales y masivas tienen sobre la salud, a través de voluntarios en salud, "Agentes Comunitarios de Salud" capacitados en base a instrumentos técnicos en relación a primeros auxilios, transporte de pacientes y referencia comunal realizados en las comunidades priorizadas, utilizando para ello los insumos requeridos. Es crítico desarrollar las capacidades para que la comunidad pueda realizar las referencias comunales en salud. Para la priorización se considera solo a comunidades que no tengan acceso al sistema de transporte asistido cualquiera sea el tipo, o que por dificultades geográficas es difícil el acceso y se requiere que desarrollen capacidades para poder brindar primeros auxilios, transporte de víctima y para poder efectuar la referencia comunal. Para ello se desarrolla 01 taller de 8 horas efectivas (8 horas por día), siendo la cantidad de participantes alrededor de 30 personas que pertenecen a la misma comunidad. El taller ha de ser desarrollado físicamente en la misma comunidad. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local, desarrollada por DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud a su cargo y Redes de Salud.					

Denominación de la Actividad 8	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de documentos normativos en relación a la organización y entrenamiento de comunidades frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas. IGSS (Redes de salud) - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia. - Programa e implementa la actividad en los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Desarrollo de talleres en coordinación con los EESS priorizados y los gobiernos locales (DIRESA con EESS y redes). Nivel Regional DIRESAs/GERESAs con EESS asignados y Redes - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia. - Programa e implementa la actividad en los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. Desarrollo de talleres en coordinación con los EESS priorizados y los gobiernos locales (DIRESA con EESS y redes). Nivel Local - Promueve la implementación de de las prácticas seguras de la comunidad frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas en el ámbito de su competencia, coordinando el apoyo al sector salud de la localidad. - Programa e implementa la actividad con los EESS de su jurisdicción en base a los distritos priorizados. - Desarrollo de talleres en coordinación con los EESS priorizados.
Criterios de Programación	DIRESAs/GERESAs con establecimiento de salud asignados, Redes de Salud: Su meta son las comunidades priorizadas según proyección presupuestal. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Oficinas de Defensa Nacional / Unidades de Gestión de Riesgos de Desastre a nivel de las redes del IGSS y en DIRESAs, GERESAs con establecimientos de salud asignados y Redes de salud.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 9	Servicio de transporte asistido de la emergencia					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						

Denominación de la Actividad 9	Servicio de transporte asistido de la emergencia
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias individual que esté en un establecimiento de salud. Consiste en el servicio de transporte asistido secundario (de un establecimiento de salud a otro) y terciario (de un establecimiento de salud hacia un servicio médico de apoyo para el diagnóstico o tratamiento especializado, retornando luego el paciente a su establecimiento de origen) de pacientes en condición de emergencia (prioridad I) a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas. Las unidades cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención, previa coordinación del CRUE quien coordinará con los establecimientos de salud y/o servicios médicos de apoyo de la referencia. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios, adquisición, mantenimiento y reparación de ambulancias. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional. CIE 10: Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA Código CPT: 99288 INDICACIONES MÉDICAS AL SISTEMA MEDICO DE EMERGENCIA (EMS), CUIDADOS DE EMERGENCIA, SOPORTE AVANZADO DE VIDA. 92950 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (P,EJ.,EN PAR CARDIACO) 99440 REANIMACIÓN DE RECIÉN NACIDO: COLOCACIÓN DE VENTILACIÓN. 94660 VENTILACION CON PRESIÓN POSITIVA CONTINÚA EN VÍAS AÉREAS (CPAP), INICIO Y MANEJO. 36410 VENIPUNTURA, NIÑO DE MAS DE 3 AÑOS DE EDAD O ADULTO, QUE REQUIERE PERICIA DEL MEDICO DE RUTINA.
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel Nacional: MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS: Redes de salud, hospitales e institutos - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional IGSS/DIRESAs/GERESAs (con EESS asignado) - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.

Denominación de la Actividad 9	Servicio de transporte asistido de la emergencia
	Redes, hospitales e institutos. - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	DIRESAs/GERESAs/Redes y Hospitales: Según sus avances en años anteriores es el 0.15% de la población priorizada para las intervenciones del componente de las actividades dentro del EESS (51.31% de la población potencial) para las unidades ejecutoras que tienen ámbito territorial asignado. Para las unidades ejecutoras sin ámbito territorial, hospitales e institutos, se considera el promedio de la cantidad de traslados de emergencia de los últimos 3 años. Para el nivel nacional asciende a 7,692 atenciones. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAs y GERESAs o las oficinas que conducen el PP 104 en las unidades ejecutoras.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 10	Servicio de transporte asistido de la urgencia					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	X
Unidad de Medida	Atención					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de urgencia individual que esté en un establecimiento de salud. Consiste en el servicio de transporte asistido secundario (de un establecimiento de salud a otro) y terciario (de un establecimiento de salud hacia un servicio médico de apoyo para el diagnóstico o tratamiento especializado, retornando luego el paciente a su establecimiento de origen) de pacientes en condición de urgencia (prioridad II) a través de unidades móviles terrestres, aéreas y acuáticas. Las unidades cuentan con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención, previa coordinación del CRUE quien coordinará con los establecimientos de salud y/o servicios médicos de apoyo de la referencia. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios, adquisición, mantenimiento y reparación de ambulancias. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional. CIE 10: Z519 ATENCION MEDICA, NO ESPECIFICADA					

Denominación de la Actividad 10	Servicio de transporte asistido de la urgencia
	Código CPT: 99288 INDICACIONES MÉDICAS AL SISTEMA MEDICO DE EMERGENCIA (EMS), CUIDADOS DE EMERGENCIA, SOPORTE AVANZADO DE VIDA. 36410 VENIPUNTURA, NIÑO DE MAS DE 3 AÑOS DE EDAD O ADULTO, QUE REQUIERE PERICIA DEL MEDICO DE RUTINA
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel Nacional: MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS: Redes de salud, hospitales e institutos - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional IGSS/DIRESAs/GERESAs (con EESS asignado) - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Redes, hospitales e institutos. - Contratación de personal para la atención de transporte asistido - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación, y de medicamentos, insumos y drogas para las unidades móviles de transporte asistido. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de unidades móviles de transporte asistido. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel local: - Gobiernos Municipales Provinciales y Distritales: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación para la ambulancia. - Acondicionamiento de ambientes para estacionamiento de ambulancias
Criterios de Programación	DIRESAs/GERESAs/Redes y Hospitales: Según sus avances en años anteriores es el 0.28% de la población priorizada para las intervenciones del componente de las actividades dentro del EESS (51.31% de la población potencial). Para las unidades ejecutoras sin ámbito territorial, hospitales e institutos, se considera el promedio de la cantidad de traslados de urgencia de los últimos 3 años. Para el nivel nacional asciende a 14,129 atenciones.

Denominación de la Actividad 10	Servicio de transporte asistido de la urgencia
	Fuente de Recolección de Datos: Informe de los CRUE a nivel IGSS, DIRESAS y GERESAS o las oficinas que conducen el PP 104 en las unidades ejecutoras.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 11	Atención de triaje					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIONES					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Producto dirigido a la población en situación de emergencias y urgencias individual o masiva que requiera atención en servicios críticos de los establecimientos de salud. Consiste en la evaluación inicial de las personas que arriban a las áreas de emergencia, permite catalogar al paciente según la gravedad de su patología en prioridad I (emergencia), prioridad II (urgencia mayor), prioridad III (urgencias menor) y prioridad IV (patología común), a efectos de proceder en tiempos adecuados según cada una de ellas: Prioridad I, atención inmediata. Prioridad II, periodo igual o menor a 10 minutos para ser atendido. Prioridad III, periodo de o más o menos 20 minutos para ser atendido. Las personas con patologías prioridad IV, propiamente, no corresponden ser atendidas en el servicio de emergencia. Se debe implementar un lugar físico, lo más cercano a la puerta de entrada. Incluye la organización, recursos humanos (médico o enfermera), fortalecimiento de capacidades, equipamiento informático, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel Nacional y Regional.					
Organización para la ejecución de la Actividad	<u>Nivel Nacional</u> MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS (Redes de Salud, Hospitales e Institutos) - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el área de triaje - Fortalecimiento de capacidades del personal de triaje. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <u>Nivel Regional</u> DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud, Redes de Salud, Hospitales e					

Denominación de la Actividad 11	Atención de triaje
	Institutos: - Implementación con recurso humano, equipamiento tecnológico y de comunicación para el área de triaje - Fortalecimiento de capacidades del personal de triaje. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	Hospitales e Institutos, DIRESAs/GERESAs y Redes de Salud con establecimientos asignados: Su meta es la producción de atenciones de emergencia (prioridades I +prioridades II+ prioridades III + prioridades IV*) promedio de los tres últimos años Según sus avances en años anteriores (suma de prioridad I, II, III y IV) es el 6% de la población priorizada para las intervenciones del componente de las actividades dentro del EESS (51.31% de la población potencial). Para el nivel nacional asciende a 331,097 atenciones. * Aunque no debería ser atendido en emergencias. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Hospitales, Institutos, Redes, DIRESAs y GERESAs con EESS asignados.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 12	Atención de la emergencia y urgencia básica					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIONES					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias o urgencia individual que esté en un establecimiento de salud.					
	Consiste en la atención médica de la emergencia y urgencia de nivel básico brindados por los establecimientos de salud del primer nivel de atención.					
	Muchos pacientes en situación de emergencias o urgencia no obtienen la resolución de la afección en los EESS del prime nivel sin embargo si son tratados al menos con la estabilización de la condición crítica siendo parte del proceso de atención del sistema de salud, luego podrá ser referido, de ser el caso.					
	Se consideran las atenciones en las áreas de emergencias de los establecimientos de primer nivel al 100%, diferenciada por prioridad I, II, III y IV.					
	Incluye la organización, recursos humanos especializados, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, medicamentos, insumos, mobiliarios e infraestructura; así como su					

Denominación de la Actividad 12	Atención de la emergencia y urgencia básica					
	mantenimiento y reforzamiento de los centros de costo vinculados. Esta actividad se entrega a nivel Nacional y Regional en todos los EESS del primer nivel de atención.					
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel Nacional MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS (Redes de Salud) - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de primer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel Regional: DIRESAs/GERESAs con establecimientos a su cargo y redes de salud: - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de primer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades					
Criterios de Programación	DIRESAs/GERESAs con establecimientos de salud asignados: y Redes de Salud. Su meta es la producción de atenciones de emergencia (prioridades I +prioridades II+ prioridades III + prioridades IV*) promedio de los tres últimos años de los establecimientos del primer nivel de atención. * Aunque no debería ser atendido en emergencias. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Redes, DIRESAs y GERESAs con EESS asignados.					
Flujo de Procesos	.					
Diagrama de Gantt	En CD					
Listado de Insumos	En CD					

Denominación de la Actividad 13	Atención de la emergencia especializada					
Niveles de Gobierno que entregan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCIONES					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						

Denominación de la Actividad 13	Atención de la emergencia especializada
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias o urgencia individual que esté en un establecimiento de salud. Consiste en la atención médica de la emergencia (prioridad I y II) especializado brindados por los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Muchos pacientes en situación de emergencias o urgencia no obtienen la resolución de la afección en los EESS del primer nivel, por lo que, es necesario que sean resueltos por un EESS de mayor capacidad resolutive (2° y 3° nivel), en sus servicios de emergencia. Así mismo, muchos pacientes acuden directamente a los hospitales e institutos en situaciones de emergencia por lo que deben ser atendidos con calidad y con la oportunidad según la prioridad establecida en el triaje. Esta actividad se orienta a los pacientes con patologías que estén en una prioridad I y II. Se consideran las atenciones de patologías prioridad I y II en servicios de emergencia de los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención Incluye la organización, recursos humanos especializados, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, medicamentos, insumos, mobiliarios e infraestructura; así como su mantenimiento y reforzamiento de los centros de costo vinculados. Esta actividad se entrega a nivel Nacional y Regional en todos los EESS del segundo y tercer nivel de atención.
Organización para la ejecución de la Actividad	<u>Nivel Nacional</u> MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. <u>IGSS (Hospitales e institutos)</u> - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de segundo y tercer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades <u>Nivel Regional:</u> Hospitales e institutos - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de emergencias de los establecimientos de segundo y tercer nivel - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	Hospitales e institutos Su meta es la producción de atenciones de emergencia (prioridades I +prioridades II) promedio de los tres últimos años de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Hospitales, Institutos.

Denominación de la Actividad 13	Atención de la emergencia especializada
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 14	Atención de la emergencia de cuidados intensivos
Niveles de Gobierno que entregan el Actividad	GN X GR X GL
Unidad de Medida	ATENCION
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD	
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias individual que esté en un establecimiento de salud. Consiste en la atención médica de los pacientes que por la condición de salud crítica requieren manejo especializado de cuidados intensivos brindados por los establecimientos de salud del segundo (II-2), tercer nivel de atención (III-1 y III-2) y de corresponder los II-E y III-E. Las unidades de cuidados críticos usan como unidad de medida de producción los "egresos". Para los fines del PP 104, lo considerado como "egresos" serán las "atenciones", esto con el fin de tener una meta agregada. Incluye la organización, recursos humanos especializados, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, medicamentos, insumos, mobiliarios e infraestructura; así como su mantenimiento y reforzamiento de los centros de costo vinculados. Esta actividad se entrega a nivel Nacional y Regional en todos los EESS del segundo y tercer nivel de atención que cuenten con unidades de cuidados intensivos: II-2, III-1 y III-2 y de corresponder los II-E y III-E.
Organización para la entrega del Producto	Nivel Nacional MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS (Hospitales e institutos) - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de cuidados críticos de los establecimientos de segundo y tercer nivel. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel Regional: Hospitales e institutos - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de cuidados críticos de los establecimientos de segundo y tercer nivel.

Denominación de la Actividad 14	Atención de la emergencia de cuidados intensivos
	- Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	Hospitales e institutos Su meta es la producción de atenciones ("ingresos") de las unidades de cuidados críticos promedio de los tres últimos años. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Hospitales, Institutos.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 15	Atención de la emergencia quirúrgica					
Niveles de Gobierno que entregan el Producto	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCION					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la población en situación de emergencias individual que esté en un establecimiento de salud. Consiste en la atención médica de los pacientes en situación de emergencias que requieren manejo especializado de tipo quirúrgico brindados por los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. No aplica para los procedimientos quirúrgicos programados solo los que son de emergencia. Las unidades de cuidados críticos usan como unidad de medida de producción los "cirugías". Para los fines del PP 104, lo considerado como "cirugías" serán las "atenciones", esto con el fin de tener una meta agregada. Incluye la organización, recursos humanos especializados, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, medicamentos, insumos, mobiliarios e infraestructura; así como su mantenimiento y reforzamiento de los centros de costo vinculados. Esta actividad se entrega a nivel Nacional y Regional en todos los EESS del segundo y tercer nivel de atención.					
Organización para la entrega del Producto	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS (Hospitales e institutos) - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos					

Denominación de la Actividad 15	Atención de la emergencia quirúrgica
	e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de quirúrgicas de los establecimientos de segundo y tercer nivel que responden al manejo de las emergencias de manera quirúrgica. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades Nivel Regional: Hospitales e institutos - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Personal Médico, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo de las áreas de quirúrgicas de los establecimientos de segundo y tercer nivel que responden al manejo de las emergencias de manera quirúrgica. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	Hospitales e institutos Su meta es la producción de atenciones ("cirugías" de emergencia) de las unidades de quirúrgicas promedio de los tres últimos años. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Hospitales, Institutos.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 16	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados					
Niveles de Gobierno que entregan el Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	ATENCION					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la Población en situación de urgencia (prioridad III o IV). Consiste en la atención médica en módulos hospitalarios diferenciados en Hospitales e Institutos de pacientes con patología de prioridad III y IV, entendiendo que ellos no son la razón de ser de un servicio de emergencia, sin embargo, es importante atenderlos con la oportunidad, calidad y orientación correspondiente, y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta con referencia a consulta ambulatoria del establecimiento de salud correspondiente. Esto permite organizar mejor el servicio de emergencia priorizando su eje en los pacientes que presentan patologías de prioridad I y II. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local.					

Denominación de la Actividad 16	Atención de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados
Organización para la entrega del Producto	Nivel Nacional MINSA - Desarrollo de los contenidos de la actividad y la metodología de su ejecución. - Brinda asistencia técnica en la implementación de la actividad en todo el territorio nacional. - Monitoreo, Supervisión y Evaluación de las Unidades Ejecutoras que implementan la actividad. IGSS (Hospitales e institutos) - Implementación y equipamiento de Modulo Hospitalario diferenciado. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional: Hospitales e institutos - Implementación y equipamiento de Modulo Hospitalario diferenciado. - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Personal Médico con especialidad médica, Lic. de Enfermería, Técnicos y personal de apoyo - Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos, instrumental; medicamentos e insumos. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	Hospitales e institutos Su meta es la producción de atenciones de emergencia (prioridades III +prioridades IV) promedio de los tres últimos años. Fuente de Recolección de Datos: Informe de las Oficinas de estadística e informática de los Hospitales, Institutos.
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 17	Monitoreo, supervisión y evolución del programa					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	INFORME					
MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD						
Definición Operacional	Actividad dirigida a las Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA) - Direcciones de Salud (DISA), Hospitales ejecutoras y Redes de Salud. Monitoreo: Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza un seguimiento de los indicadores de procesos, productos y resultados del Programa; así como del 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.					

Denominación de la Actividad 17	Monitoreo, supervisión y evolución del programa
	Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Supervisión: Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, y se realiza con el objetivo de verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles según corresponda e identificar necesidades de fortalecimientos de las competencias del recurso humano. Evaluación: Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma que permite disponer de un juicio de valor al comparar los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), demuestra el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos por el Programa Presupuestal, determina de manera periódica, sistemática y objetiva la relevancia, eficacia eficiencia e impacto de las intervenciones a la luz de los resultados (inmediato intermedio y final) deseados. Esta actividad se entrega a nivel nacional, regional y local.
Organización para la ejecución de la Actividad	<u>Nivel Nacional</u> MINSA (OGDN) - Ente rector Nacional, regional y Local Sectorial - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades IGSS (Adm Central, Redes, hospitales e institutos) - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. <u>Nivel Regional:</u> DIRESA, GERESA, Redes, hospitales e institutos - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades
Criterios de Programación	OGDN, IGSS, DIRESAs/ GERESAs, Redes de Salud, Hospitales e Institutos: Cuatro informes anuales de monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal: 2 trimestrales (1° y 3°), 1 semestral y 1 anual por unidad ejecutora (213), lo que es igual a 852 informes nacionales Fuente de Recolección de Datos: Unidades de conducción del PP 104 en OGDN, IGSS, DIRESAs/ GERESAs, Redes de Salud, Hospitales e Institutos:
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

.....

Denominación de la Actividad 18	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalarias y emergencias					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida del Indicador de Producción Física	NORMA					
MODELO OPERACIONAL						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Hospitales ejecutoras y Redes de Salud. Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma que permite disponer de documentos normativos de alcance sectorial, dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar técnica y administrativamente, la operatividad y funcionamiento de los Centros Reguladores, Atención pre-hospitalaria y de los Servicios de Críticos de los EE.SS. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional.					
Organización para la Ejecución de la Actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Ente rector Nacional, regional y Local Sectorial - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de documentos normativos de alcance nacional. Redes de Salud: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. Hospitales e Institutos: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Gestión Clínica de los servicios críticos para Hospitales (Servicio de Emergencia, Shock-trauma, Centro Quirúrgico y UCI). Manual de organización y funciones, Manual de procedimientos del servicio de emergencia, Guías de práctica clínica de los daños más frecuentes, Guías de procedimientos asistenciales más frecuentes Nivel Regional: DIRESAs/GERESAs: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. - Formulación y aprobación de documentos normativos de alcance Regional					

Denominación de la Actividad 18	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalarias y emergencias
	Redes de Salud: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos tecnológicos y de comunicación. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Implementación del PP 104, manuales y guías. Hospitales e Institutos: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Equipamiento con recursos informáticos y mobiliario. - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. - Formulación y aprobación de Planes de Gestión Clínica de los servicios críticos para Hospitales (Servicio de Emergencia, Shock-trauma, Centro Quirúrgico y UCI). Manual de organización y funciones, Manual de procedimientos del servicio de emergencia, Guías de práctica clínica de los daños más frecuentes, Guías de procedimientos asistenciales más frecuentes.
Criterios de Programación	OGDN, IGSS, DIRESAs/ GERESAs, Redes de Salud, Hospitales e Institutos: Al menos una norma (guía técnica, protocolos, directivas, etc) en atención pre hospitalaria y emergencias por unidad ejecutora (213), lo que es igual a 213 normas nacionales. Fuente de Recolección de Datos: Unidades de conducción del PP 104 en OGDN, IGSS, DIRESAs/ GERESAs, Redes de Salud, Hospitales e Institutos:
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

Denominación de la Actividad 19	Asistencia Técnica y Capacitación					
Niveles de Gobierno que Ejecutan la Actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de Medida	PERSONA					
MODELO OPERACIONAL						
Definición Operacional	Actividad dirigida a la Autoridades y personal de salud que implementa el programa presupuestal 104 en las Direcciones de Salud (DIRESA) - Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Hospitales ejecutoras, Redes de Salud y establecimientos de primer nivel. Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma mediante el cual se consolida el fortalecimiento de capacidades y competencias, la capacitación del personal de salud de los documentos normativos, manuales, guías y otros. Incluye la organización, recursos humanos, fortalecimiento de capacidades, equipamiento, mobiliarios e infraestructura. Esta actividad se entrega a nivel nacional y regional.					
Organización para la ejecución de la Actividad	Nivel Nacional MINSA (OGDN) - Ente rector Nacional, Regional y Local Sectorial - Fortalecimiento de capacidades del personal.					

Denominación de la Actividad 19	Asistencia Técnica y Capacitación
	- Organización y participación de talleres y reuniones - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. IGSS (Adm Central, Redes, hospitales e institutos) - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Organización y participación de talleres y reuniones - Programación de las metas e Implementación de sus actividades. Nivel Regional: DIREAS/GERESAs/Redes/EESS-UE: - Fortalecimiento de capacidades del personal. - Organización y participación de talleres y reuniones - Programación de las metas e Implementación de sus actividades.
Criterios de Programación	La meta total Nacional Al menos: IRESA/GERESA: 50 personas, considerando que hay 25, el total es 750 personas a nivel nacional. Redes: 100 personas, considerando que hay 118, el total es 11800 personas a nivel nacional Hospitales e Institutos: 50 personas, considerando que hay 70, el total es 3500 personas a nivel nacional. Por lo que, a nivel nacional se espera asistir y capacitar a 16050 personas. Fuente de Recolección de Datos: Informe de los Centros de Regulación a nivel OGDN, DIREAS y GERESAS
Flujo de Procesos	
Diagrama de Gantt	En CD
Listado de Insumos	En CD

3.6 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	
Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos	Tasa de mortalidad por causas externas.
Resultado Específico	
Disminución de la mortalidad por urgencias y emergencias	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos
Producto 1	
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Porcentaje de atenciones médicas telefónicas en el centro regulador cuyo tiempo de respuesta es inferior a 60 segundos.
Producto 2	
Despacho de la unidad móvil y	Porcentaje de despachos efectivos realizados en centro regulador.

NIVEL DE OBJETIVO	ENUNCIADO O NOMBRE DEL INDICADOR
coordinación de la referencia	
Producto 3	
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de atendidos pre-hospitalarios con un tiempo de rodaje menor a diez minutos (INDICADOR TRAZADOR DEL PROGRAMA). Porcentaje de Hogares Urbanos cuya población manifestó cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención médica de inmediata.
Producto 4	
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Porcentaje de comunidades con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas
Producto 5	
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Porcentaje de transporte asistido de pacientes realizados según protocolo.
Producto 6	
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad I atendido con oportunidad según norma técnica. Porcentaje de atenciones de urgencias médicas prioridad II atendido con oportunidad según norma técnica. Porcentaje de atenciones de urgencias médicas prioridad III atendido con oportunidad según norma técnica.

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

Tabla N° 14

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.	
Nombre del Indicador: Tasa de mortalidad por emergencias y urgencias	
Ámbito de control: Resultado Final	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- 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.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Efectividad	
VALOR DEL INDICADOR	
2006: 65 X 100,000 HABITANTES 2007-2009: 72.4 X 100,000 HABITANTES 2012: 70.2 X 100,000 HABITANTES PROYECCIONES: 2015: 69.2 X 100,000 HABITANTES 2016: 68.2 X 100,000 HABITANTES 2017: 67.2 X 100,000 HABITANTES 2018: 66.2 X 100,000 HABITANTES Fuente: OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas.	
JUSTIFICACION	
El presente indicador proporciona una información importante para medir la efectividad de las diferentes estrategias y acciones. Las tasas que se obtienen responden, en la medida que el programa presupuestal 104 busca medir la reducción de la mortalidad en las emergencias y urgencias médicas, esta debe verse reflejada en la disminución de esta tasa, por lo que es la forma más precisa de medir el impacto del programa. Es también favorable que el indicador se mida en base a una encuesta nacional y reportes de organizaciones continentales (OPS).	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
No están actualizadas las bases de datos. En el caso de encuestas el supuesto es que todas las personas encuestadas, recuerdan las causas de la muerte de un familiar (expresamente de sus hermanos). Esto tiene alto grado de confiabilidad, sin embargo existirá un margen de error para las personas que no tienen buenos lazos familiares.	
PRECISIONES TECNICAS	
El indicador utilizara la información del Análisis de la situación Salud de las Américas. Adicionalmente se desarrollará de forma similar a la estimación de la mortalidad materna de la ENDES, es decir, a través de encuesta directa usando el método directo llamado método de los hermanos.	
METODO DE CALCULO	
N° de fallecidos por causas externas x 100,000 habitantes. Donde causa externa se refieren a los accidentes.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Anual, en cada ENDES	
FUENTE DE DATOS	
OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES - INEI	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas.	
BASE DE DATOS	
OPS, indicadores básicos. Análisis de la situación Salud de las Américas. ENDES - INEI, www.inei.gob.pe	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
PREGUNTAS A SER INCORPORADAS EN LA ENDES Después de la pregunta 906 ¿Está vivo..... (Nombre de hermano o hermana)?, Se proponen las siguientes preguntas: • ¿Murió por una enfermedad terminal preexistente o su muerte fue repentina e imprevista? A las personas que manifiestan que su hermano(a) falleció de forma repentina se continúa con las siguientes preguntas. ¿En qué circunstancias falleció? § Accidente de tránsito § Accidente fortuito • Trabajo • Casa • Calle § Mordedura de un animal venenoso (araña, víbora, alacrán, etc.) § Enfermedad repentina • Hemorragia o infarto cerebral • Apendicitis/peritonitis • Infarto al corazón • Neumonía (enfermedad respiratoria) • Diarrea con deshidratación grave • Otros § Violencia urbana (asaltos pandillaje) • Por arma blanca • Por arma de fuego § Violencia doméstica • Agresiones de la pareja • Agresiones por algún miembro del hogar (se excluye pareja) § Envenenamiento/intoxicación	
SINTAXIS	
A desarrollarse en STATA de acuerdo a las codificaciones de las encuestas	

RESULTADO ESPECIFICO

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador: Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	
Ámbito de control: Resultado Específico	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Se define como el número de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias por Traumatismos en los establecimientos de salud hospitalarios sobre el número de casos que padecieron esta entidad.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia	
VALOR DEL INDICADOR	
Actualmente se cuenta con el valor del indicador para una línea de base:	
2010: 5.0%	
2015: 4.8%	
2016: 4.7%	
2017: 4.5%	
2018: 4.2%	
JUSTIFICACION	
El indicador al ser de letalidad refiere a la proporción de personas que mueren por una enfermedad (traumatismo) entre los afectados por la misma en un periodo (año) y área determinados (áreas de emergencia y urgencia de hospitales), es una forma precisa de evaluar el impacto del programa porque tanto los beneficios en el ámbito pre-hospitalario como las de orden intrahospitalario redundan en la disminución de esta tasa.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
La principal limitación es que este indicador 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 se desarrollará de forma similar a la estimación de la mortalidad hospitalaria, estimando el número de fallecidos por urgencias y emergencias y el número de casos que padecieron esta entidad.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100	
Numerador: N° de fallecidos por diagnósticos de urgencias y emergencias por traumatismos en los servicios críticos hospitalarios	
Denominador: Total de casos de diagnósticos de urgencias y emergencias por traumatismos en los servicios críticos hospitalarios	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual, anual	
FUENTE DE DATOS	
Reporte de indicadores hospitalarios / Certificados de defunción	
BASE DE DATOS	
Base de datos de los hospitales: sistema SIGHOS	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Ninguno	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 1:

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de atenciones médicas telefónicas en el centro regulador cuyo tiempo de respuesta es inferior a 60 segundos.	
Ámbito de control	
Es el producto: Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuesta 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Atenciones medicas telefónicas que tienen como tiempo desde el primer timbre hasta la comunicación con el médico menos de 60 segundos, solo se considera del total de llamadas efectivas (aquellas que corresponde la atención médica).	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia y calidad (oportunidad).	
VALOR DEL INDICADOR	
2015: 70%	
2016: 80%	
2017: 85%	
2018: 90%	
JUSTIFICACION	
Mide el tiempo que la persona que solicita la APH una vez que llama al 106 es atendida por el médico, este tiempo es crítico porque permite dimensionar y hacer el triaje a la llamada de urgencias y/o emergencia. La fortaleza del indicador es que permite mejorar de manera permanente el desempeño del personal contribuyendo a mejorar la calidad de la atención telefónica ante situaciones de emergencia o urgencia	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de una plataforma informática amigable, oportuna y eficiente que permita estimar este indicador de manera confiable, además se asume que los potenciales usuarios tienen acceso a una llamada telefónica o de radio en el ámbito de intervención. Este indicador por lo referido en el párrafo anterior estará restringido sólo para Lima Metropolitana.	
PRECISIONES TECNICAS	
El indicador es porcentaje y mide indirectamente la creación del tiempo de demora hasta que el que hace la llamada al 106 es contactado con el médico.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: N° de atenciones médicas telefónicas que tiene como tiempo desde el primer timbre hasta la comunicación con el médico menos de 60 segundos. Denominador: N° total de atenciones médicas telefónicas efectivas	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual	
FUENTE DE DATOS	
Reporte del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del IGSS.	
BASE DE DATOS	
Base de Datos Informático del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (Nacional/Regional) del IGSS.	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático Nacional/Regional del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del IGSS	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 2

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de Despachos efectivos realizadas en centro regulador.	
Ámbito de control	
Es el producto: despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Número de despachos efectivos realizados que incluye el desplazamiento de la ambulancia para la atención de emergencia, sobre el total de atenciones médicas telefónicas de la central de regulación.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia	
VALOR DEL INDICADOR	
2014:53.07%	
2015: 53.87%	
2016: 54.14%	
2017: 57.39%	
2018: 60.83%	
JUSTIFICACION	
Mide el número de despachos efectivos realizados ante situaciones de emergencia o urgencia, lo que nos indica atender una emergencia efectiva mediante la ambulancia y el equipo de salud que se desplaza	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de una plataforma informática amigable, oportuna y eficiente que permita estimar este indicador de manera confiable, además se asume que los potenciales usuarios tienen acceso a una llamada telefónica o de radio en el ámbito de intervención.	
PRECISIONES TECNICAS	
N° de despachos efectivos realizados en centro regulador.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100	
Numerador: N° de despachos efectivos realizados.	
Denominador: Total de atenciones médicas telefónicas de la central de regulación.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual	
FUENTE DE DATOS	
Reporte de Centrales de Regulación (Nacional/Regional)	
BASE DE DATOS	
Base de Datos Informático de Central de Regulación	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático del Centro Regulador Nacional/Regional	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 3.1

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador: Porcentaje de atendidos pre-hospitalarios con un tiempo de rodaje menor a diez minutos	
Ámbito de control	
Es del producto: : Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2016)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Número de atenciones pre-hospitalarios móviles realizadas con un tiempo de rodaje menor a 10 minutos. Se entiende "tiempo de rodaje" al tiempo desde que la ambulancia inicia recorrido para la atención de la urgencias/emergencia hasta hacer contacto con el foco de la emergencia.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia, calidad (oportunidad)	
VALOR DEL INDICADOR	
2015: 60%	
2016: 70%	
2017: 80 %	
2018: 85%	
JUSTIFICACION	
La medición de este indicador permite estimar el porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles realizadas con un tiempo de rodaje menor a 10 minutos, permite medir si la atención pre-hospitalaria se ha realizado con oportunidad, lo que a su vez permite mejorar el desempeño de los equipos de las unidades móviles.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de una plataforma informática amigable, oportuna y eficiente que permita estimar este indicador de manera confiable, además se asume que la comunicación entre la ambulancia y la central de urgencias es fluida y mediada por un sistema de comunicación autónomo. Lo que permite registrar los tiempos, entre ellos el de rodaje.	
PRECISIONES TECNICAS	
El indicador es porcentaje y mide el tiempo de demora de la ambulancia hasta el foco de la emergencia.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100	
Numerador: N° de atenciones pre-hospitalarios móviles con un tiempo de rodaje <a 10 minutos	
Denominador: N° total de atenciones pre-hospitalarios	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual, anual	
FUENTE DE DATOS	
Sistema informático del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del IGSS y Diresas.	
BASE DE DATOS	
Base de Datos de Central de Regulación	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Ninguno	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 3.2

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	Porcentaje de Hogares Urbanos cuya población manifestó cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención medica inmediata.
Ámbito de control	Es del producto: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Número de Hogares Urbanos cuya población manifestó que cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención médica inmediata.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia, calidad	
VALOR DEL INDICADOR	
2014: 96.3 % 2015: 96.6% 2016: 96.9% 2017: 97.3 % 2018: 97.6%	
JUSTIFICACION	
La medición de este indicador permite estimar en la población el porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles, permite medir si la atención pre-hospitalaria se ha realizado con criterios de calidad, oportunidad y eficacia, lo que a su vez permite mejorar el desempeño de los equipos de las unidades móviles.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la percepción de la población frente a la atención pre-hospitalaria y si esta se ha realizado y existe en la jurisdicción.	
PRECISIONES TECNICAS	
Para la medición de este indicador será necesario encuestas de hogares de la ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS, INEI.	
METODO DE CALCULO	
Tiene como fuente la ficha técnica de la Encuesta Nacional de Programas Estratégicos el que tiene las siguientes precisiones para el cálculo: MARCO MUESTRAL El marco muestral básico para la selección de la muestra es la información estadística y cartográfica del Censo 2007, con actualización al 2010 y 2011 del directorio de viviendas de cada conglomerado seleccionado. 4.3 UNIDADES DE MUESTREO En el Área Urbana.- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es el conglomerado urbano el cual está conformado por una o más manzanas consecutivas o adyacentes. Un conglomerado urbano tiene 140 viviendas particulares, en promedio. La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) es la vivienda particular. En el Área Rural.- La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es de 2 Tipos: el conglomerado rural conformado por una o más manzanas consecutivas o adyacentes que tiene 140 viviendas particulares en promedio y el Área de Empadronamiento Rural (AER) que tiene en promedio 100 viviendas particulares, La Unidad Secundaria de Muestreo (USM) es la vivienda particular. 4.4 TIPO DE MUESTREO La muestra es probabilística, estratificada, bietápica, independiente en cada departamento, de selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño en la primera etapa y sistemática simple en la segunda etapa. El nivel de confianza de los resultados es del 95%. 4.5 TAMAÑO MUESTRAL El tamaño de la muestra anual en el ámbito nacional es 51,504 viviendas particulares (5,277 conglomerados), correspondiendo 32,928 viviendas (4,116 conglomerados) al área urbana y 18,576 (1,161 conglomerados) al área rural.	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
anual	
FUENTE DE DATOS	
ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS, INEI.	
BASE DE DATOS	
ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS, INEI.	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
ENCUESTA NACIONAL DE PROGRAMAS ESTRATEGICOS, INEI.	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

Producto 4

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas..	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de comunidades con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	
Ámbito de control	
Es del producto: Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Consiste en la relación porcentual de las comunidades priorizadas que son capacitadas para responder a los efectos de las emergencias y urgencias individuales y masivas	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia	
VALOR DEL INDICADOR	
Es un nuevo producto, por lo que no tiene línea base.	
JUSTIFICACION	
El indicador permitirá cuantificar el grado de implementación de la población para los efectos de las emergencias y urgencias individuales y masivas a través del entrenamiento en primeros auxilios, transporte de pacientes y referencia comunal.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
Dentro de las limitaciones tenemos los errores de medición del indicador y la falta de una base de datos integrada, con respecto a restricciones técnicas existe la desigual experticia, y competencia del personal y funcionarios a implementar las actividades. Con respecto a los supuestos, existe desigual tamaño, número de habitantes y distribución comunidades a nivel Regional.	
PRECISIONES TECNICAS	
Se requiere previamente la identificación y priorización de comunidades, posteriormente se implementaran los procedimientos de entrenamiento en primeros auxilios, transporte de pacientes y referencia comunal.	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas..	
METODO DE CALCULO	
Numerador /denominador X 100	
NUMERADOR: N° de comunidades entrenadas en primeros auxilios, transporte de pacientes y referencia comunal.	
DENOMINADOR: N° de Comunidades priorizadas X 30	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Semestral y Anual	
FUENTE DE DATOS	
Unidades ejecutoras que cuenten con establecimientos de salud a su cargo.	
BASE DE DATOS	
Base de Datos de las unidades ejecutoras.	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Ficha de Verificación	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

Producto 5

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Porcentaje de trasporte asistido de pacientes realizados según protocolo	
Ámbito de control	
Es del producto: Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2017)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales	
DEFINICION	
Es el número de trasporte asistido de pacientes realizados según protocolo sobre el total de trasporte asistido de pacientes.	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia y calidad	
VALOR DEL INDICADOR	
2014: 71.35%	
2015: 81.04%	
2016: 81.05%	
2017: 85.91%	
2018: 91.06%	
JUSTIFICACION	
La medición de este indicador permite cuantificar el transporte asistido adecuadamente ejecutado según los protocolos establecidos. Permite comparar la evolución de la entrega del servicio en términos de calidad.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de un sistema de Auditoria de la información que permita estimar el número de transportes asistidos a pacientes requeridos, así como de los realizados.	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
PRECISIONES TECNICAS	
El número de transportes asistidos a pacientes requeridos y realizados entre establecimientos de salud, es obtenido del sistema informático del centro regulador de emergencias y urgencias.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: N° de transporte asistido de pacientes realizados según protocolo Denominador: N° total de transporte asistido de pacientes	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual, anual	
FUENTE DE DATOS	
Reporte del Centro Regulador de urgencias y emergencias (Nacional/Regional).	
BASE DE DATOS	
Base de Datos de fichas de referencia y contrareferencia	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático o revisión de fichas de referencia	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración	

PRODUCTO 6.1

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad I atendido con oportunidad según norma técnica.	
Ámbito de control	
Es del producto: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2016)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.	
DEFINICION	
Es el número de atendidos de emergencias prioridad I en los EESS con la oportunidad que lo menciona la norma técnica de Salud de los servicios de emergencia (inmediatamente).	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia y calidad	
VALOR DEL INDICADOR	
No hay valor de línea base.	
JUSTIFICACION	
Mide las atenciones brindadas por el personal de salud de los que ingresan por patología de emergencia en los establecimientos de salud, realizadas de manera oportuna considerando que es prioridad I. La fortaleza del indicador es que permite medir el atributo de oportunidad de la atención médica en el servicio de emergencia, con el fin de mejorar de manera permanente la rapidez de la atención, contribuyendo de esta manera a	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
disminuir la mortalidad por emergencias/ urgencias.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de profesionales de la salud para atender las Emergencia en los establecimientos de salud, así como el equipamiento necesario y un sistema que recabe la información de los tiempos de atención.	
PRECISIONES TECNICAS	
La unidad de medida es atención.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: Número de atenciones de prioridad I según patología que es atendido inmediatamente. Denominador: Número total de atenciones de prioridad I según patología.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual	
FUENTE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia.	
BASE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático de la Institución del servicio de emergencia hospitalaria o urgencia	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 6.2

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad II atendido con oportunidad según norma técnica.	
Ámbito de control	
Es del producto: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2016)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.	
DEFINICION	
Es el número de atendidos de urgencias prioridad II en los EESS con la oportunidad que lo menciona la norma técnica de Salud de los servicios de emergencia (menos de 10 minutos).	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia y calidad	
VALOR DEL INDICADOR	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
No hay valor de línea base.	
JUSTIFICACION	
Mide las atenciones brindadas por el personal de salud de los que ingresan por patología de urgencia mayor en los establecimientos de salud, realizadas de manera oportuna considerando que es prioridad II. La fortaleza del indicador es que permite medir el atributo de oportunidad de la atención médica en el servicio de emergencia, con el fin de mejorar de manera permanente la rapidez de la atención, contribuyendo de esta manera a disminuir la mortalidad por emergencias/ urgencias.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de profesionales de la salud para atender las urgencias en los establecimientos de salud, así como el equipamiento necesario y un sistema que recabe la información de los tiempos de atención.	
PRECISIONES TECNICAS	
La unidad de medida es atención.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: Número de atenciones de prioridad II según patología que es atendido inmediatamente. Denominador: Número total de atenciones de prioridad II según patología.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual	
FUENTE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia.	
BASE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático de la Institución del servicio de emergencia hospitalaria o urgencia	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

PRODUCTO 6.3

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
Nombre del Indicador	
Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad III atendido con oportunidad según norma técnica.	
Ámbito de control	
Es del producto: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el programa presupuestal 2016)	
- Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.	

PROGRAMA	
Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias Médicas.	
DEFINICION	
Es el número de atendidos de urgencias prioridad III en los EESS con la oportunidad que lo menciona la norma técnica de Salud de los servicios de emergencia (menos de 20 minutos).	
DIMENSION DE DESEMPEÑO	
Eficacia y calidad	
VALOR DEL INDICADOR	
No hay valor de línea base.	
JUSTIFICACION	
Mide las atenciones brindadas por el personal de salud de los que ingresan por patología de urgencia mayor en los establecimientos de salud, realizadas de manera oportuna considerando que es prioridad III. La fortaleza del indicador es que permite medir el atributo de oportunidad de la atención médica en el servicio de emergencia, con el fin de mejorar de manera permanente la rapidez de la atención, contribuyendo de esta manera a disminuir la mortalidad por emergencias/ urgencias.	
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	
El supuesto es la disponibilidad de profesionales de la salud para atender las urgencias en los establecimientos de salud, así como el equipamiento necesario y un sistema que recabe la información de los tiempos de atención.	
PRECISIONES TECNICAS	
La unidad de medida es atención.	
METODO DE CALCULO	
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100 Numerador: Número de atenciones de prioridad III según patología que es atendido inmediatamente. Denominador: Número total de atenciones de prioridad III según patología.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	
Mensual	
FUENTE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia.	
BASE DE DATOS	
Oficina de estadística e informática de la institución y/o servicios de emergencia	
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	
Sistema informático de la Institución del servicio de emergencia hospitalaria o urgencia	
SINTAXIS	
En proceso de elaboración.	

3.6.2 Indicadores de producción física

Tabla # 15.1

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN TELEFONICA DE LA EMERGENCIA EN CENTRO REGULADOR
Código de producto / actividad	3000684
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006.
Método de medición	Se consideran en el conteo a aquellos atenciones mediante llamadas brindadas por las Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias identificadas en una situación de emergencia o urgencia individual o masiva, la obtención de datos específicos del paciente para verificar y discriminar la veracidad de la Urgencia o Emergencia; incluye la recepción evaluación, consejería y/o 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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.
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 IGSS y de DIRESAS/GERESAS

Tabla # 15.2

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA
Código de producto / actividad	3000685
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo a aquellas atenciones que generan el despacho de la ambulancia.
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS. - 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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.

Tabla # 15.3

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCION PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA
Código de producto / actividad	3000799
Unidad de medida	ATENCION
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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS. - 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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.

Tabla # 15.4

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: POBLACIÓN CON PRÁCTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS
Código de producto / actividad	3000800
Unidad de medida	ATENCIÓN
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de comunidades entrenadas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas.
Fuente de información de la programación	Reporte de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.
Fuente de información para la ejecución	-Reportes e informes consolidados de Centrales de Regulación de Urgencias y Emergencias del SAMU, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS. - 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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS.

Tabla # 15.5

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL
Código de producto / actividad	3000801
Unidad de medida	ATENCION
Código de la unidad de medida	006
Método de medición	Se consideran en el conteo el número de transportes asistidos secundarios o terciarios a pacientes en condición de emergencia o urgencia.
Fuente de información de la programación	Reporte del Centro Regulador (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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS. - 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, del IGSS o de las DIRESAS/GERESAS y hospitales e institutos que son unidades ejecutoras.

Tabla # 15.6

Ficha técnica del indicador de producción física	
Denominación de producto / actividad	PRODUCTO: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Código de producto / actividad	3000686
Unidad de medida	ATENCION
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.

.....

3.7 Supuestos

A continuación se presenta los supuestos identificados

Tabla # 16

Nivel de Objetivo		Supuestos
Resultado Final		
Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos		Las políticas de prevención contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad
Resultado Especifico		
Disminución de la mortalidad por urgencias o emergencias individuales y masivas.		Las personas responden al tratamiento de manera favorable
Productos		
Producto 1	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Los usuarios reconocen al 106 como el número para atención de urgencias y/o emergencias.
Producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Las coordinaciones y seguimiento son eficientes.
Producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Las comunidades disponen de condiciones para ser entrenadas.
Producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	La atención en los EESS de urgencias y emergencias es eficiente.
Actividades		
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Los operadores atienden las llamadas con eficiencia.
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia	La atención médica telefónica es adecuada y oportuna.
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU	La llegada de las unidades móviles es en los tiempos establecidos.
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia	La coordinación telefónica es adecuada y oportuna.
Actividad 3.1	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 3.2	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 3.3	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	La atención pre-hospitalaria en módulos de atención ambulatoria cumple con los estándares establecidos
Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Las gestiones con las comunidades permiten el desarrollo de los talleres
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia	La coordinación es efectiva para las referencias

Nivel de Objetivo		Supuestos
Actividad 6.1	Atención de triaje	Los usuarios son clasificados adecuadamente según la prioridad de su patología.
Actividad 6.2	Atención de la emergencia y urgencia básica	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.3	Atención de la emergencia especializada	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Los usuarios hacen uso de los módulos de atención de urgencias o emergencias según el protocolo de atención

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 mortalidad por eventos fortuitos.
Resultado específico. Sustento de la relación RF/RE	Resultado específico 1: Disminución de la mortalidad por urgencias y/o emergencias individuales y/o masivas.
	Los resultados específicos de disminución de la mortalidad por urgencias y/o emergencias son inherentes a la reducción de la morbi-mortalidad por eventos fortuitos, su vinculación no requiere ser probada.

3.9 Matriz lógica del Programa (marco lógico)

Tabla N° 18

Objetivos		Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final				
Resultado Final 1	Disminuir mortalidad por emergencias y urgencias	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	CEPLAN	Las políticas de prevención contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad
Resultado específico				

Objetivos		Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado Específico 1	Disminuir la letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	- Base de datos SAMU. - Registros de los EESS. - Base de datos ENDES. - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	Las personas responden al tratamiento de manera favorable
Productos				
Producto 1	Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Tasa de llamadas efectivas realizadas a la Central de Regulación de Urgencias y Emergencias.	Base de datos SAMU del IGSS, DIRESAS o GERESAS.	Los usuarios reconocen al 106 como el número para atención de urgencias y/o emergencias.
Producto 2	Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Tasa de despachos efectivos realizados.	Base de datos SAMU del IGSS, DIRESAS o GERESAS.	Las coordinaciones y seguimiento son eficientes.
Producto 3	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Tasa de atendidos pre-hospitalarios	Base de datos SAMU del IGSS, DIRESAS o GERESAS y redes.	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 4	Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Proporción de comunidades que han sido entrenadas.	Base de datos de Unidades Ejecutoras que tengan EESS a su cargo con alcance territorial	La comunidad muestra interés para el proceso de entrenamiento.
Producto 5	Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Tasa de transporte asistido de pacientes realizados	Base de datos SAMU del IGSS, DIRESAS o GERESAS y redes	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 6	Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas de prioridad I y II	Base de datos SAMU	La atención de hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
ACTIVIDADES				
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Número de atenciones telefónicas de urgencias o emergencias al 106	Informe SAMU	Los operadores atienden las llamadas con eficiencia.
Actividad 1.2	Atención médica telefónica de la emergencia	Número de atenciones telefónicas atendidas por médico	Informe SAMU	La atención médica telefónica es adecuada y oportuna.
Actividad 2.1	Despacho de la unidad móvil SAMU	Número de atenciones telefónicas que ameritan despacho de la ambulancia	Informe SAMU	La atención de despacho es adecuada y oportuna.
Actividad 2.2	Coordinación y seguimiento de la referencia	Número de atenciones de coordinación del desplazamiento de la ambulancia	Informe SAMU	La coordinación es adecuada y oportuna.

Objetivos		Indicadores	Medios de verificación	Supuestos importantes
Actividad 3.1	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Numero de atenciones prehospitalaria individuales en foco de unidades móviles	Informe SAMU	La atención prehospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 3.2	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Numero de atenciones prehospitalaria masivas en foco de unidades móviles	Informe SAMU	La atención prehospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 3.3	Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	Numero de atenciones prehospitalaria en foco en módulos de atención ambulatoria	Informe SAMU	La atención pre-hospitalaria en módulos de atención ambulatoria cumple con los estándares establecidos
Actividad 4.1	Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Número de comunidades entrenadas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Informe de las Unidades Ejecutoras con EESS asignados	Las gestiones con las comunidades permiten el desarrollo de los talleres
Actividad 5.1	Servicio de transporte asistido de la emergencia	Numero de traslados de pacientes en situación de emergencia	Informe SAMU Registros hospitalarios y de institutos.	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 5.2	Servicio de transporte asistido de la urgencia	Numero de traslados de pacientes en situación de urgencia.	Informe SAMU Registros hospitalarios y de institutos.	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 6.1	Atención de triaje	Número de atenciones en triaje.	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios son clasificados adecuadamente según la prioridad de su patología.
Actividad 6.2	Atención de la emergencia y urgencia básica	Número de atenciones en las áreas de emergencias	Registros de EESS de primer nivel de atención.	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.3	Atención de la emergencia especializada	Número de atenciones de prioridad I y II en servicios de emergencia de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.4	Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Número de atenciones (ingresos) en UCIs de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.5	Atención de la emergencia quirúrgica	Número de atenciones (cirugías) en centro quirúrgico de hospitales e institutos	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 6.6	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Número de atenciones en módulos hospitalarios diferenciados autorizados (prioridad III o IV)	Registros hospitalarios y de institutos.	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento

IV. Seguimiento y Evaluación

4.1 Seguimiento del desempeño

Tabla N° 21

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Resultado específico	Disminución de la letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	Indicador 1 Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	Atención	- Base de datos SAMU. - Registros de los EESS. - Base de datos ENDES. - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de muertos en pacientes de emergencias y urgencias/Total de pacientes en emergencias y urgencias x 100	Uso interno	No amerita	2010: 5.0% 2015: 4.8% 2016: 4.7% 2017: 4.5% 2018: 4.2%
Producto	Producto 01: Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Tasa de llamadas efectivas realizadas a la Central de Regulación de Urgencias y Emergencias	Atención	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de atenciones médicas telefónicas en el centro regulador cuyo tiempo de respuesta es inferior a 60 segundos/Total de atenciones médicas telefónicas en el centro regulado x 100	Uso interno	No amerita	2015: 70% 2016: 80% 2017: 85% 2018: 90%

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Producto	Producto 02: Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Porcentaje de Despachos efectivos realizadas en centro regulador.	Atención	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	Porcentaje de C efectivos realizadas en centro regulador/Total de despachos x100	Uso interno	No amerita	2014:53.07% 2015: 53.87% 2016: 54.14% 2017: 57.39% 2018: 60.83%
Producto	Producto 03: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de atendidos pre-hospitalarios con un tiempo de rodaje menor a diez minutos.	ATENCIÓN	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	Porcentaje de atendidos pre-hospitalarios con un tiempo de rodaje menor a diez minutos	Uso interno	No amerita	2015: 60% 2016: 70% 2017:80 % 2018: 85%

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Producto	Producto 03: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de Hogares Urbanos cuya población manifestó cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención médica inmediata.	ATENCIÓN	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de atendidos pre-hospitalarios con soporte vital avanzado realizadas X 10,000 habitantes	Uso interno	No amerita	2014: 96.3 % 2015: 96.6% 2016: 96.9% 2017: 97.3 % 2018: 97.6%
Producto	Producto 04: Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Porcentaje de comunidades con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	ATENCIÓN	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° Comunidades con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas/Comunidades programadas x100	Uso interno	No amerita	Producto nuevo.

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Producto	Producto 05: Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Porcentaje de transporte asistido de pacientes realizados según protocolo	ATENCION	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° Transporte asistido de pacientes realizados según protocolo/ Total de transporte asistido de pacientes x 100	Uso interno	No amerita	2014: 71.35% 2015: 81.04% 2016: 81.05% 2017: 85.91% 2018: 91.06%
Producto	Producto 06: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad I atendido con oportunidad según norma técnica.	ATENCION	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad I atendido con oportunidad según norma técnica./total de atenciones de urgencias y emergencias x 100	Uso interno	No amerita	Producto con indicador nuevo.

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador (desempeño)	U.M.	Fuente de datos	Responsable de definición	Responsable de medición	Método de cálculo	Disponible		
								Base de datos	Sintaxis	LdB
Producto	Producto 06: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad II atendido con oportunidad según norma técnica.	ATENCION	- Base de datos SAMU - Registros hospitalarios - Base de datos ENDES - Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad II atendido con oportunidad según norma técnica./total de atenciones de urgencias y emergencias x 100	Uso interno	No amerita	Producto con indicador nuevo.
Producto	Producto 06: Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad III atendido con oportunidad según norma técnica.	ATENCION	Base de datos SAMU Registros hospitalarios Base de datos ENDES Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	MINSA	MINSA	N° de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad III atendido con oportunidad según norma técnica./total de atenciones de urgencias y emergencias x 100	Uso interno	No amerita	Producto con indicador nuevo

4.2 Evaluación

El PP no ha tenido evaluaciones independientes que haya sido remitida al Ministerio de Salud.

V. Programación física y financiera

5.1. Definiciones

5.2. Cálculos previos

5.2.1. Cuantificación de la población priorizada

Tabla N° 25

REGION	POBLACION PROYECTADA (PProy)								POBLACION POTENCIAL (31.2% de PProy)	Población Potencial que va al MINSA (51.31%)	Población Potencial q va no va a ningún lugar (40.70%)	Población Potencial q va Essalud, FFAA y otros (7.99%)
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2017			
PERÚ	30,135,875	30,475,144	30,814,175	31,151,643	31,489,111	31,826,579	32,164,047	32,501,515	9,929,893	5,095,028	4,041,466	793,398
AMAZONAS	417,508	419,404	421,122	422,629	424,136	425,643	427,150	428,657	132,801	68,140	54,050	10,611
ÁNCASH	1,129,391	1,135,962	1,142,409	1,148,634	1,154,859	1,161,084	1,167,309	1,173,534	362,258	185,875	147,439	28,944
APURÍMAC	451,881	454,324	456,652	458,830	461,008	463,186	465,364	467,542	144,514	74,150	58,817	11,547
AREQUIPA	1,245,251	1,259,162	1,273,180	1,287,205	1,301,230	1,315,255	1,329,280	1,343,305	410,360	210,555	167,016	32,788
AYACUCHO	666,029	673,609	681,149	688,657	696,165	703,673	711,181	718,689	219,546	112,649	89,355	17,542
CAJAMARCA	1,513,892	1,519,764	1,525,064	1,529,755	1,534,446	1,539,137	1,543,828	1,548,519	480,211	246,396	195,446	38,369
CALLAO	969,170	982,800	996,455	1,010,315	1,024,175	1,038,035	1,051,895	1,065,755	323,867	166,176	131,814	25,877
CUSCO	1,292,175	1,300,609	1,308,806	1,316,729	1,324,652	1,332,575	1,340,498	1,348,421	415,763	213,328	169,216	33,219
HUANCAVELICA	483,580	487,472	491,278	494,963	498,648	502,333	506,018	509,703	156,728	80,417	63,788	12,523
HUÁNUCO	840,984	847,714	854,234	860,537	866,840	873,143	879,446	885,749	272,421	139,779	110,875	21,766
ICA	763,558	771,507	779,372	787,170	794,968	802,766	810,564	818,362	250,463	128,513	101,938	20,012
JUNÍN	1,321,407	1,331,253	1,341,064	1,350,783	1,360,502	1,370,221	1,379,940	1,389,659	427,509	219,355	173,996	34,158
LA LIBERTAD	1,791,659	1,814,276	1,836,960	1,859,640	1,882,320	1,905,000	1,927,680	1,950,360	594,360	304,966	241,905	47,489
LAMBAYEQUE	1,229,260	1,239,882	1,250,349	1,260,650	1,270,951	1,281,252	1,291,553	1,301,854	399,751	205,112	162,699	31,940
LIMA	9,395,149	9,540,996	9,689,011	9,838,251	9,987,491	10,136,731	10,285,971	10,435,211	3,162,660	1,622,761	1,287,203	252,697
LORETO	1,006,953	1,018,160	1,028,968	1,039,372	1,049,776	1,060,180	1,070,584	1,080,988	330,776	169,721	134,626	26,429
MADRE DE DIOS	127,639	130,876	134,105	137,316	140,527	143,738	146,949	150,160	44,846	23,011	18,252	3,583
MOQUEGUA	174,859	176,736	178,612	180,477	182,342	184,207	186,072	187,937	57,473	29,489	23,391	4,592
PASCO	297,591	299,807	301,988	304,158	306,328	308,498	310,668	312,838	96,251	49,387	39,174	7,690

REGION	POBLACION PROYECTADA (PProy)								POBLACION POTENCIAL (31.2% de PProy)	Población Potencial que va al MINSA (51.31%)	Población Potencial q va no va a ningún lugar (40.70%)	Población Potencial q va Essalud, FFAA y otros (7.99%)
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2017			
PIURA	1,799,607	1,814,622	1,829,496	1,844,129	1,858,762	1,873,395	1,888,028	1,902,661	584,499	299,907	237,891	46,701
PUNO	1,377,122	1,389,684	1,402,496	1,415,608	1,428,720	1,441,832	1,454,944	1,468,056	449,852	230,819	183,090	35,943
SAN MARTÍN	806,452	818,061	829,520	840,790	852,060	863,330	874,600	885,870	269,359	138,208	109,629	21,522
TACNA	328,915	333,276	337,583	341,838	346,093	350,348	354,603	358,858	109,309	56,086	44,489	8,734
TUMBES	228,227	231,480	234,638	237,685	240,732	243,779	246,826	249,873	76,059	39,026	30,956	6,077
UCAYALI	477,616	483,708	489,664	495,522	501,380	507,238	513,096	518,954	158,258	81,202	64,411	12,645

Población Potencial que va al MINSA (51.31%), tiene la prioridad de las actividades vinculadas a la atención en los establecimientos de salud.

Población Potencial q va no va a ningún lugar (40.70%), tiene la prioridad de las actividades vinculadas a las atenciones prehospitalarias.

Población Potencial q va Essalud, FFAA y otros (7.99%), tiene la prioridad de las actividades vinculadas a la atención en los establecimientos de salud.

5.2.3. Cálculo de la meta de producto

Tabla N° 26

Nivel de Objetivo	Nombre del Indicador	Valores Históricos				Metas Proyectadas		
Resultado específico		2,012	2,013	2,014	2,015	2,016	2,017	2,018
Disminución de la letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	5.00			4.8	4.7	4.5	4.2
Producto								
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Tasa de llamadas efectivas realizadas a la Central de Regulación de Urgencias y Emergencias				70%	80%	85%	90%
Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Porcentaje de Despachos efectivos realizadas en centro regulador			53.07%	53.87%	54.14%	57.39%	60.83%
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de atendidos pre-hospitalarios con un tiempo de rodaje menor a diez minutos.				60%	70%	80%	85%
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Porcentaje de Hogares Urbanos cuya población manifestó cuando un miembro del hogar presento un problema de salud o accidente, recibieron atención médica inmediata.			96.3%	96.6%	96.9%	97.3%	97.6%
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Porcentaje de comunidades con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas							
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Porcentaje de transporte asistido de pacientes realizados según protocolo			71.35%	81.04%	81.05%	85.91%	91.06%
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad I atendido con oportunidad según norma técnica.							
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad II atendido con oportunidad según norma técnica.							
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Porcentaje de atenciones de emergencias y urgencias médicas prioridad III atendido con oportunidad según norma técnica.							

5.4 Programación de producción anual

Tabla N° 28

Producto / Proyecto / Actividad	Unidad de producción física (unidad de medida)	Meta de producción física (meta física)	Recursos Financieros (S/.)
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Atención	386,789	8,584,793
Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Atención	2'030,643	3,022,680
Atención médica telefónica de la emergencia	Atención	386,789	5,562,113
Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Atención	96,697	6,253,108
Despacho de la unidad móvil SAMU	Atención	96,697	2,253,097
Coordinación y seguimiento de la referencia	Atención	198,598	4,000,011
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Atención	73,973	48,838,050
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Atención	56,959	19,817,913
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Atención	17,013	11,219,608
Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	Atención	48,348	17,800,529
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Comunidad	500	100,000
Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Comunidad	500	100,000
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Atención	21,821	56,560,311
Servicio de transporte asistido de la emergencia	Atención	7,692	34,249,492
Servicio de transporte asistido de la urgencia	Atención	14,129	22,310,819
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Atención	331,097	155,398,539
Atención de triaje	Atención	132,439	6,042,113
Atención de la emergencia y urgencia básica	Atención	49,665	24,168,454
Atención de la emergencia especializada	Atención	33,110	30,210,567
Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Atención	33,110	30,210,567
Atención de la emergencia quirúrgica	Atención	82,774	30,210,567
Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Atención	99,329	34,556,270
Acciones comunes	Informe	1,491	15,774,874
Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias	Normas	213	734,943
Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal	Informe	852	12,834,193
Asistencia técnica y capacitación	Personas	16050	2,205,738

4.4 Programación Multianual

5.5.3. Cálculo de las metas de programación multianual de productos

Tabla # 29: PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción física

Producto / Proyecto / Actividad	Unidad de producción física	Meta de producción física (meta física) proyección		
		2017	2018	2019
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	Atención	386,789	406,128	426,435
Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Atención	2,030,643	2,132,175	2,238,784
Atención médica telefónica de la emergencia	Atención	386,789	406,128	426,435
Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	Atención	96,697	101,532	106,608
Despacho de la unidad móvil SAMU	Atención	96,697	101,532	106,608
Coordinación y seguimiento de la referencia	Atención	198,598	208,528	218,954
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	Atención	73,973	77,672	81,555
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	Atención	56,959	59,807	62,797
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	Atención	17,013	17,864	18,757
Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	Atención	48,348	50,765	53,304
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Comunidad	500	525	551
Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	Comunidad	500	525	551
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	Atención	21,821	22,912	24,058
Servicio de transporte asistido de la emergencia	Atención	7,692	8,077	8,480
Servicio de transporte asistido de la urgencia	Atención	14,129	14,835	15,577
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	Atención	331,097	347,652	365,034
Atención de triaje	Atención	132,439	139,061	146,014
Atención de la emergencia y urgencia básica	Atención	49,665	52,148	54,756
Atención de la emergencia especializada	Atención	33,110	34,766	36,504
Atención de la emergencia de cuidados intensivos	Atención	33,110	34,766	36,504
Atención de la emergencia quirúrgica	Atención	82,774	86,913	91,258
Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Atención	99,329	104,295	109,510
Acciones comunes	Informe	1,491	1,566	1,644
Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias	Informe	213	213	213

Producto / Proyecto / Actividad	Unidad de producción física	Meta de producción física (meta física) proyección		
		2017	2018	2019
Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal	Informe	852	852	852
Asistencia técnica y capacitación	Informe	16050	17650	19420

Tabla # 30: PROGRAMACION MULTIANUAL, Meta de producción financiera

Producto / Proyecto / Actividad	Recursos Financieros (\$/.) proyección		
	2017	2018	2019
Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en centro regulador	8,584,793	9,014,033	9,464,734
Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	3,022,680	3,173,814	3,332,505
Atención médica telefónica de la emergencia	5,562,113	5,840,219	6,132,230
Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia	6,253,108	6,565,763	6,894,052
Despacho de la unidad móvil SAMU	2,253,097	2,365,752	2,484,039
Coordinación y seguimiento de la referencia	4,000,011	4,200,012	4,410,012
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual y masiva	48,838,050	51,279,953	53,843,950
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia individual	19,817,913	20,808,809	21,849,249
Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia y urgencia masiva	11,219,608	11,780,588	12,369,618
Atención pre-hospitalaria de la urgencia masiva en módulos de atención ambulatoria	17,800,529	18,690,555	19,625,083
Población con prácticas efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	100,000	105,000	110,250
Entrenamiento de la comunidad efectivas frente a las emergencias y urgencias individuales y masivas	100,000	105,000	110,250
Transporte asistido de la emergencia y urgencia individual	56,560,311	59,388,327	62,357,743
Servicio de transporte asistido de la emergencia	34,249,492	35,961,967	37,760,065
Servicio de transporte asistido de la urgencia	22,310,819	23,426,360	24,597,678
Atención de la emergencia o urgencia en establecimiento de salud	155,398,539	163,168,466	171,326,889
Atención de triaje	6,042,113	6,344,219	6,661,430
Atención de la emergencia y urgencia básica	24,168,454	25,376,877	26,645,721
Atención de la emergencia especializada	30,210,567	31,721,095	33,307,150
Atención de la emergencia de cuidados intensivos	30,210,567	31,721,095	33,307,150
Atención de la emergencia quirúrgica	30,210,567	31,721,095	33,307,150

Producto / Proyecto / Actividad	Recursos Financieros (S/.) proyección		
	2017	2018	2019
Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	34,556,270	36,284,084	38,098,288
Acciones comunes	15,774,874	16,563,618	17,391,799
Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias	734,943	771,690	810,275
Monitoreo, supervisión y evaluación del programa presupuestal	12,834,193	13,475,903	14,149,698
Asistencia técnica y capacitación	2,205,738	2,316,025	2,431,826

Tabla # 31: Estructura Funcional Programática del PP 104 - 2017.

PROGRAMA_PPTO	CODIGO_PRODUCTO	PRODUCTO	CODIGO_MEDIDA_PRODUCTO	UND_MEDIDA_PRODUCTO	CODIGO_ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	CODIGO_MEDIDA_ACTIVIDAD	UND_MEDIDA_ACTIVIDAD	COD_FUNCION	FUNCION	COD_DIVISION	DIVISION_FN	COD_GRUPO	GRUPO_FN	COD_FINALIDAD	FINALIDAD	AMBITO
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	080	NORMA	20	SALUD	043	SALUD COLECTIVA	0093	REGULACION Y CONTROL SANITARIO	0076149	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000001	ACCIONES COMUNES			5005138	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	060	INFORME	20	SALUD	004	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136007	MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000001	ACCIONES COMUNES			5005139	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	086	PERSONA	20	SALUD	004	PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL	0005	PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL	0136008	ASISTENCIA TECNICA Y CAPACITACION	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	006	ATENCION		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA		NACIONAL, REGIONAL, LOCALES Y MANCOMUNIDADES	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	006	ATENCION		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA	006	ATENCION	20	SALUD	016	GESTION DE RIESGOS Y EMERGENCIAS	0036	ATENCION INMEDIATA DE DESASTRES		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA MASIVA	NACIONAL, REGIONAL Y LOCALES
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL Y MASIVA	006	ATENCION		ATENCION PREHOSPITALARIA DE LA URGENCIA MASIVA EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	006	ATENCION	20	SALUD	016	GESTION DE RIESGOS Y EMERGENCIAS	0036	ATENCION INMEDIATA DE DESASTRES		ATENCION PREHOSPITALARIA DE LA URGENCIA MASIVA EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	NACIONAL, REGIONAL Y LOCALES
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		POBLACION CON PRACTICAS EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS		COMUNIDAD		ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	019	COMUNIDAD	20	SALUD	016	GESTION DE RIESGOS Y EMERGENCIAS	0035	PREVENCION DE DESASTRES		ENTRENAMIENTO DE LA COMUNIDAD EFECTIVAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS INDIVIDUALES Y MASIVAS	NACIONAL, REGIONAL Y LOCALES
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	006	ATENCION		SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA		SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		TRANSPORTE ASISTIDO DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA INDIVIDUAL	006	ATENCION		SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA		SERVICIO DE TRANSPORTE ASISTIDO DE LA URGENCIA	NACIONAL, REGIONAL Y LOCALES
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000684	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	006	ATENCION	5002792	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106"	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076112	SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106"	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000684	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR	006	ATENCION	5002793	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076113	ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000685	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	006	ATENCION	5002794	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0076114	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	NACIONAL Y REGIONAL

PROGRAMA_PPTO	CODIGO_PRODUCTO	PRODUCTO	CODIGO_MEDIDA_PRODUCTO	UND_MEDIDA_PRODUCTO	CODIGO_ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	CODIGO_MEDIDA_ACTIVIDAD	UND_MEDIDA_ACTIVIDAD	COD_FUNCION	FUNCION	COD_DIVISION	DIVISION_FN	COD_GRUPO	GRUPO_FN	COD_FINALIDAD	FINALIDAD	AMBITO
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000685	DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL Y COORDINACION DE LA REFERENCIA	006	ATENCION	5005140	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA	0136009	COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION DE TRIAJE	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0098	SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO		ATENCION DE TRIAJE	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA		ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA BASICA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA		ATENCION DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA ESPECIALIZADA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA		ATENCION DE LA EMERGENCIA DE CUIDADOS INTENSIVOS	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0097	ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA		ATENCION DE LA EMERGENCIA QUIRURGICA	NACIONAL Y REGIONAL
REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	3000686	ATENCION DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	006	ATENCION		ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	006	ATENCION	20	SALUD	044	SALUD INDIVIDUAL	0096	ATENCION MEDICA BASICA		ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	NACIONAL Y REGIONAL