



PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO 2: CONTENIDOS MINIMOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES



ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Programa Presupuestal

Programa Presupuestal 018 "Enfermedades No Transmisibles"

Tipo de Diseño Propuesto

Ampliación del diseño

Entidad Rectora del PP

Ministerio de Salud.

Responsable Técnico del Programa Presupuestal:

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Coordinador Territorial.

Oficina General de Articulación y Coordinación

Coordinador de Seguimiento y Evaluación.

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.

DIAGNÓSTICO

Identificación del problema

Enunciado del problema específico

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

- En el Perú, las ENT representan el 58.5% de la carga de enfermedad generada cada año, colocándose así este grupo de enfermedades como el mayor causante de discapacidad y muerte prematura en el país, por encima de las enfermedades transmisibles y las lesiones. Este panorama coincide con lo reportado a nivel mundial para países de medianos ingresos.^{1,2}
- Así, además del sufrimiento a individuos y familias, las pérdidas económicas causadas por las ENT a la sociedad peruana son considerables. Como se puede visualizar en la Tabla 1, se estima que 6 tipos de ENT (Enfermedades neuropsiquiátricas, lesiones no intencionales, condiciones perinatales, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades osteoarticulares) pueden haber generado pérdidas económicas a la sociedad peruana entre 84 mil y 85 mil millones de Nuevos Soles durante el año 2012.

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

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

- Frente a las enfermedades del sistema estomatognático, Las enfermedades orales, especialmente la caries dental es sumamente prevalente en la población peruana, y significan pérdidas de más de 2 mil millones de Nuevos Soles anualmente (Ver Tabla 1). Su alta prevalencia y cronicidad hace que las enfermedades orales sean la 2da causa de consulta externa en establecimientos de salud, con un alto impacto en la productividad económica de las personas, incluyendo horas perdidas de estudio o de trabajo.
- Respecto a la Salud Ocular, la OMS estimó que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones presentan ceguera, esta cifra se incrementa en uno o dos millones cada año, siendo aproximadamente la mitad de ellos a consecuencia de ceguera por catarata y 246 millones presentan baja visión. ³ En el Perú, un problema común del órgano ocular es la catarata, este problema causa pérdidas estimadas en más de 310 millones de Nuevos Soles anuales a la sociedad peruana por discapacidad o muerte prematura (Ver Tabla N°1).
- Respecto a los problemas por Metales Pesados, desde la época de la revolución industrial los niveles de contaminación ambiental han ido en aumento de forma notable. Entre los contaminantes más importantes se encuentran los metales pesados, los que no se degradan química ni biológicamente, por lo que una vez emitidos permanecen en el ambiente durante cientos de años en algunos casos, contaminando el agua, la tierra, y ocasionando daños a la salud de las personas. Además, su concentración en los seres vivos aumenta a medida que son ingeridos por otros, lo que se conoce como la contaminación en la cadena alimenticia y bioacumulación.

Entre los metales pesados de mayor riesgo a la salud de origen ambiental y ocupacional, se encuentran el Plomo, Cadmio, Mercurio, Arsénico entre otros. Teniendo cada uno de ellos síntomas y signos de intoxicación de acuerdo a sus características toxicocinéticas y toxicodinámicas. El Cadmio y el Arsénico son considerados agentes cancerígenos por la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), el plomo tiene efectos hematopoyéticos y neurotóxicos, y el mercurio (único metal volátil) preocupa por su neurotoxicidad. Así, la polución ambiental puede llevar a diversos problemas de salud, especialmente de los más vulnerables en la población, como son los niños. Por ejemplo, un estudio en India, donde la polución ambiental con plomo es un problema sustancial, como lo es en muchos países de bajos y medianos ingresos, encontró que la anemia infantil está asociada a la presencia de plomo en la sangre. Esta asociación es más marcada cuando se refiere a la anemia severa ($Hb < 8g/dl$).⁴ Esta evidencia tiene relevancia debido a que en el Perú, la anemia infantil continúa siendo un problema bastante extendido, especialmente en las regiones más pobres del país.⁵

Las principales fuentes de exposición al plomo en el Perú se encuentran principalmente relacionadas a la actividad minera, así como a la metalúrgica, metalmecánica e industrial (Lima Norte, Callao, La Oroya, Cerro de Pasco, Cajamarca, Ancash)⁶.

El problema de la contaminación se ve recrudecida por la expansión de la minería artesanal. Se ha estimado que aproximadamente 30 a 40 mil familias están implicadas en esta actividad de minería especialmente en Madre de Dios, Puno y en el llamado Sur Medio (Ica, Ayacucho, Arequipa)⁷. Actualmente, la situación y complejidad del problema es a nivel nacional y de gran magnitud.

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

⁴Jain NB, Laden F, Guller U, Shankar A, Kazani S, Garshick E. Relation between blood lead levels and childhood anemia in India. *Am J Epidemiol*. 2005 May 15;161(10):968-73.

⁵Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y Salud Familiar, 2012.

⁶Guía Técnica de Práctica Clínica para el manejo de Intoxicación de Pacientes con plomo, aprobado con Resolución Ministerial N° 511-2007/MINSA

⁷ Grupo de trabajo Multisectorial Para elaborar propuestas a fin De mejorar el desarrollo de Las actividades de la minería Artesanal en el marco de la Legislación vigente, PCM, 2009. <http://www.defensoria.gob.pe/conflictos-sociales/objetos/paginas/6/Reporte-95.pdf>

Asimismo, el el Reporte Mensual 131 de Conflictos Sociales de la Defensoría del Pueblo (Enero 2015), indica que hay 210 conflictos (Cuadro 1), de los cuales 164 son socio-ambientales (Cuadro 2) donde se han mencionado supuestos daños a la salud por la contaminación ambiental relacionado a la exposicion a metales pesados, siendo en su mayoría relacionados a minería, con mayor presencia en 12 regiones: Ancash, Cusco, Puno, Cajamarca, Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Huánuco, Loreto, Pasco y Junin según mapa de los casos activos y latentes por departamento y por tipo de conflicto de la Defensoría del Pueblo. Esto coloca a la contaminación ambiental entre uno de los problemas sociopolíticos y económicos más sentidos en la población y actores políticos del país.

Cuadro 1. Numero de conflictos sociales Enero 2014-2015

PERÚ: CONFLICTOS SOCIALES REGISTRADOS POR MES, ENERO 2014-15												
(Número de casos)												2015
2014												
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
213	212	211	212	212	214	208	205	201	217	212	210	210
Fuente: Defensoría del Pueblo - SIMCO												

Cuadro 2. Conflictos sociales según Tipo.

PERÚ: CONFLICTOS SOCIALES, SEGÚN TIPO, ENERO 2015		
(Número de casos)		
Tipo	N° casos	%
TOTAL	210	100.0%
Socioambiental	140	66.7%
Asuntos de gobierno local	23	11.0%
Demarcación territorial	15	7.1%
Comunal	10	4.8%
Asuntos de gobierno nacional	8	3.8%
Otros asuntos	6	2.9%
Laboral	4	1.9%
Asuntos de gobierno regional	4	1.9%
Cultivo ilegal de coca	-	-
Electoral	-	-
Fuente: Defensoría del Pueblo - SIMCO		

Tabla 1. Pérdidas económicas debido a muerte temprana o discapacidad en el Perú. Estimaciones para el 2012.

	Ingreso nacional per cápita, GNI per cápita en USD (2012)	Años de vida perdidos ajustados a discapacidad, AVISA (2004)	En dólares americanos (USD)**	En Nuevo Soles al cambio (1 USD= 2.7 Nuevos Soles)
6 primeras causas de enfermedad (ENT)*	\$ 10,240.00	3061274	\$ 31,347,445,760.00	S/. 84,638,103,552.00
Neuropsiquiátricas	\$ 10,240.00	826253	\$ 8,460,830,720.00	S/. 22,844,242,944.00
Abuso/dependencia alcohol	\$ 10,240.00	231820	\$ 2,373,836,800.00	S/. 6,409,359,360.00

	Ingreso nacional per cápita, GNI per cápita en USD (2012)	Años de vida perdidos ajustados a discapacidad, AVISA (2004)	En dólares americanos (USD)**	En Nuevo Soles al cambio (1 USD= 2.7 Nuevos Soles)
Adicción	\$ 10,240.00	45130	\$ 462,131,200.00	S/. 1,247,754,240.00
Depresión	\$ 10,240.00	193931	\$ 1,985,853,440.00	S/. 5,361,804,288.00
Cardiovasculares	\$ 10,240.00	390121	\$ 3,994,839,040.00	S/. 10,786,065,408.00
Diabetes	\$ 10,240.00	152589	\$ 1,562,511,360.00	S/. 4,218,780,672.00
Enfermedad CV Hipertensiva	\$ 10,240.00	105000	\$ 1,075,200,000.00	S/. 2,903,040,000.00
Enfermedades orales	\$ 10,240.00	84600	\$ 866,304,000.00	S/. 2,339,020,800.00
Enfermedades oculares (Cataratas)	\$ 10,240.00	11353	\$ 116,254,720.00	S/. 313,887,744.00

Tabla elaborada por Fabián Fiestas

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

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

Elevada Carga de Enfermedad de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

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

Datos estadísticos o cuantitativos, del problema identificado

Enfermedades No Transmisibles

Según el estudio de Carga de enfermedad en el Perú, realizado por Velásquez A y Col, (3) la mayor carga de enfermedad se atribuye a las enfermedades no transmisibles (58.5%) y en segundo lugar a las enfermedades transmisibles, maternas y peri natales (27.6%), en tanto los accidentes y lesiones aportan el 14.7% de la carga de enfermedad.

En términos de años de vida saludables perdidos (AVISA), por enfermedades no transmisibles se perdieron 107.3 AVISA x 1000 habitantes, lo que significa más del doble de la carga generada por enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (que causaron una pérdida de 49 AVISA x 1000 habitantes) y casi 4 veces la carga causada por accidentes y lesiones (estimada en 27 AVISA x 1000 habitantes).

Como se ha mencionado previamente, el grupo de daños que causa mayor carga de enfermedad en el Perú es el de las enfermedades neuro-psiquiátricas. Con datos nacionales de discapacidad y muerte prematura, se ha estimado que esta enfermedad produce 826,253 AVISA, lo que presenta el 16% de todos los AVISA y el 28% de los AVISA correspondientes a las enfermedades no transmisibles.

Las cardiovasculares ocupan el cuarto lugar de la carga de enfermedad en el país. A estas causas se atribuyeron 390,121 AVISA en el estudio (8% del total de AVISA). La diabetes, ocupa la novena causa de carga de enfermedad y es responsable de 152,589 AVISA (3% del total). Por su parte, la enfermedad cerebro vascular, ocupa la décima causa de enfermedad, esta enfermedad ha producido una pérdida de 116,385 años de vida saludables y representa al 2% de la carga de enfermedad del país.

Sobrepeso y Obesidad

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que aproximadamente mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso y otros 475 millones son obesos; así también, 200 millones de niños en escolar tienen exceso de peso de los cuales 40 a 50 millones son obesos.

⁸ La mayor cifra de prevalencia de sobrepeso y obesidad se registró en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%) y las más bajas, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos; obesidad: 3%).⁹

El sobrepeso y obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer.¹⁰

En el Perú, el estudio que evalúa la prevalencia poblacional a nivel nacional de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres fue el realizado por el Instituto Nacional de Salud¹¹ que encontró una prevalencia de 35.3% y 16.5% respectivamente. De la misma manera, la Asociación Internacional de Estudios de Obesidad refiere que en el 2012 las personas de 15 a 49 años con sobrepeso fueron 36.5% y con obesidad el 17.9%.¹²

Las ENDES^{13,14,15,16} realizadas periódicamente muestran que para el período 2,000-2,011, la tendencia del porcentaje de mujeres en edad fértil afectadas por sobrepeso y obesidad es ascendente, lo que representaría un incremento importante en los próximos años de diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular y osteoporosis.

La obesidad no es un fenómeno exclusivo de la población adulta y adulta mayor, algunos estudios muestran que niños ya presentan obesidad y sobrepeso.

⁸ <http://www.worldobesity.org/foff/obesity/obesitytheglobalepidemic/>

⁹ OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012.

¹⁰ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

¹¹ Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: instituto Nacional de Salud; 2,006.

¹² http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Global_prevalence_of_Adult_Obesity_Feb_2014_WO_.pdf

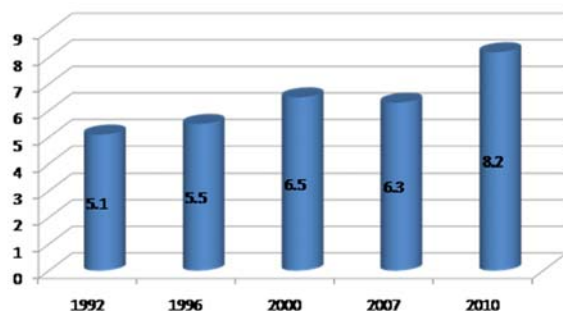
¹³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2,009. Lima: INEI; 2,010.

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2,007-2,008. Lima: INEI; 2,009.

¹⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2,004-2,006. Lima: INEI; 2,007.

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2,011. Lima: INEI; 2,012.

Tendencia del sobrepeso y obesidad en menores de 5 años. Encuesta ENDES 1992 -2010



Sobrepeso y obesidad en menores de 20 años en Perú

Edad	Sobrepeso	Obesidad
< 5 años	6.4 %	1.8 %
5-9 años	15.5 %	8.9 %
10-19 años	11 %	3.3 %

Fuente: ENAHO 2009-2010

El sobrepeso y obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer. Así, por ejemplo, el 44% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.¹⁷

HTA – Diabetes mellitus

SITUACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en la población peruana. Las complicaciones macro vasculares y micro vasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. Así, para el año 2008 la diabetes mellitus constituyó la cuarta subcategoría con mayor carga de enfermedad, representando el 3.4% del total de años de vida saludable perdidos en el país.

La Encuesta nacional de indicadores nutricionales, bioquímicos, socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, realizada por el Instituto Nacional de Salud en el 2006, con un diseño poblacional para hacer inferencias en el ámbito nacional, de Lima Metropolitana, resto de costa urbana, sierra y selva, evidenció una prevalencia nacional de diabetes de 2.8% para el nivel nacional, siendo la prevalencia mayor en Lima Metropolitana (prevalencia 4.6%) que en zonas como la sierra, aunque las

¹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

diferencias no son tan claras estadísticamente respecto al resto de costa y selva (Tabla 2). Tampoco se evidencian para Perú diferencias entre hombres y mujeres (3.2% versus 2.4%, respectivamente).¹⁸

TABLA 2: Prevalencia de Diabetes Mellitus en el Perú, en personas de 20 años o mayores, 2006

ÁMBITO	AÑO	PREVALENCIA (%)
Lima Metropolitana	2005	4.6%
Resto de la Costa	2005	2.5%
Sierra	2005	0.3% - 0.7%
Selva	2005	2.5%
Perú	2005	2.8%

Fuente: Instituto Nacional de Salud¹⁰.

* Sólo diabetes mellitus tipo 2.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Respecto a la prevalencia de hipertensión arterial, la Encuesta nacional de indicadores nutricionales, bioquímicos, socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas, 2006, encuentra una prevalencia de 13.3% a nivel nacional, sin mayor variación entre los ámbitos de Lima Metropolitana, resto de costa, sierra y selva. De manera similar a lo visto para diabetes mellitus, no se reporta diferencias estadísticas entre hombres y mujeres en la prevalencia de hipertensión (15.3% y 11.4%, respectivamente).¹⁰

TABLA 3: Prevalencia de Hipertensión arterial en el Perú, en personas de 20 años o mayores, 2006

ÁMBITO	AÑO	PREVALENCIA (%)
Lima Metropolitana	2005	15.9
Resto de la Costa	2005	12.6
Sierra	2005	10.5-13.9
Selva	2005	11.8
Perú	2005	13.3

Fuente: Instituto Nacional de Salud¹⁰

¹⁸ Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de indicadores nutricionales, bioquímicos, socioeconómicos y culturales relacionados con las enfermedades crónico degenerativas. Instituto Nacional de Salud. 2006. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/publicaciones/INFORME_FINAL_ENIN.pdf

Salud Ocular

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), se estima que existen 285 millones de personas con discapacidad o impedimento visual, de los cuales 39 millones de personas son ciegas (14%) y 246 millones de personas presentan baja visión (86%).¹⁹ Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo como el nuestro.

Las principales causas de discapacidad visual según la OMS son: errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos: 43%; cataratas: 33% y glaucoma: 2%. Asimismo, a nivel mundial las principales causas de ceguera son: Catarata (51%), Glaucoma (8%), Degeneración Macular (5%), Errores Refractivos (3%) y Retinopatía Diabética (1%).²⁰

Alrededor de un 65% de las personas con discapacidad visual son mayores de 50 años. No obstante, se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones son debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles. Asimismo 1,4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible.²¹

Los Estudios de Evaluación Rápida de Ceguera, siglas en inglés RACSS o RAAB, realizados en 12 países como: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Venezuela encontró prevalencias de ceguera bilateral en personas mayores de 50 años entre 1,1% (Argentina) y 4,2% (Venezuela), siendo para Perú de 2.1%. La causa principal de la ceguera en todos los estudios fue de cataratas, y la proporción de ésta varió de 40,9% (Brasil) a 68% (Guatemala).

El estudio de Evaluación Rápida de Ceguera Evitable (ERCE) realizado en el Perú en el año 2011, demostró una prevalencia de ceguera bilateral que coincide con lo evidenciado en el estudio antes mencionado de 2,10% en personas mayores de 50 años, y la baja visión funcional representó el 1.4%. La prevalencia del impedimento visual severo fue del 1,3% y del impedimento visual moderado fue del 10,2%.²² Asimismo, este estudio encontró que la principal causa de ceguera e impedimento visual severo fue la catarata no tratada, mientras que la principal causa de impedimento visual moderado fueron los errores refractivos. Casi la totalidad de las causas de ceguera y discapacidad visual identificadas (83,2 a 93,8%) en este estudio fueron tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles, es decir evitables.²³

¹⁹ OMS, Definitions of blindness and visual impairment. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://www.who.int/blindness/hange%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>.

²⁰ Visión 2020. Disponible en: <http://vision2020la.wordpress.com/2012/03/30/editorial-6/>.

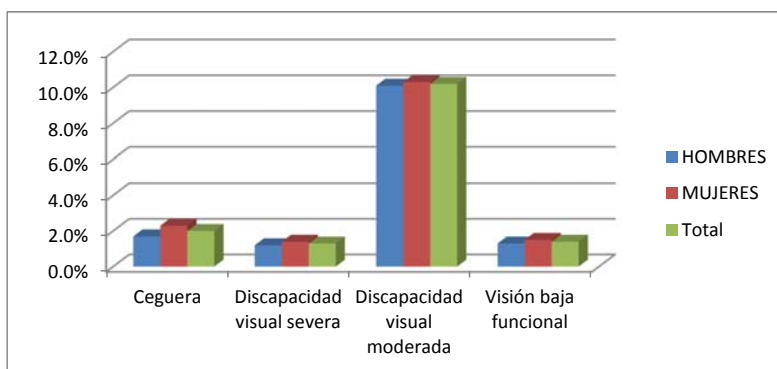
²¹ OMS. Nota descriptiva N° 282, Junio de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>

²² Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA-INO-ONG Divino Niño. Disponible en:

http://www.paho.org/Journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=823&lang=en

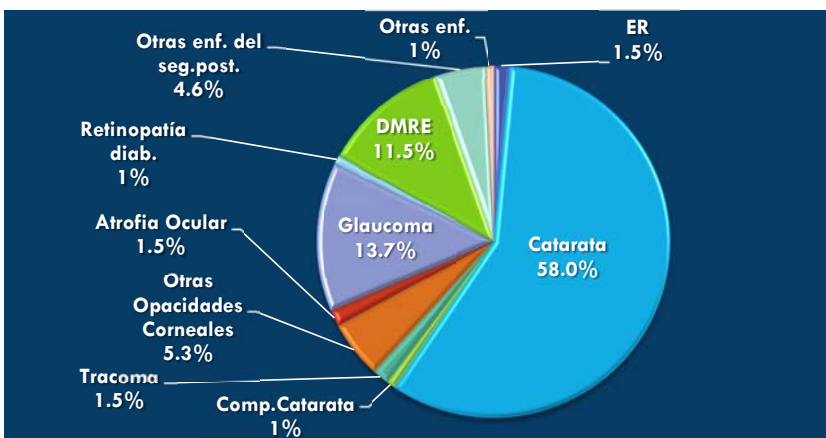
²³dem. 25

Cuadro N° 2: Prevalencia de ceguera e impedimento visual en personas mayores de 50 años, Perú 2011



Fuente: Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable- ERCE, 2011

El estudio ERCE evidencio que las principales causas de ceguera en nuestro país son debido a Catarata (58.0%), Glaucoma (13.7%), Degeneración Macular Relacionado a la Edad (11.5%), Errores Refractivos No Corregidos (1.5%), retinopatía diabética (1%), entre otros.²⁴ Esto se relaciona con la actual situación de post transición demográfica por la que atraviesa nuestro país, se traduce en incremento de la esperanza de vida al nacer y aumento de las enfermedades no transmisibles; aunado a la falta de acceso a servicio de oftalmología a la población más necesitada y la baja tasa de cirugías de catarata a nivel nacional.



Fuente: Evaluación Rápida de la Ceguera Evitable- ERCE, 2011

Catarata

En el estudio realizado por Pongo y Cols (2004), encontró que la catarata fue la causa de ceguera bilateral en 53,3% de los casos.²⁵ Asimismo, el estudio "Evaluación Rápida de Ceguera Evitable (ERCE)" del 2011, reveló

²⁴ Idem 25

²⁵ Pongo Águila L, Carrión R, Luna W, Silva JC, Limburg H. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semirural del norte del Perú. RevPanam Salud Pública. 2005

que la prevalencia ajustada por edad y sexo de ceguera bilateral por catarata fue del 0,81% (IC 95%: 0,5%-1,1%),²⁶ estimándose que existen a nivel nacional 217,200 ojos ciegos por catarata (88 000 en varones y 129 200 en mujeres) y de ellos el 50,2% han sido intervenidos.

Errores Refractivos (ER)

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

La etapa de la niñez es el periodo más crítico para la aparición de ametropías o errores refractivos. La falta de detección temprana, provoca décadas de discapacidad visual y afecta negativamente su condición socioeconómica siendo este problema especialmente presente en zonas rurales y poblaciones pobres.²⁷

En la actualidad, existe un alto porcentaje de niños(as) afectados por este grupo de patología que varían según cada país (3% a 21%). Es preocupante la situación por la que atraviesa Latinoamérica, en donde los escolares afectados por algún grado de error refractivo bordean el 13%.²⁸

Retinopatía de la Prematuridad

La Retinopatía de la Prematuridad (ROP), se ha venido presentando en el mundo desde que las medidas para mejorar la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros empezaron a extenderse. La "primera epidemia" (de la ceguera) se produjo en los años 1940 y 1950 debido a que el oxígeno era suministrado sin control en las incubadoras.²⁹ Una "segunda epidemia" (de ROP aguda) en los países industrializados se inició en la década de 1970, como consecuencia de las mayores tasas de supervivencia de los RN extremadamente prematuros, con pesos menores de 800g y una edad gestacional entre las 22 -32 semanas. En la actualidad nos encontramos en la "tercera epidemia" de la ceguera por ROP en el mundo, especialmente debido al aumento de nacimientos prematuros en los países de medianos ingresos, en particular en América Latina.³⁰

En el Perú se han extendido unidades de cuidados intensivos neonatales, lo que ha permitido mayor supervivencia de los neonatos prematuros menores de 1500 gr, aumentando por ende el riesgo a desarrollar ROP. En un estudio que se realizó entre 1998 y 2001 en el Instituto Nacional de Salud del Niño, se reportó que el 44.9% de casos de ceguera infantil se debió a enfermedades perinatales. En el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2003, la incidencia de ROP de cualquier grado en la población de sobrevivientes nacidos con un peso menor de 1500 gr. al nacer fue de 70.6% (5.45 x 1000 nacidos vivos); alta en relación a otros países. Por su parte, Chiang reportó una incidencia de ROP de 27.3% en neonatos menos de 1200 gr.³¹

Glaucoma

Se constituye la segunda causa de ceguera en el mundo, superada por las cataratas, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además representa la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. La OMS estimó en el año 2002, que el glaucoma fue la causa del 12.3% de personas ciegas en el

²⁶ Estudio Poblacional de Evaluación Rápida de la Ceguera en el Perú-ERCE (Siglas RAAB en Inglés), realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA-INO-ONG Divino Niño, resultados no publicados.

²⁷ Majeed M et al. Are there inequities in the utilization of childhood eye care services in relation to socioeconomic status? Evidence from the ALSPAC cohort Br.J. Ophthalmol. Published online 14 May 2008, doi: 10.1136/bjo. 2007. 134841

²⁸ He M, Huang W, Zheng Y, Huang L, Ellwein LB. Refractive error and visual impairment in school children in rural southern china. Ophthalmology. 2007; 114:374-382

²⁹ Retinopathy of prematurity: A global perspective of the epidemics, population of babies at risk and implications for control Clare Gilbert.

³¹ Información del Hospital Nacional Dos de Mayo.

mundo, asimismo proyectó que para el año 2020 podría haber más de 79 millones de personas afectadas por glaucoma (los glaucomas de ángulo abierto representan las $\frac{3}{4}$ partes del total). Casi 6 millones de personas serán ciegas por glaucoma de ángulo abierto y poco más de 5 millones por glaucoma de ángulo cerrado.³²

El estudio LALES (Los Angeles Latino Eye Study) demostró que la prevalencia de glaucoma de ángulo abierto en latinos fue de 4.74% (IC 95%, 4.22-5.30%). También demostró un crecimiento exponencial de la prevalencia relacionado a la edad que rebasaba 20% en los mayores de 80 años de edad. Cabe resaltar que el 75% de los diagnosticados con glaucoma, desconocía su condición hasta ese momento.³³

En el Perú, Víaña-Pérez y colegas, evaluaron 1,692 pacientes mayores de 30 años de edad, identificando una frecuencia de glaucoma de 1.9%, empleando la tonometría de indentación y la funduscopia directa.³⁴

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

Retinopatía Diabética (RD)

La prevalencia de la diabetes está aumentando debido a la mayor sobrevivencia y al cambio en los estilos de vida de la población, llegando incluso a más del 10% en algunos países. Después de 20 años, 90% de los casos de diabetes tipo 1 y 60% del tipo 2, tendrán alguna forma de retinopatía y de ellas, 5% requerirá de tratamiento para evitar una ceguera irreversible.³⁵

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

En el Barbados Eye Study, el 18% de las personas entre 40 y 84 años tienen historia de diabetes, de ellas el 30% sufren de retinopatía y el 1% de retinopatía proliferativa. Estudios clínicos muestran que el tratamiento apropiado reduce el riesgo en más de un 90%.³⁶

En el Perú, las complicaciones macrovasculares y microvasculares derivadas de la hiperglicemia crónica son causa importante de muerte prematura y discapacidad. Para el año 2008 la diabetes mellitus constituyó la cuarta subcategoría con mayor carga de enfermedad representando el 3.4% del total de años de vida saludable perdidos en el país. Los principales estudios poblacionales realizados durante el período 2004-2006 por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de Salud evidenciaron una prevalencia nacional de 2.8% y de 2.5% a 4.1% en ciudades de la sierra y costa del país. Asimismo, los estudios del Centro de Excelencia en enfermedades Crónicas de la Universidad Peruana Cayetano Heredia evidenciaron prevalencias de diabetes mellitus tipo 2 de 0.8%, 3% y 6% en poblaciones rural, migrante y urbana. De acuerdo a estimaciones del número de diabéticos, basadas en la prevalencia obtenida en estudios poblacionales como en el crecimiento poblacional, para el año 2012, se estima que existirían 1, 292,977 de personas con diabetes en el país.³⁷

Con el propósito de estimar la prevalencia de la retinopatía diabética (RD) y los factores clínicos asociados en los pacientes con diabetes tipo 2, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realizó un estudio prospectivo sobre la presencia de retinopatía diabética en pacientes con diabetes tipo 2; se estudiaron 1,222 personas en

³² Visión 2020—IAPB. <http://vision2020la.wordpress.com/2013/03/26/1521/>

³³ Varma R, Ying-Lai M, Francis BA, et al. Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. *Ophthalmology* 2004; 111: 1439-1448.

³⁴ Víaña-Pérez JM, Pongo-Águila L, Castro-Palomino H, Corbera-Gonzalo JC. Incidencia del glaucoma en la región Grau. *Rev Peruana Oftalmol* 1995; 19: 23-25.

³⁵ Programa Visión 2020/IAPB Latinoamérica. Asociación Panamericana de Oftalmología APAO.Christian Blind Mission. CBM. Guía práctica clínica de retinopatía diabética para latinoamérica, 2010. Disponible en: <http://www.pao.org/images/Downloads/spanish/pdf/GuiaPracticaRetinopatia2011.pdf>

³⁶ OMS. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=244&Itemid=0&lang=es&limitstart=1.

³⁷ Análisis de la Situación de las Enfermedades no Transmisibles realizado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud el año 2013.

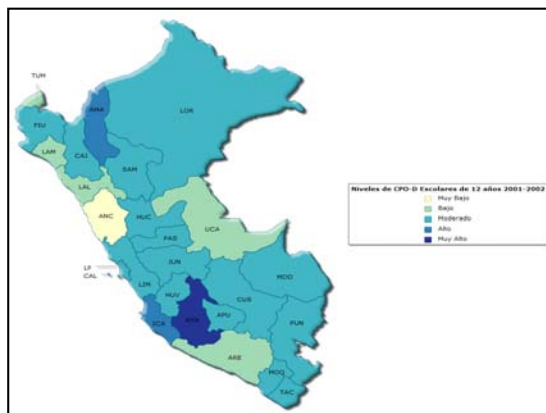
las cuales se detectó 282 (23,1%) con RD, de los cuales 249 (20,4%) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) tenían RD proliferativa. La gran mayoría de estos casos (88.7%) presentó RD Bilateral. La prevalencia de la ceguera fue dos veces más frecuente en los pacientes con RD frente a aquellos que no presentaron RD (9,4% y 4,6%, respectivamente).³⁸

Salud Bucal

En cifras del MINSA- DGE- OGEI,³⁹ la prevalencia de caries dental a nivel nacional se reportó como 90.4%. Los departamentos con mayores prevalencia fueron: Ayacucho (99.9%); Ica (98.8%) y Huancavelica (98,3%). (OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, 2005).

La Organización Mundial de la Salud OMS, recomienda evaluar la cantidad de caries por persona a los 12 años, como indicador epidemiológico nacional, en tal sentido la Oficina General de Epidemiología reportó que el promedio nacional de piezas cariadas perdidas y obturadas en dentición permanente a los 12 años de edad (CPOD- 12) fue de 3.67; que ubica al país en la etapa de crecimiento de la enfermedad, según los criterios de clasificación de OPS/ OMS.

Según datos oficiales del Ministerio de Salud del Perú, esta fue la distribución de CPOD en las distintas regiones del Perú el año 2002:



Fuente: INFORME TECNICO PERU/MINSA/OGE-05/050 & Serie de Informes Técnicos de Investigación Epidemiológica. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12, 15 años, Perú. 2001- 2002

Metales Pesados

La Organización Panamericana de la Salud en el abordaje integral para la prevención y atención de la enfermedad renal crónica de las comunidades agrícolas de Centroamérica indica que durante los últimos

³⁸ Villena JE, Yoshiyama CA, Sánchez JE, Hilario NL, Merin LM. Prevalence of diabetic retinopathy in Peruvian patients with type 2 diabetes: results of a hospital-based retinal telescreening program. Rev PanamSaludPublica. 2011;30(5):408-14.

³⁹ Oficina General de Epidemiología. Prevalencia Nacional de Caries Dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años, Perú, 2001-2002. Lima : ministerio de salud, 2005. pág. 92. isbn 9972-820-61-0.

años ha aumentado la referencia a los metales pesados en la adopción de políticas internacionales en materia de medio ambiente y productos químicos. Los problemas con tres metales pesados, mercurio, plomo y cadmio, requiere una coordinación y actuación internacionales. Así pues, diversas instituciones y procesos internacionales han comenzado a abordar el tema de los metales pesados. Cabe citar los siguientes: el Plan de Acción Mundial de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible promovió la reducción de los riesgos que creaban los metales pesados; el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) decidió examinar los datos científicos, de manera que en el futuro se pudiera tomar una decisión fundamentada sobre la necesidad de medidas de alcance mundial en relación con el plomo y el cadmio, y estableció un programa para el mercurio.

En el Perú, el costo anual asociado a la exposición por plomo está comprendido entre 800 millones de nuevos soles y 1.200 millones de nuevos soles, con un promedio de mil millones al año.

Asimismo, la contaminación del aire es responsable de 3,900 fallecimientos prematuros y de 3,800 nuevos casos de bronquitis crónica al año. En este sentido nuestro país pierde anualmente, como consecuencia de estos factores de riesgo ambiental, 210 mil años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), una pérdida enorme para una economía con un capital humano limitado.⁴⁰

Los daños a la salud, idenpor la contaminación ambiental relacionado a la exposicion a metales pesados, siendo en su mayoría relacionados a minería, con mayor presencia en 12 regiones: Ancash, Cusco, Puno, Cajamarca, Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Huánuco, Loreto, Pasco y Junin según mapa de los casos activos y latentes por departamento y por tipo de conflicto de la Defensoría del Pueblo. Esto coloca a la contaminación ambiental entre uno de los problemas sociopolíticos y económicos más sentidos en la población y actores políticos del país

De la misma manera, en función al riesgo de exposición a metales pesados a nivel nacional, teniendo en cuenta aquellos distritos que presentan alguna fuente de exposición identificado en las 12 regiones priorizadas (Ancash, Cusco, Puno, Cajamarca, Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Huánuco, Loreto, Pasco y Junin), por la Estrategia Sanitaria Nacional de Vigilancia y Control de Riesgo de Contaminación con Metales Pesados y Otras Sustancias Químicas; se estima un total de 1,193,172 de personas expuestas a metales pesados.

Cuadro 3. Poblacion Nacional Expuesta a Metales Pesados – 2015

PERU	AÑO 2015		
	POBLACION TOTAL	POBLACION URBANA	POBLACION RURAL
PERÚ POBLACION EXPUESTA METALES PESADOS	1,193,172	916,741	276,431

Fuente: MINSA-OGEI- Revision INEI-Direccion Técnica de Demografía

Además, mientras la exposición al plomo en la primera infancia disminuye entre uno y dos puntos el valor medio del cociente intelectual (CI), un poco más de dos mil niños sufren anualmente una pérdida del (CI) suficiente para causar retrasos mentales ligeros. Se calcula que el Perú pierde cada año, debido a estos factores ambientales, 210 mil años de vida ajustados por discapacidad, una pérdida enorme para una economía con un capital humano limitado⁴¹

40 Sánchez - Triana Ernesto y YewandeAwe "Políticas de Salud Ambiental". "Perú: La oportunidad de un país diferente. Próspero, equitativo y gobernable". Banco Mundial.2006

41 Sánchez-Triana Ernesto, et al: "Política de salud ambiental" en "Perú: La Oportunidad de un país diferente. Próspero, equitativo y gobernable". Banco Mundial.2006

IDENTIFICACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN

Población Potencial

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

Cuantificación de la Población potencial.

Enfermedades No Transmisibles:

Según últimos datos,^{42 43} se estima que las personas menores de 20 años con sobrepeso⁴⁴ fue de 11% y de obesidad 4,6%. En el caso de adultos de 20 años a más con sobrepeso fue de 36 % y obesidad 17 % aproximadamente. De este modo, las personas menores de 20 años con sobrepeso fueron 574,898 y con obesidad 240,412. En relación a adultos con sobrepeso fueron 6'777,787 y con obesidad 3'200,622.

De acuerdo a estimaciones del número de diabéticos, basadas en la prevalencia obtenida en estudios poblacionales de 2.8% a nivel nacional, como en el crecimiento poblacional al 2013 (INEI), se estima que para el 2014 podrían aproximadamente 530,000 diabéticos. Asimismo, para la estimación de hipertensos, se hace el cálculo a partir de una prevalencia de 13.3% con lo que se calcula que existan 2'500,000 de hipertensos en el país. (Nota: números fueron calculados con un número censal de personas de menos de 20 años de 5'226,344 y de personas de 20 años o más de 18'827,186 personas, INEI: 2013).

Tabla 4. Cuantificación de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus

Valor	Unidad de Medida
580,000	Persona menor de 20 años con sobrepeso
240,000	Persona menor de 20 años con obesidad
6'800,000	Persona de 20 años a más con sobrepeso
3'200,000	Persona de 20 años a más con obesidad
530,000	Persona 20 años a más con diabetes
2'500,000	Persona 20 años a más con hipertensión arterial

Salud Ocular:

⁴² Asociación Internacional de Estudios de Obesidad. Disponible en:

http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Global_prevalence_of_Adult_Obesity_Feb_2014_WO.pdf

⁴³ Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012;29(3):303-13. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.a3.pdf>

⁴⁴ Sobrepeso = IMC 25-29.9 kg/m²; obesidad = IMC ≥ 30 kg/m² o según tablas pediátricas. IMC: índice de masa corporal: peso en kilos entre el cuadrado de la talla en metros.

La prevalencia de ceguera bilateral en personas de 50 años o más fue de 2,1%, siendo la principal causa por catarata (53,3%).⁴⁵

A nivel nacional la detección de errores refractivos prioriza a niños (as) de 3 a 11 años, considerando los datos del año 2012 se estima un 9% de ellos con diagnóstico confirmatorio de algún error refractivo no corregido.

Asimismo, para estimar el número de niños en riesgo de ROP, por ser prematuros se toma una incidencia acumulada de 3.4 casos de recién nacidos prematuros por 1000 nacidos vivos, como ha sido reportado por el Ministerio de Salud para el año 2004.⁴⁶

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

Tabla 5 - Cuantificación de problemas de salud ocular

Valor	Unidad de Medida
112,000	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral
63,000	Personas de 50 a más años con ceguera bilateral debidas a cataratas
1990	Número de recién nacidos prematuros en riesgo de ROP
69,356	Personas de 50 a más años con impedimento visual severo
544,174	Personas de 50 años a más con impedimento visual moderado
384,027	Niños de 3 a 11 años con Errores Refractivos.
122,430	Número de personas diabéticas con retinopatía
15,344	Número de personas con Glaucoma

Salud Bucal: Debido a que se ha estimado que un 90.4% de todos los peruanos mayores de 5 años tienen problemas de caries de al menos un diente, y tomando en cuenta la proyección censal al 2013 de personas de 5 años a más (n=27, 573,083), se obtiene:

Tabla 6 - Cuantificación de la población potencial con problemas de salud bucal

Valor	Unidad de Medida
24,926,067	Personas de 5 años a más con al menos un diente por caries

Fuente: OGEI Oficina General de Estadística e Informática.

Metales Pesados: Ya sea por actividad antropogenica o por contaminación natural se considera que gran población peruana está en riesgo de contaminarse por algún metal pesado. Sin embargo, en término de regiones de mayor riesgo, y en opinión de expertos de la Estrategia de Metales Pesados del Ministerio de Salud, se consideran a las regiones de Ancash, Cusco, Puno, Cajamarca, Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Tacna, Huánuco, Loreto, Pasco y Junin. Como regiones donde se presenta mayor cantidad de problemas relacionados a la salud por metales pesados, de estos se considera:

Valor	Unidad de Medida
1,193,172	Persona con riesgo de exposición a metales pesados, en fuentes contaminantes.

Criterios de Focalización

⁴⁵ ESTUDIO POBLACIONAL DE EVALUACIÓN RÁPIDA DE LA CEGUERA EN EL PERÚ - RAAB Perú, realizado en los meses de marzo a diciembre del 2011 entre MINSA-INO-ONG Divino Niño. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=823&lang=en

⁴⁶ Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA.- se aprueba la Guía técnica "Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad".

El criterio más importante de focalización de las poblaciones en las que el Estado priorizará sus acciones para hacer frente a los problemas de salud del tipo no transmisibles es la pobreza y la pobreza extrema. Seguidamente, el otro criterio de focalización tiene que ver con las características epidemiológicas de cada uno de los grupos de enfermedades o cada una de las enfermedades específicas enmarcadas en el presente programa presupuestal. Por ejemplo, las enfermedades oculares por catarata se dan en personas mayores de 50 años, lo mismo para lo que es diabetes y la hipertensión. Asimismo, la violencia de pareja se da con mayor frecuencia en ciudades del sur de la sierra peruana, o en personas menores de 45 años, y el consumo de sustancias se da mayormente en población joven. Estos criterios de focalización son identificados a partir estudios epidemiológicos, especialmente los que son de diseño poblacional, a través de los llamados "factores asociados". Finalmente, otro criterio de priorización es la disponibilidad de medios y recursos por los que el Estado puede alcanzar a la población que más necesita de ayuda por parte del sistema de atención de salud.

La manera de operacionalizar estos tres criterios de focalización es a través de la identificación de la población que es asignada a los establecimientos de salud del MINSA. Así, en el Perú, según la proyección a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Hogares del 2012 (INEI), el 69.5% de la población, estará asignado a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, ya sea por el SIS o por demanda, especialmente de quienes no cuentan con seguro de salud, y de un porcentaje que tiene seguro de ESSALUD pero que usa también los establecimientos del MINSA (TABLA 6).

Tabla 8. Distribución de la población peruana a través de los diversos tipos de seguro de salud.2012.

Solo ESSALUD	Solo SIS	ESSALUD y SIS	Otros	Sin seguro
%	%	%	%	%
24.43	31.36	0.02	6.06	38.13

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENAHO, 2012

Población objetivo

- **Salud Ocular:** Recién nacidos con factores de riesgo para ROP (bajo peso al nacer, menor de 37 semanas, recibir oxígeno terapia), niños de 3 a 11 años con errores refractivos no corregidos, personas de 50 años a más con ceguera por catarata, persona de 40 años a más con riesgo de presentar glaucoma, persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- **Salud Bucal:** Niños, gestantes y adultos mayores en situación de pobreza y pobreza extrema. (Nota: los niños, gestantes y adultos mayores constituyen aproximadamente el 37% de la población general).
- **No Transmisibles:** Aquellos en situación de pobreza y pobreza extrema.
- **Metales Pesados:** Niños y Gestantes, expuestas a fuentes contaminantes.

Tabla 9. Cuantificación de la población objetivo

Variabes	Prevalencia (%)	Población censal proyectada al 2013 (INEI)	Población potencial	Unidad de medida	Población Objetivo(69.5% de la población general)
Sobrepeso	11%	5'226,344.00	574,898	Persona menor de 20 años con sobrepeso	399,554
	36%	18,827,186.00	6'777,787	Persona de 20 años a más con sobrepeso	4'710,562
Obesidad	4,6%	5'226,344.00	240,412	Persona menor de 20 años con obesidad	167,086
	17%	18,827,186.00	3'200,622	Persona de 20 años a más con obesidad	2'224,432

Variables	Prevalencia (%)	Población censal proyectada al 2013 (INEI)	Población potencial	Unidad de medida	Población Objetivo(69.5% de la población general)
Diabetes	2.8	18,827,186.00	527,161	Persona mayor de 20 años con diabetes	366,377
Hipertensión	13.3	18,827,186.00	2,504,016	Persona mayor de 20 años con hipertensión arterial	1,740,291
Riesgo de ROP	0.0034	584,988.00	1,989	Nacidos prematuros en riesgo de ROP	1,382
Impedimento visual severo	0.013	5,335,040.00	69,356	Persona mayor de 50 años con impedimento visual severo	48,202
Impedimento visual moderado	0.102	5,335,040.00	544,174	Persona mayor de 50 años con impedimento visual moderado	378,201
Visión baja funcional	0.00209	3,517,481.00	7,352	Prevalencia de niños entre 6 y 11 años con visión baja funcional	5,109
Ceguera bilateral	2.1	5,335,040.00	112,036	Persona de 50 años o más con ceguera bilateral	77,865
Ceguera debida a catarata	56	112,036.00	62,740.16	Persona de 50 años o más con ceguera bilateral debida a catarata	43,604
Ceguera debida a Glaucoma	13.7	13,437,493	38,660	Persona de 30 años o más con ceguera debida a glaucoma.	26,868
Retinopatía Diabética	23.1	13,437,493	86,914	Persona diabética mayor de 30 años con Retinopatía Diabética	60,405
Prevalencia de caries	90.4	27,573,083.00	24,926,067	Personas de 5 años o más con al menos una caries (Debido a que la población priorizada, además son niños de 6 a 11 años, personas de 50 a más años y embarazadas, los cuales constituyen el 37% de la población potencial, entonces se ha realizado una multiplicación adicional por 0.37 para calcular el número de población priorizada)	6,410,000
Metales pesados	1.7	21,720,681.00	1,193,172	Personas expuestas a metales pesados tamizadas y/o Evaluadas en el primer nivel de atención.	82,9255

Nota: La población objetivo de ha estimado multiplicando el número de población potencial por el porcentaje de la población asignada al Ministerio de Salud (69.5%).

CAUSAS DEL PROBLEMA IDENTIFICADO

Desarrollo de un árbol de problemas

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

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

Determinantes ambientales, aspectos relacionados con el ambiente en general y con el hábitat humano en específico, que influyen o tienen impacto en la salud de las personas, entendiendo por hábitat humano el espacio donde vive un individuo o grupo humano y que incluye los elementos naturales, materiales e institucionales que condicionan su existencia, incluyendo calidad del agua, el aire y el suelo, condiciones laborales, condiciones de la vivienda, las condiciones de saneamiento básico, la urbanización, entre otros.

Determinantes socioeconómicos y culturales: se refiere a las variables sociales y económicas en las que se desenvuelve el individuo y que tienen un efecto sobre su salud o su enfermedad. (Estilo de vida, decisiones individuales, hábitos alimentarios, tipos de familia, prácticas de la sexualidad, ingreso económico, nivel educativo, el empleo, nivel de satisfacción de necesidades básicas, el acceso a vivienda, entre otras.

Determinantes relacionados con servicios de salud: se refiere a aspectos relacionados con el acceso, cobertura, cantidad, calidad, naturaleza, oportunidad, uso, relación con los usuarios, disponibilidad de recursos y organización de los servicios de salud de atención directa a las personas, conocidos también como servicios médicos.



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

Nuestro país bajo un contexto social pluricultural, con una geografía variada, actividades económicas basadas tradicionalmente en la explotación, procesamiento y exportación de recursos naturales, principalmente en el sector minero, agrícola y pesquero. El nivel de pobreza hacia el año 2010 fue 31.3% de la población, mientras que la pobreza extrema representó el 9.8% (el año 2001 era más del 50%). En educación la mayor parte de niños, niñas y jóvenes en edad de cursar la educación básica asistió al nivel educativo que les corresponde de acuerdo con su edad durante el 2008.⁴⁷

⁴⁷Informe de progreso educativo del Perú, 2010 - Un total de 65,9% de niños entre 3 y 5 años de edad asistió a la educación inicial; 95,4% de niños entre 6 y 11 estudiaron en instituciones educativas primarias; mientras que aproximadamente 75% de los jóvenes entre 12 y 16 años cursó el nivel secundario

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

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

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

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

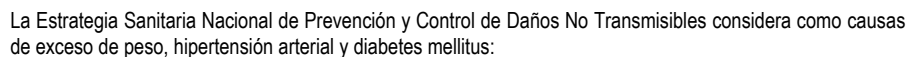
Por las razones antes mencionadas se generan problemas y trastornos cardiometabólicos, mentales, bucales, oculares y por sustancias tóxicas, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, depresión, adicciones, violencia, psicosis, caries, gingivitis, edentulismo, errores refractivos, catarata,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

Modelo Conceptual



Descripción narrativa de los modelos conceptuales adoptados.

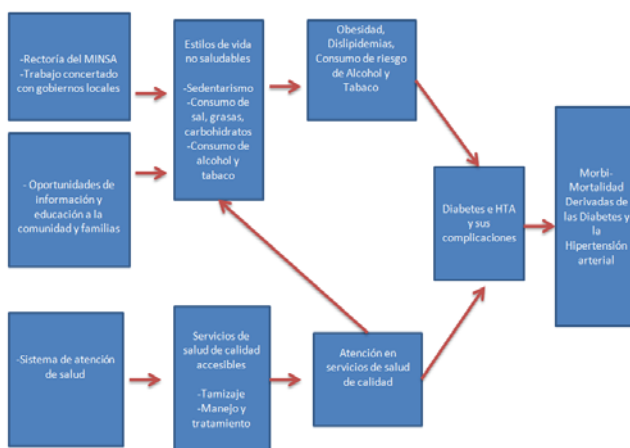
Modelo Conceptual ⁴⁸



22

- Factores genéticos, que se manifiestan en que generalmente se encuentran antecedentes familiares de enfermedades no transmisibles.
- Entornos No Saludables, que incluye el fácil acceso a consumir alimentos no saludables, lo que es incentivado por la competitividad comercial de diversos tipos de industrias, incluidas la industria alimentaria, la industria de las bebidas azucaradas y del alcohol, y la de la publicidad. Asimismo, el crecimiento urbano desordenado de muchas de las ciudades del país ha condicionado que no existan espacios abiertos ni las condiciones necesarias como para que se incentive la actividad física. De hecho, la limitada disponibilidad de ciclovías, de parques, un tráfico vehicular desordenado y la inseguridad ciudadana son algunos de los factores que desalientan la actividad física en la mayor parte de la población peruana.
- Limitado conocimiento en la población sobre factores de riesgo y de conductas saludables.
- Limitaciones del sistema de atención de salud, que incluyen limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos y de instrumentos para la identificación temprana de factores de riesgo y problemas de salud condicionan que las personas no accedan a tiempo a una atención de salud de calidad.

Modelo Explicativo

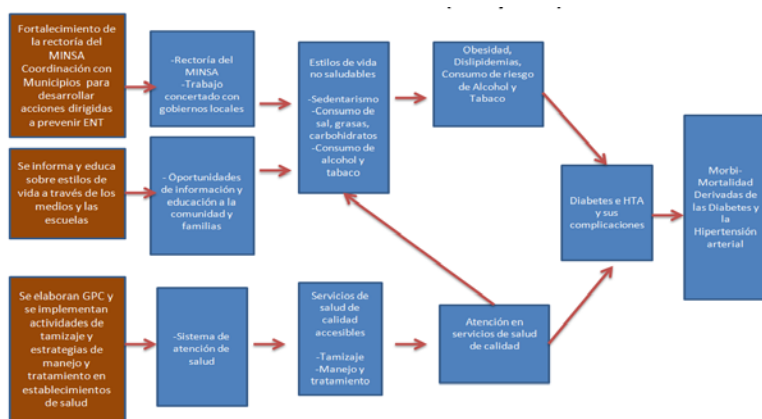


El modelo explicativo del exceso de peso de la población, la hipertensión arterial y diabetes mellitus se centra en dos aspectos fundamentales de la vía causal, los estilos de vida saludables y los servicios de salud. Así, para cambiar los estilos de vida saludables lo primordial es fortalecer la rectoría en salud del MINSA para que pueda hacer abogacía con otros sectores para propiciar cambios en políticas, normas y programas que faciliten, incentiven y promuevan la actividad física de la población, así como también regulen aspectos de la vida económica que propician estilos de vida no saludables. En este sentido, el trabajo con las municipalidades y gobiernos regionales es clave, dado que a nivel local se pueden generar las acciones correspondientes de regulación y promoción de estilos de vida saludable de manera contextualizada y organizada con los actores locales. Asimismo, el MINSA puede incidir en los estilos de vida saludables a través de la coordinación las municipalidades, sistema educativo y otros para comunicar y educar a sectores de la población, especialmente los más vulnerables, respecto a estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas del tipo metabólico. Así, promocionando los estilos de vida saludable y el

conocimiento de la población sobre estos problemas y su prevención, se reduce la incidencia de sobrepeso y obesidad, dislipidemias y otros problemas metabólicos asociados. Ello a su vez incidirá en una reducción de casos nuevos de diabetes e hipertensión, y la consecuente disminución de la morbilidad y mortalidad asociada.

Asimismo, es importante tener un sistema de salud fortalecido que permita un acceso temprano y sostenido de la población, especialmente aquellos en mayor riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, para que puedan ser identificados los casos de manera temprana y reciban un manejo de calidad de los casos. Esto incluye la identificación de personas con factores de riesgo, aún no enfermas, que puedan beneficiarse con identificación de factores de riesgo para establecer un manejo adecuado, así como educarlas respecto a estos riesgos y la manera de mitigarlos con estilos de vida saludables.

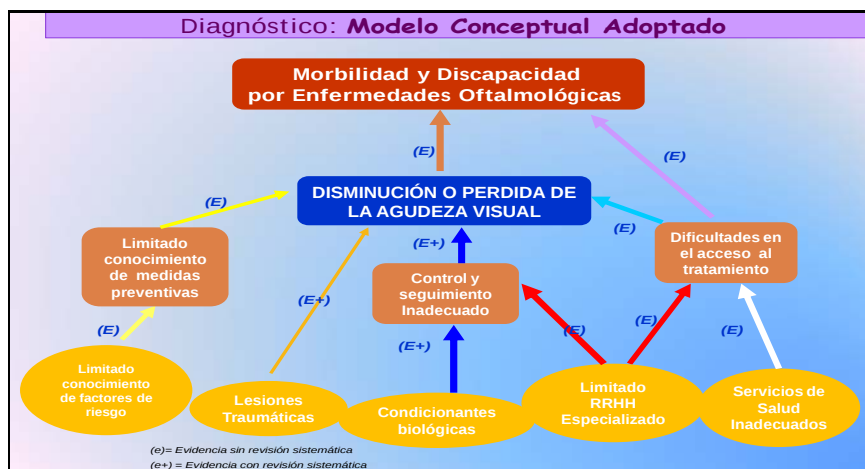
Modelo Prescriptivo



Siguiendo el modelo explicativo previo, se establecen intervenciones para impactar en los dos aspectos fundamentales de la causalidad del exceso de peso de la población, la hipertensión arterial y diabetes mellitus, esto es, los estilos de vida saludables y el sistema de salud. Así, para impactar en los estilos de vida de la población, en reunión de expertos se establece que se debe fortalecer la rectoría del MINSA y sus mecanismos de coordinación con las municipalidades para implementar medidas que faciliten y promuevan estilos de vida saludables. Asimismo, el MINSA se establece que se debe trabajar con medios de comunicación y escuelas para desarrollar medidas que informen y eduquen a la población de los riesgos de tener estilos de vida no saludables y cómo adoptar buenas conductas de salud.

Además, se determina que para fortalecer las capacidades del sistema de salud respecto a sus medidas de tamizaje y de manejo y tratamiento se deben elaborar e implementar guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible, contextualizadas localmente. Las GPC permiten una estandarización y extensión de una atención de salud de calidad por el territorio nacional, lo que se condice con las políticas de Estado peruano que tienen que ver con Inclusión Social. Asimismo, se deben fortalecer las capacidades en recursos para incrementar la accesibilidad de las personas a servicios de salud para la atención del exceso de peso, hipertensión y diabetes, incluyendo el tamizaje y el manejo y tratamiento de estos problemas de salud.

Modelo Conceptual

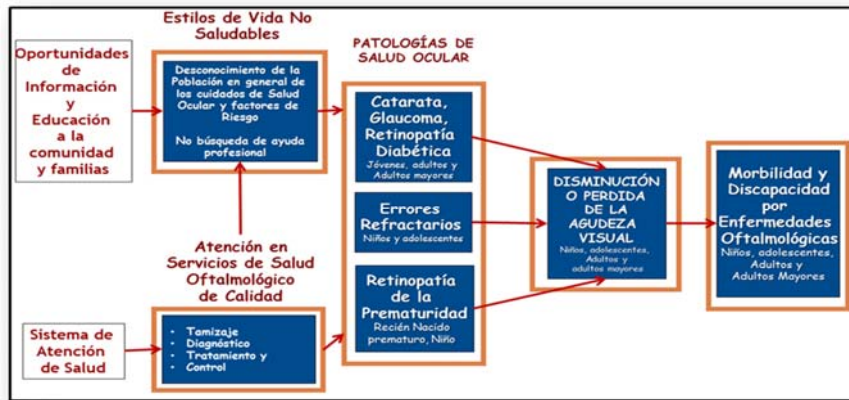


La Estrategia de Salud Ocular considera como causas principales de la problemática de la morbilidad y discapacidad visual a:

- Limitado conocimiento de factores de riesgo que puedan afectar nuestra visión y limitado conocimiento de medidas preventivas que van a producir una disminución o pérdida de la agudeza visual.
- Accionar imprudente de los niños y adolescentes, y falta de seguridad ocupacional que conlleven a lesiones traumáticas, generando directamente una disminución o pérdida de la agudeza visual (ceguera).
- Condicionantes biológicos como son los antecedentes familiares de enfermedades oculares (glaucoma, errores refractivos) o enfermedades sistémicas que devienen en complicaciones oculares por inadecuado control y seguimiento (HTA, DM2),
- Limitado recurso humano especialista a nivel nacional (oftalmología, tecnólogo médico en optometría, Lic. Enfermería oftálmica, asistentes o técnicos oftálmicos), generando limitado de acceso a los servicios oftalmológicos y a un tratamiento (catarata, glaucoma, errores refractivos, retinopatía de la prematuridad, retinopatía diabética)⁴⁹
- Servicios de salud inadecuados, no se cuenta con equipamiento necesario para realizar una adecuada consulta de salud ocular, equipos para realizar tratamiento quirúrgico, insumos para las cirugías de catarata, entre otros.

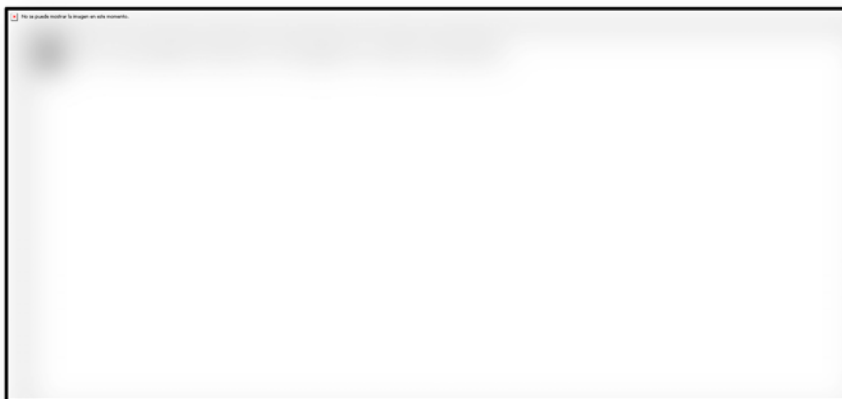
Modelo Explicativo

⁴⁹ A nivel nacional en los EESS MINSA se cuenta con 250 Médicos Oftalmólogos, de los cuales 156 realizan práctica quirúrgica, asimismo se cuenta con 35 optómetras. Fuente ESNSOPC



En el modelo explicativo de la salud ocular se muestra que está fuertemente determinada por dos aspectos principalmente como: los estilos de vida no saludables y el acceso a servicios de atención de salud ocular de calidad. Respecto al primero cuentan aquellas conductas que predisponen tanto a generar problemas como las cataratas, como exponerse a los rayos solares sin protección adecuada, o conductas que predisponen a no buscar ayuda oportuna o a no adherirse a los manejos de problemas de salud ocular. Asimismo, el acceso a servicios de salud ocular nulo, o con recursos limitados o no-óptimos determina que las personas con problemas de salud ocular no sean identificados tempranamente o no sean manejados o controlados adecuadamente. Aún más, el poco acceso a cuidados de calidad se traduce también en que las personas tengan poca oportunidad de que profesionales de salud o personal capacitado les brinden educación y recomienden conductas que favorecen la salud ocular. Todo ello lleva finalmente a una perpetuación o deterioro de la capacidad visual.

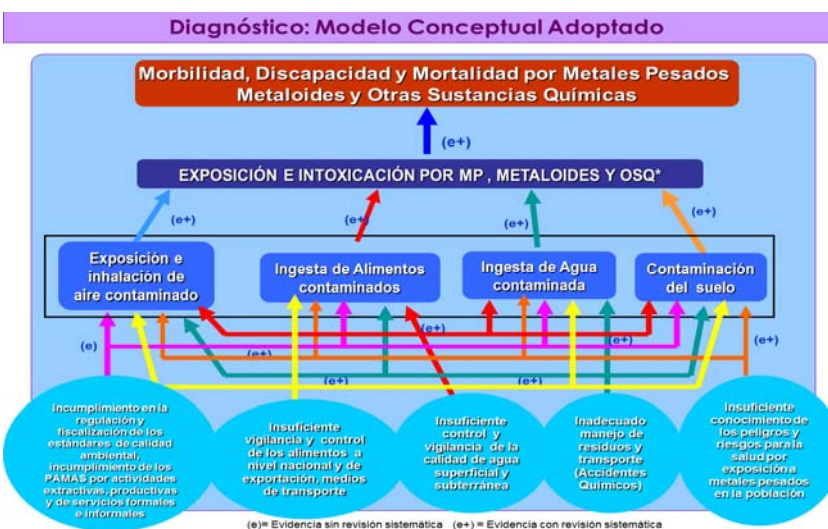
Modelo Prescriptivo



Acorde con el modelo explicativo, por opinión de expertos se determina que para mejorar los estilos de vida que predisponen a los problemas de salud ocular se debe incidir sobre la educación a través de los medios de comunicación y las escuelas para que la población adquiera prácticas saludables, entre las que se encuentran el uso de lentes de sol, el acudir a establecimientos de salud por presentar alguna molestia ocular, entre otras. Asimismo, para mejorar la capacidad del sistema de salud para realizar tamizaje, manejo y tratamiento de problemas de salud ocular se deben elaborar guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente, y proporcionar recursos y capacidades para extender la atención de salud ocular sobre el territorio nacional.

METALES PESADOS

Modelo Conceptual



La Estrategia Sanitaria Nacional de Metales Pesados, considera como causas de la problemática de la morbilidad, discapacidad y mortalidad por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas:

- Limitada normatividad legal e incumplimiento en la regulación y fiscalización de los estándares de calidad ambiental (ECAs), así como el incumplimiento de los Programa de Adecuación y Manejo Ambiental (PAMA) por actividades extractivas, productivas y de servicios formales.
- Insuficiente vigilancia y control de los alimentos a nivel nacional y de importación, en zonas de riesgo de contaminación.⁵⁰
- Insuficiente control y vigilancia de la calidad de agua superficial y subterránea, en zonas extractivas.⁵¹

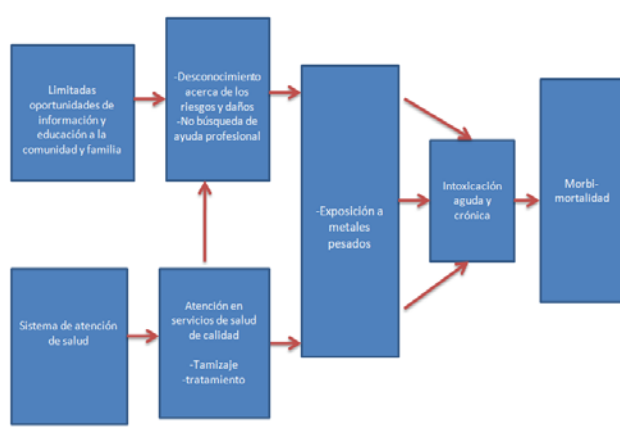
⁵⁰Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico e Investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo5/modulo5m.html>

⁵¹MINSA. Protocolo de Monitoreo de la Calidad Sanitaria de los Recursos Hídricos Superficiales. aprobado con R.D. 2254/2007/DIGESA/SA, 11 de septiembre del 2007, Perú.

MINSA. Protocolo de Monitoreo de la Calidad del Aire y Gestión de los Datos, aprobado según R.D. 1404/2005/DIGESA/SA, 2005, Perú.

- Inadecuado manejo de residuos y transporte que predisponen a accidentes químicos, constituyendo un riesgo latente.⁵²
- Insuficiente conocimiento de los peligros y riesgos para la salud por exposición a metales pesados en la población.

Modelo Explicativo



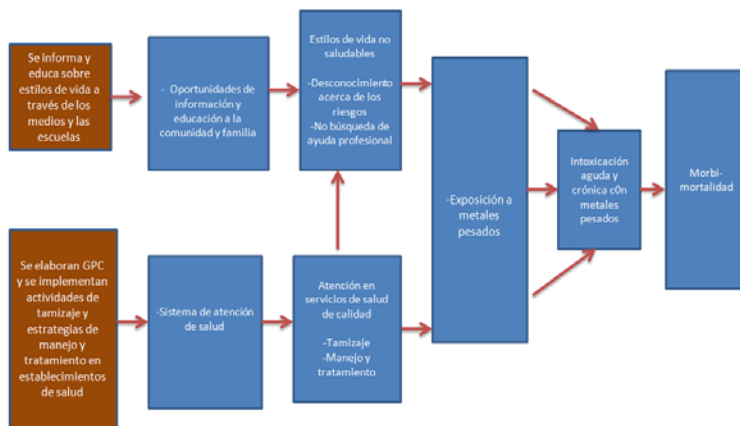
En el modelo explicativo de metales pesados muestra que hay dos caminos que llevan a incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad debida a la intoxicación de metales pesados. El primero tiene que ver con conductas derivadas de un desconocimiento de la población acerca de las fuentes y los peligros de la exposición a metales pesados, así como a cómo proceder luego de la exposición, especialmente en lo referido a la búsqueda de ayuda de profesionales de salud.

Este desconocimiento de los riesgos de intoxicación por metales pesados se debe en grande medida a que existen muy limitadas oportunidades de que la población general sea informada y educada en estos riesgos, lo cual también alcanza a actores claves en el cuidado ambiental, incluyendo actores políticos, intereses económicos, diversos tipos de industrias, y otras instancias transversales tanto públicas como privadas.

El segundo camino por el que se genera discapacidad y muerte prematura debida a intoxicación por metales pesados está relacionado con el pobre alcance del acceso a los servicios de salud de calidad. Limitando la oportunidad de que las personas en riesgo permanente reciban información básica acerca del concepto de metales pesados, fuentes de exposición y medidas de protección que pueden ser adoptadas en sus centros laborales o domicilios.

⁵² A Arana-Zegarra, Marco. El caso de derrame de mercurio en Choropampa y los daños a la salud en la población rural expuesta. Rev. Perú. Med. exp. salud pública. [online]. ene. /mar. 2009, vol.26, no.1, p.113-116. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000100019&lng=es&nrm=iso. DS 009-2005-TR, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo y normas conexas.

Modelo Prescriptivo



Siguiendo lo expuesto en el modelo explicativo, se establece en opinión de expertos que las medidas para disminuir la carga generada por la intoxicación de metales pesados incluyen el informar y educar a la población general y diferentes actores, especialmente de zonas de mayor riesgo. Estas medidas comunicacionales y educativas logran que las personas estén más informadas de tal manera que no solo puedan evitar la exposición, sino también a buscar ayuda oportunamente en caso de reconocer una intoxicación con metales pesados. También se incluyen medidas que fortalezcan las capacidades del sistema de salud para no sólo a establecer un sistema de monitoreo en zonas de riesgo, con herramientas de tamizaje costo-efectivas, sino también fortalecer las capacidades de manejo y tratamiento de problemas de intoxicación con metales pesados. Para ello es importante elaborar guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente, y capacitar profesionales, especialmente en las zonas de riesgo, y proporcionarles los recursos necesarios en sus establecimientos de salud.

SALUD BUCAL

Diagnóstico: MODELO CONCEPTUAL ADOPTADO



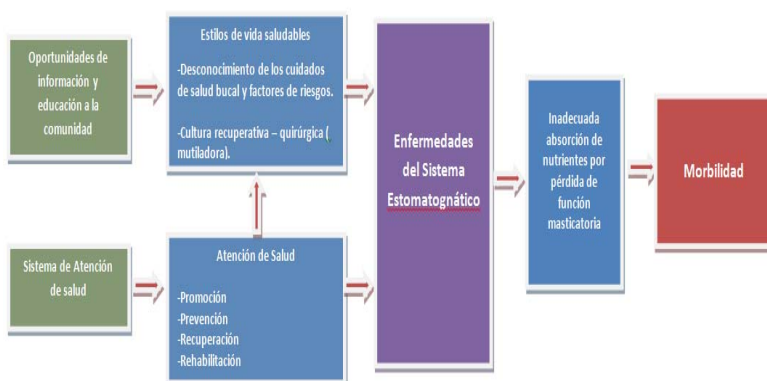
Según Henostroza Haro, "las lesiones que provoca la enfermedad son de naturaleza dinámica y están ligadas a la pérdida y captación permanente de sustancias minerales, por parte de los tejidos dentales mineralizados, esto es, a su constante desmineralización y remineralización. El fenómeno conocido con la abreviatura des/re es inherente a la naturaleza misma del inicio y el progreso de la enfermedad y, por lo tanto está presente en todas las etapas de su historia natural, aún en los estadios terminales"⁵³.

En el modelo conceptual de causalidad de los problemas de salud bucal tenemos: factores a nivel individual, que incluye los inadecuados hábitos de higiene, inadecuada ingesta de azúcares, baja ingesta del micronutriente flúor y el factor genético.

Además, se tienen los factores socioculturales, entre los que se incluyen el limitado conocimiento de: medidas preventivas, factores de riesgo, el escaso acceso cultural y económico a servicios de salud.

Asimismo, se tienen factores estructurales que condicionan la aparición de problemas de salud bucal la respuesta insuficiente del Estado que se traduce en una cantidad insuficiente de infraestructura y equipamiento son determinantes estructurales de salud bucal. Esto a su vez se traduce en una oferta de servicios de salud bucal insuficiente y de limitada calidad.

Modelo Explicativo

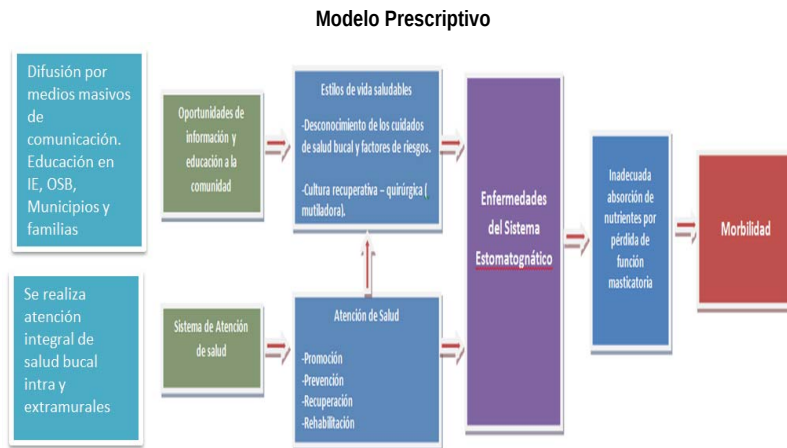


En el modelo explicativo se evidencia que las limitadas oportunidades de información y educación llevan a las personas a tener un desconocimiento de cómo cuidar la salud bucal y evitar los factores de riesgo, así como a una cultura recuperativa y mutiladora

El sistema de atención de salud es limitado por la falta de infraestructura, recursos humanos y equipamiento en los EESS, lo que conlleva a la falta de atención de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de estas enfermedades.

Todo esto se traduce en el aumento de la prevalencia de las enfermedades del sistema estomatognático ocasionando una inadecuada absorción de nutrientes por pérdida de función masticatoria y aumentando la morbilidad en la población.

⁵³Henostroza Haro G.; Henostroza Quintans N. Diagnóstico en Operatoria Dental. En el libro Lanata: E.J. et. Al. Atlas de Operatoria Dental. 1er ed.- Bs As: Editorial Alfa Omega Grupo Editor Argentino, 2008. ISBN 978-987-23113-6-0



La educación en IE, OSB, Municipios y familias en aspectos claves de salud bucal puede lograr que las personas adopten estilos de vida que favorecen una buena salud bucal y así no solo prevenir estas enfermedades sino también para buscar ayuda profesional oportunamente. Asimismo, el otro aspecto a intervenir es mejorando el acceso de la población a un sistema de salud bucal de calidad, para lo cual es clave realizar atención integral de salud bucal intra y extramurales para así asegurar la inclusión de las poblaciones, especialmente las más vulnerables, para que puedan recibir tratamientos de calidad, independientemente de su región de residencia o su condición socioeconómica. Para lograr todo ello se deben poner a disposición los recursos necesarios, tanto de personal capacitado, presupuesto, infraestructura, a los establecimientos de salud según su capacidad de resolución.

Tabla de Evidencias

Salud Bucal

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of combined caries-preventive methods: a systematic review of controlled clinical trials.	Axelsson S et al.	2004	Meta-análisis	Todas las combinaciones que incluían el uso de productos con flúor tuvieron efecto protector en niños, estadísticamente significativo ($p < 0.05$)	Se recomienda uso de medidas de prevención combinadas que involucren el uso de productos con flúor, especialmente en niños. Limitada evidencia para valorar efectos en otros grupos etareos.	A1
2	A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health.	Kay E et al.	1998	Meta-análisis	Las caries y la enfermedad periodontal pueden ser prevenidas por cepillado regular.	Las medidas de prevención y promoción de la salud oral que involucren el uso de flúor son efectivas en la reducción de caries.	A1
3	The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review.	Berchier CE et al.	2008	Meta-análisis	Solo una pequeña fracción de los estudios incluidos encuentra un beneficio discreto; pero estadísticamente significativo ($p < 0.05$) para el uso adicional de hilo dental cuando se compararon los valores medios y desviaciones estándar de los índices clínicos de placa y gingivitis.	Los profesionales de la salud oral deben determinar, evaluando caso por caso, si el uso de hilo dental en forma consistente y con alta calidad es una meta realmente alcanzable. La evidencia disponible no permite apoyar o descartar el uso de hilo dental en forma complementaria al	A1

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
						cepillado.	
4	The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation: a systematic review.	Slot DE et al.	2008	Meta-análisis	Los estudios demuestran una diferencia positiva y estadísticamente significativa ($p<0.05$) cuando se evalúan los siguientes marcadores: índice de placa, índice de sangrado, y profundidad sondaje de la enfermedad periodontal.	El uso de cepillado interdental remueve más placa que el cepillado solo regular.	A1
5	Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults.	Griffin SO et al.	2007	Meta-análisis	La proporción de casos de caries evitada por la aplicación de flúor varía entre 29% y 22% anualmente. En comparación a una fluorización de vía sistémica.	El uso de flúor (Independientemente de su forma de aplicación) y la fluoración del agua son efectivas medidas para prevenir la caries en adultos.	A1
6	Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children.	Marinho VC et al.	2003	Meta-análisis	La fracción prevenida estimada agregada de placa bacteriana fue de 28%. Mínimos efectos adversos reportados	El uso de flúor en gel es efectiva para la prevención de caries en niños	A1
7	Professional fluoride varnish treatment for caries control: a systematic review of clinical trials.	Petersson LG et al.	2004	Meta-análisis	La fracción prevenida estimada agregada de placa bacteriana fue de 30%; pero la calidad de la evidencia disponible no fue la mejor esperada.	El uso de flúor en barniz es efectivo para la prevención de caries en niños. Es necesario realizar más investigaciones con mejor calidad para llegar a conclusiones massolidas.	A1
8	The effect of cetylpyridinium chloride-containing mouth rinses as adjuncts to toothbrushing on plaque and parameters of gingival inflammation: a	Haps S et al.	2008	Meta-análisis	El promedio estandarizado y la desviación estándar de los índices de placa e inflamación gingival fueron menores y estadísticamente significativos ($p<0.05$) favorables para el uso del enjuagatorio, en adicional	El uso de enjuagatorios orales concloruro de cetilpiridinio, junto a la higiene oral supervisada o no supervisada, es efectiva para reducir la acumulación de placa	A1

Factor abordado		ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA BÁSICA					
	systematic review.				cepillado regular.	bacteriana e inflamación gingival.	
9	The atraumatic restorative treatment (ART) approach for managing dental caries: a meta-analysis.	van 't Hof MA et al	2006	Meta-análisis	Sobrevida luego de las restauraciones: Entre 95% y 97% luego de un año, 86% a los 3 años, y 72% a los 6 años	La aplicación de la practica restaurativa a traumática tiene una gran sobrevida, especialmente con ionómero de viscosidad alta	A1
10	Outcome of root canal obturation by warm gutta-percha versus cold lateral condensation: a meta-analysis	Peng L et al.	2007	Meta-análisis	La única diferencia encontrada fue en el parámetro de sobre-extensión (RR=2, indicando efecto directo favorable para el grupo de obturación). Efectos en dolor post-operatorio, calidad de la obturación y evolución a largo plazo fueron similares.	La aplicación de la obturación del canal radicular tuvo mayor ocurrencia de sobre-extensión. Es más recomendable su uso debido a su relativo menor costo.	A1

Tabla N° 13

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	La incidencia de la retinopatía del prematuro en el suroeste de China y el análisis de los factores de riesgo.	Liu Q1, Yin ZQ2, Ke N1, Chen L1, Chen XK1, Fang J1, Chen XR1, Xiao J1, K1 Hu, Zhang X1, Y1 Xiong, Shi H1, Li J1, Long HJ1, Zhang KL1, Chen ZY1, Pi LH1	Enero 2009 a noviembre de 2012	Estudio de prevalencia longitudinal	La incidencia de ROP fue de 12,8%. La primera, segunda, tercera, y cuarta etapa de ROP se encontró en el 64,6%, 29,6%, 3,4% y 0,5% de los lactantes, respectivamente. No se observó una quinta etapa de ROP. Además, 7,7% de los niños requiere la intervención quirúrgica. Factores de riesgo independientes de ROP incluyen bajo peso al nacer ($p = 0,049$), menor edad gestacional ($p = 0,008$), los días de la administración de suplementos de oxígeno ($p = 0,008$), y la lesión miocárdica después del nacimiento ($p = 0,001$).	La prevalencia de la retinopatía del prematuro en lactantes prematuros es relativamente alta en el suroeste de China, y el peso bajo al nacer, menor edad gestacional, días de suplemento de oxígeno, y la lesión miocárdica después de nacer son factores de riesgo independientes para la ROP.	1A

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
2	Incidencia y factores de riesgo de la retinopatía del prematuro en un servicio de referencia de Brasil	Gonçalves E1, Nasser LS2, Martelli DR2, Alkmim IR2, Mourão TV3, Caldeira AP1, Martelli	Mayo 2009 a Abril 2011	Estudio de incidencia longitudinal	La incidencia de ROP fue 44,5% (intervalo de confianza del 95%, IC = 35,6-46,1) en la población estudiada. Los factores de riesgo asociados con el riesgo de desarrollar la enfermedad fueron: peso al nacer (odds ratio, OR = 4,14; IC del 95% = 1,34-12,77) menos de 1.000 gramos; edad gestacional menor de 30 semanas (OR = 6,69; IC del 95% = 2,10 a 21,31); uso de derivados de la sangre (OR = 4,14; IC 95% = 2,99-8,99); y la presencia de sepsis (OR = 1,99; IC del 95% = 1,45-2,40).	La incidencia de ROP fue mayor que la encontrada en la literatura. Los principales factores de riesgo están relacionados con la prematuridad extrema	1A
3	Prevalencia y causas de discapacidad visual en escolares de mediano-bajo ingreso en Escuela Infantil en São Paulo, Brasil	Solange R. Salomão, Rafael W. Cinoto, Adriana Berezovsky, Luana Mendieta, Célia R. Nakanami, César Lipener, Emilio de Haro Muñoz, Fabio Ejzenbaum, Rubens Belfort Jr,	Junio a Noviembre de 2005	Encuesta de prevalencia	Un total de 2.825 niños fueron enumerados y 2441 (86,4%) fueron examinados. La prevalencia de la no corregida, presentar y mejor agudeza visual corregida de 20/40 o peor en el mejor ojo era de 4,82%, 2,67% y 0,41%, respectivamente. Gafas fueron utilizados por 144 (5,9%) niños. El error de refracción era una causa en el 76,8% de los niños con discapacidad visual en uno o ambos ojos; ambliopía, el 11,4%; trastornos de la retina, 5,9%; otras causas, 2,7%; y causas inexplicables, un 7,7% la población fueron niños de 11 a 14 años	La prevalencia de la visión reducida en renta baja-media urbana niños de la escuela de São Paulo fue baja, la mayor parte de ella debido a defectos refractivos no corregidos. Se necesitan estrategias costo-efectivas para hacer frente a esta causa de fácil tratamiento del trastorno de la visión	1A

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.						
4	Estudio de errores de refracción en niños: resultados de La Florida, Chile.	Mutillar E1, Barroso S, Muñoz SR, Sperduto RD, Ellwein LB.	Abril - Agosto 1998	Encuesta de prevalencia	de	Se enumeró un total de 6.998 niños de 3.830 hogares y 5.303 niños (75,8%) fueron examinados. La prevalencia de corregir, de presentación, y la mejor agudeza visual 0.50 (20/40) o peor en al menos un ojo fue del 15,8%, 14,7% y 7,4%, respectivamente; 3,3% tenían mejor agudeza visual 0.50 o peor en ambos ojos. El error de refracción fue la causa en el 56,3% de los 1.285 ojos con visión reducida, ambliopía en un 6,5%, otras causas en el 4,3%, con causas inexplicables en el 32,9% restante, la población fueron niños de 5 a 15 años de edad.	El error de refracción, principalmente asociados con la miopía, es una de las principales causas de disminución de la visión en los niños en edad escolar en La Florida. Más del 7% de los niños podrían beneficiarse de la prestación de gafas adecuadas. Se requieren esfuerzos para hacer que los programas existentes que ofrecen lentes gratuitos para los niños de la escuela sea más eficaz.	1A
5	Prevalencia y causas de la discapacidad visual y la tasa de uso de gafas de en las escuelas para los hijos de los trabajadores migrantes en Shanghai, China.	Éi J, L Lu, Zou H, He X, Li Q, W Wang, Zhu J1	Abril - Junio del 2013	Encuesta de prevalencia	de	Un total de 9.673 niños fueron enumerados y 9512 (98,34%) participaron en este estudio. La prevalencia de la agudeza visual sin corrección, presentar y mejor corregida de 20/40 o peor en el mejor ojo fueron 13,33%, 11,26% y 0,63%, respectivamente. La tasa de uso de gafas de de los niños con discapacidad visual en uno o ambos ojos fue 15,50%. El error de refracción era una causa importante de discapacidad visual, que representan el 89,48% de todas las causas de deterioro visual. Otras causas de discapacidad visual incluyen ambliopía representando el	El error de refracción fue la causa principal de la discapacidad visual de los hijos de los trabajadores migrantes. La tasa de llevar gafas era baja	1A

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
					10,12%; catarata congénita, 0,1%; nistagmus congénito, 0,1%; prótesis ocular, 0,1%; degeneración macular, 0,05%; y la córnea opaca, 0,05%. La población fueron niños del 1 a 5 grado de las escuelas para los hijos de trabajadores migrantes.		
6	Defectos Refractivos en una población infantil esclerizada en Bogotá DC	Adriana Solano MD, Fernando Schoonewolff MD, María Paula Hernández MD, Miriam Ibeth Isaza MD	2011	Estudio de Corte Transversal	Se analizaron 109 niños entre 4 y 9 años, encontrándose la mayoría entre 6 y 7 años. El defecto refractivo esférico más frecuente fue astigmatismo (15,1%), seguido por hipermetropía (13,8%) y miopía (2,3%). Hubo sospecha de ambliopía (agudeza visual corregida peor de 20/40) en el 21,5% de la población. El 11% presentó estrabismo, encontrando 9 casos de exotropía y 3 de endotropía.	Se encontró un alto porcentaje de niños con disminución de la agudeza visual, siendo muy pocos los que han recibido una valoración oftalmológica u optométrica previas a pesar de ser obligatorias en el país. Se insiste en la necesidad de vigilar el cumplimiento estricto de los programas gubernamentales de salud visual en Bogotá DC y en el resto del país	1A
7	Encuesta nacional sobre la prevalencia y las causas de la ceguera en Perú	Campos B1, Cerrate A1, Montjoy E1, Dulanto Gomero V1, Gonzales C2, Tecse A1, Pariamachi A1, Lansingh VC3, Dulanto Reinoso V3, Minaya Barba J1, Silva JC4, Limburgo H5	Febrero - Diciembre de 2011	Estudio poblacional transversal	Se examinó un total de 4 849 personas. La prevalencia de ceguera fue de 2,0% (intervalo de confianza del 95%: 1.5 a 2.5%). Las principales causas de ceguera fueron catarata (58,0%), glaucoma (13,7%) y la degeneración macular relacionada con la edad (11,5%). Errores de refracción no corregidos fueron la causa principal de discapacidad visual moderada (67,2%). La cobertura de cirugía de catarata fue 66,9%. 60,5% de los	La prevalencia de la ceguera y la discapacidad visual en Perú es similar a la de otros países latinoamericanos. Dada la baja cobertura de cirugía de catarata y el envejecimiento de la población, el acceso a los servicios podría mejorarse aumentando la educación de la población sobre la salud ocular y la capacidad de respuesta de los servicios quirúrgicos oftalmológicos y de cataratas, y	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
					ojos operados de cataratas logró un $\geq$ agudeza visual de 20/60 con corrección disponible. Las principales barreras para la cirugía de cataratas fueron el alto costo (25,9%) y la gente no estar al tanto de que el tratamiento era posible (23,8%).	mediante la reducción de los costos de esta última.	
8	Evaluación rápida de la ceguera evitable en Uruguay: resultados de un estudio a escala nacional	Marcelo Gallarretal; João M. Furtadoll; Van C. Lansingh; Juan Carlos Silvalli; Hans LimburgV	Abril - Diciembre 2011	Estudio poblacional transversal	De las 3 956 personas que reunieron los requisitos, se examinaron 3 729 (94,3%). La prevalencia ajustada por edad y sexo de la ceguera fue de 0,9% (intervalo de confianza (IC) de 95%: 0,5–1,3). La catarata (48,6%) y el glaucoma (14,3%) fueron las principales causas de ceguera. La prevalencia de la DVG y la DVM fue de 0,9% (IC de 95%: 0,5–1,3) y 7,9% (IC de 95%: 6,0–9,7), respectivamente. La catarata fue la causa principal de DVG (65,7%), seguida del error de refracción no corregido (14,3%), que fue la principal causa de DVM (55,2%). La cobertura quirúrgica de la catarata fue de 76,8% (calculada por ojo) y de 91,3% (calculada por persona). De todos los ojos operados de catarata, 70,0% presentaba una agudeza visual de $\geq$ 20/60 y 15,3% tenía una agudeza visual $<$ 20/200 después de la intervención quirúrgica.	En Uruguay, la prevalencia de la ceguera es baja en comparación con otros países latinoamericanos, pero es factible lograr una reducción adicional. Como consecuencia de la alta cobertura quirúrgica de la catarata y la creciente proporción de personas de $\geq$ 50 años en Uruguay, la repercusión de las enfermedades de la cámara ocular posterior como factor contribuyente a la ceguera podría aumentar en el futuro.	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
9	Encuesta sobre la ceguera evitable y la discapacidad visual en Panamá	López M1, Brea I1, Yee R2, R3 Yi, Carles V4, Broce A3, Limburgo H5, Silva JC6	Diciembre de 2012 - Marzo de 2014	Estudio poblacional transversal	Se examinaron un total de 4 125 personas (98,2% de la muestra calculado). Prevalencia por edad y sexo ajustados de la ceguera fue del 3,0% (IC del 95%: 2.3 a 3.6). La principal causa de ceguera era de cataratas (66,4%), seguido de glaucoma (10,2%). La catarata (69,2%) fue la principal causa de discapacidad visual severa y los errores de refracción no corregidos fueron la causa principal de discapacidad visual moderada (60,7%). Surgical cobertura de cataratas en los individuos fue 76,3%. De todos los ojos operados de cataratas, el 58,0% alcanzó la agudeza visual <20/60 con corrección disponible.	La prevalencia de ceguera en Panamá está en línea con prevalencia media se encuentran en otros países de la Región. Este problema se puede reducir, ya que 76,2% de los casos de ceguera y 85,0% de los casos de deterioro visual grave resultado de casos evitable.	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
10	Encuesta nacional de ceguera y deficiencia visual evitable en Argentina, 2013	Rosario Barrenechea,1 Inés de la Fuente,1 Roberto Gustavo Plaza,1 Nadia Flores,1 Lía Segovia,1 Zaida Villagómez,1 Esteban Elián Camarero,1 Luz Consuelo Zepeda-Romero,2 Van C. Lansingh,3 Hans Limburg4 y Juan Carlos Silva5	Mayo y Noviembre de 2013	Estudio poblacional transversal	Se evaluaron 3 770 personas (92,0% de lo previsto). La prevalencia de ceguera fue de 0,7% (intervalo de confianza de 95%: 0,4–1,0%). La catarata no operada fue la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa (44,0% y 71,1%, respectivamente), mientras que de la deficiencia visual moderada fueron los errores de refracción no corregidos (77,8%). La cobertura de cirugía de catarata fue de 97,1%, y 82,0% de los ojos operados lograron una AV $\geq$ 20/60. Las principales barreras para someterse a este tratamiento fueron el temor a la cirugía o a un mal resultado (34,9%), el costo (30,2%) y no tener acceso al tratamiento (16,3%).	La prevalencia de ceguera en la población estudiada es baja y la catarata es la principal causa de ceguera y deficiencia visual severa. Se debe continuar aumentando la cobertura de cirugía de catarata, perfeccionar la evaluación preoperatoria, hacer un cálculo más adecuado del lente intraocular que necesita el paciente y corregir con mayor precisión los defectos refractivos postoperatorios.	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
11	Encuesta nacional de la ceguera y la discapacidad visual evitables en Honduras]. [Artículo en español	Alvarado D1, Rivera B1, Lagos L1, Ochoa M2, Starkman I2, Castillo M3, Flores E3, Lansingh VC4, Limburgo H5, Silva JC6	Junio - Diciembre de 2013	Estudio poblacional transversal	Se examinaron un total de 2 999 personas (95,2% del total previsto). La prevalencia de ceguera fue del 1,9% (intervalo de confianza del 95%: 1.4 a 2.4%) y el 82,2% de estos casos eran evitables. Las principales causas de ceguera son las cataratas no operadas (59,2%) y glaucoma (21,1%). Error de refracción no corregidos fue la principal causa de grave (19,7%) y moderada (58.6%) la discapacidad visual. La cobertura de cirugía de catarata fue 75,2%. 62,5% de los ojos operados de cataratas logró un VA> 20/60 con corrección disponible. Las principales barreras para la cirugía de cataratas fueron: el costo (27,7%) y la falta de disponibilidad o de dificultad de acceso geográfico al tratamiento (24,6%)	La prevalencia de la ceguera y la discapacidad visual en Honduras es similar a la de otros países latinoamericanos. 67% de los casos de ceguera se podría resolver mediante la mejora de la capacidad de respuesta de los servicios oftalmológicos, especialmente de la cirugía de cataratas, la mejora de los servicios de óptica y la incorporación de cuidado de los ojos en la atención primaria de salud	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
12	La prevalencia de la retinopatía diabética en pacientes peruanos con diabetes tipo 2: resultados de un programa telescreening retina de base hospitalaria	Villena JE1, Yoshiyama CA, Sánchez JE, Hilario NL, Merin LM.	Septiembre 2007 - Septiembre 2010	Estudio prospectivo	De 1 311 pacientes examinados, imágenes retinianas apropiadas se obtienen en 1 222 sujetos (93,2%). DR se detectó en 282 pacientes (23,1%) [intervalo de confianza del 95% (IC): 20,71-25,44]; 249 pacientes (20,4%) (IC 95%: 18,1-22,6) tenían RD no proliferativa y 33 (2,7%) (IC del 95%: 1.8 a 3.6) tenía RD proliferativa. En 32 pacientes (11,3%), DR fue unilateral. La frecuencia de la DR fue la misma en ambos sexos. La prevalencia de ceguera era dos veces más frecuente en los pacientes con RD como en aquellos sin ella (9,4% y 4,6%, respectivamente) (P = 0,001). La frecuencia de RD al diagnóstico fue de 3,5% y aumentó con la duración de la diabetes. DR fue más frecuente en los pacientes con hipertensión arterial, complicaciones macrovasculares o microvasculares, y la hemoglobina A1c (HbA1c) > 7,0% y en los tratados con insulina o sulfonilureas. Era menos frecuente en aquellos con HbA1c <7,0%, con un mayor índice de masa corporal, y que había sido tratado con metformina	La prevalencia de RD en estos pacientes con diabetes tipo 2 fue del 23,1%. Retinopatía no proliferativa representó 77.0% de los casos. Aunque menos frecuente que en un informe anterior, se duplicó la frecuencia de ceguera en las personas afectadas. Un programa nacional de detección DR se debe considerar	1C

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
13	Prevalencia y causas de discapacidad visual en pacientes diabéticos en Túnez, África del Norte	Kahloun R1, Jelliti B1, Zaouali S1, S1 Attia, Ben Yahia S1, S2 Resnikoff, Khairallah M1	Publicado en el 2014	Estudio transversal	De todos los pacientes estudiados, el 60,2% eran mujeres y el 39,8% eran varones. La edad media de los pacientes fue de 54,5 años. La media de duración de la diabetes fue de 7,6 años. La retinopatía diabética (RD) se registró en el 26,3% de los pacientes, y era de proliferación en el 3,4% de los pacientes. La prevalencia de la deficiencia visual fue de 22,2%, con un 4,4% de los pacientes legalmente ciegos y el 17,8% con deficiencia visual. La deficiencia visual se asoció significativamente con la edad ≥ 60 años ($p < 0,001$), la duración de la diabetes > 10 años ($p < 0,001$), el índice de masa corporal > 25 ($P = 0,014$), la hipertensión arterial ($P < 0,001$), enfermedad cardíaca ($P < 0,001$), neuropatía periférica ($P = 0,03$), neuropatía vegetativa ($P = 0,002$), macroalbuminuria ($P < 0,001$), catarata ($P < 0,001$), DR ($P < 0,001$), edema macular diabético ($P < 0,001$), glaucoma de ángulo abierto ($P < 0,001$), la hemorragia intravítrea ($P < 0,001$), rubeosis del iris ($P < 0,001$), el glaucoma neovascular ($P < 0,001$), y desprendimiento de retina traccional ($P < 0,001$).	El presente informe es el estudio más grande de República Dominicana, en la región del norte de África. Proporciona un conjunto de datos de referencia con los que el progreso puede evaluar el futuro. La detección y el tratamiento pueden reducir en gran medida la incidencia de la discapacidad visual, debido a la diabetes.	1B

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
14	Prevalencia de glaucoma primario entre los adultos de 50 años o por encima de la población en la comunidad Huamu: una encuesta transversal en Shanghai, 2011	Él J1, Zou H, Tong X, Zhang S, Zhao R, Zhang Y, Zhou W, W Tang, Ge L2	Marzo a septiembre de 2011	Estudio transversal de base poblacional	Dos miles cinco cientos y veintiocho casos fueron examinados y la tasa de responder era 80.36%. La prevalencia del glaucoma primario fue de 3.09%, en el que el glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y el ángulo de primaria glaucoma (PACG) fueron 2.85% y 0.24%. La prevalencia de GPAA tenía tendencia ascendente con la edad. La tasa de ceguera en uno o ambos ojos causadas por GPAA y GPAC fue 12.5% y 6.3, y la tasa de ceguera de GPAA se comparó inferior con PACG. 88.89% de GPAA en esta investigación no había sido diagnosticada previamente, y el 100% de GPAC había sido diagnosticada previamente y recibido tratamiento.	La prevalencia de glaucoma primario en la comunidad Huamu es relativamente alta y la tasa de diagnóstico y el tratamiento previo de GPAA son relativamente bajos. La detección y la salud La educación temprana para el glaucoma primario son importantes en el trabajo de prevención de la ceguera en el futuro.	1B

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
15	La prevalencia mundial del glaucoma y proyecciones de la carga glaucoma hasta el 2040: una revisión sistemática y meta-análisis	Tham YC1, Li X2, Wong TY1, Quigley HA3, Aung T1, Cheng CY4	Estudios poblacionales de prevalencia de glaucoma publicados hasta el 25 de marzo, se utilizó 2013.	Revisión sistemática y meta-análisis	La prevalencia global de glaucoma de población de 40 a 80 años es de 3,54% (95% CrI, 2,09-5,82). La prevalencia de GPAA es mayor en África (4,20%; 95% CrI, 2,08-7,35), y la prevalencia de GPAC es mayor en Asia (1,09%; 95% CrI, 0,43-2,32). En 2013, el número de personas (edades comprendidas entre 40 a 80 años) con glaucoma en todo el mundo se estimó en 64,3 millones, aumentando a 76,0 millones en 2020 y 111,8 millones en 2040. En el modelo de meta-regresión bayesiana, los hombres eran más propensos a tener GPAA que las mujeres (odds ratio [OR], 1,36; 95% CrI, 1,23-1,52), y después de ajustar por edad, sexo, tipo de vivienda, la tasa de respuesta, y el año de estudio, las personas de ascendencia africana eran más propensos a tener GPAA que las personas de ascendencia europea (OR, 2,80; 95% CrI, 1,83-4,06), y las personas que viven en zonas urbanas tenían más probabilidades de tener GPAA que en las zonas rurales (OR, 1,58; 95% CrI, 0,19 a 02,04).	El número de personas con glaucoma en todo el mundo aumentará a 111,8 millones en 2040, lo que afecta de manera desproporcionada a las personas que residen en Asia y África. Estas estimaciones son importantes para guiar los diseños de detección de glaucoma, el tratamiento y las estrategias de salud pública relacionados.	1A

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
16	Pruebas de detección para la detección de glaucoma de ángulo abierto: revisión sistemática y meta-análisis	Graham Mowatt ¹ , Jennifer M. Burr ^{1,2} , Jonathan A. Cook ¹ , M. A. Rehman Siddiqui ² , Craig Ramsay ¹ , Cynthia Fraser ¹ , Augusto Azuara-Blanco ² , Jonathan J. Deeks ³ y para el Proyecto de Detección OAG	Estudios poblacionales de prevalencia de glaucoma publicados hasta diciembre del 2005	Revisión sistemática y meta-análisis	Cuarenta estudios que incluían a más de 48.000 personas reportaron nueve pruebas. La mayoría de los ensayos se informaron por sólo unos pocos estudios. Tecnología de frecuencia de duplicación (FDT; C-20-1) fue significativamente más sensible que la oftalmoscopia (30, 95% intervalo de credibilidad [CrI] 0-62) y tonometría de aplanación de Goldmann (GAT; 45, 95% CrI 17-68), mientras norma umbral perimetría automatizada (SAP) y Heidelberg Retinal Tomógrafo (HRT II) eran tanto más sensible que GAT (41, 95% CrI 14-64 y 39, 95% CrI 3-64, respectivamente). GAT fue más específica que tanto FDT C-20-5 (19, 95% CrI 0-53) y SAP umbral (14, 95% CrI 1-37). A juzgar por el rendimiento diagnóstico odds ratio, FDT, perimetría oculokinetic, y HRT II son prometedores pruebas. La oftalmoscopia, SAP, fotografía de la retina, y GAT tenían relativamente pobre desempeño como pruebas individuales.	Ninguna prueba o conjunto de pruebas fue claramente superior para detección de glaucoma. Se necesita más investigación para evaluar la exactitud comparativo de las pruebas más prometedoras.	1B

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
17	Prevalencia y severidad de las manifestaciones no detectadas de Glaucoma: Resultados de la Evaluación Temprana de las manifestaciones de Glaucoma	Anders Heijl, MD, PhD1, Boel Bengtsson, PhD1, Sigrídur Erla Óskarsdóttir, MD1	1992 y 1997	Estudio transversal	Entre los temas seleccionados, que eran el 77,5% de todos los sujetos invitados, se identificaron un total de 406 sujetos (1,23%) con glaucoma no detectado previamente. La prevalencia aumenta con la edad, de 0,55% a los 55 a 59 años a 2,73% a los 75 y 79 años. Enfermedad unilateral representó el 66% de todos los casos. Alcance de la pérdida del campo visual fue similar en todos los grupos de edad de 60 años y más. La mayoría de los ojos tenía precoz (35%) o moderada (31%) los defectos del campo visual glaucomatoso, pero 134 sujetos (33%) tuvieron avanzada pérdida de campo visual en al menos 1 de los ojos. Ningún tema era ciego de ambos ojos, pero el 3,4% de los pacientes recién diagnosticados fueron unilateralmente ciego a causa de glaucoma.	La prevalencia del glaucoma no detectado aumenta con la edad, mientras que la gravedad de la enfermedad no se incrementó en sujetos mayores de 60 años de edad. Un tercio de los pacientes con glaucoma no detectada previamente tenía enfermedad avanzada o temprano-etapa en al menos 1 de los ojos. Unilateralmente sujetos ciegos estaban presentes en todos los grupos de edad	1c

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
18	Utilidad de la tonometría de aplanación en atención primaria	F Rubio Sevillano a, E Peñascal Pujol a, M Vigil Beneito a, A Alayeto Sánchez a, JA Ibáñez Estella a, A Sánchez Ibáñez a	Mayo y junio de 1995.	Estudio descriptivo prospectivo	Se obtuvo una muestra de 354 pacientes, el 38% varones y el 62% mujeres, con una edad media de 63,5 años. Se registró una tonometría >18 mmHg en 49 casos, que fueron derivados al oftalmólogo, confirmándose la existencia de HIO en 10 casos (2,8% del total). El valor predictivo positivo para HIO, con un punto de corte de 18 mmHg en nuestro estudio es de 20,4%. El 60% de los pacientes con HIO presentan factores de riesgo.	Consideramos que el tonómetro de aplanación empleado es útil para la detección de HIO en atención primaria.	1B
19	Impacto de cribado de la retinopatía diabética en un Población del distrito británica: la detección de casos y prevención de la ceguera en un modelo basado en la evidencia	Max O Bachmann, Sally J Nelson	Revisión de estudios de prevalencia, incidencia validez de pruebas de detección y eficacia de tratamiento desde Enero 1980 a junio de 1996	Revisión sistemática y meta-análisis	la prevalencia de la retinopatía que requiere tratamiento sería de entre 1% y 6%; incidencia anual de la ceguera entre los diabéticos con retinopatía que requieren tratamiento sería de entre 6% y 9%; sensibilidad de las pruebas de cribado para la detección de retinopatía que requirió tratamiento estaría entre 50% y 88%; y tratamiento podría prevenir 77% de los casos esperados de la ceguera. De los evaluados, aproximadamente el 4% sería detectado correctamente como requiriendo el tratamiento durante una evaluación inicial ronda, pero este rendimiento puede disminuir a alrededor de 1% en el cribado anual posterior rondas. De los tratados,	La detección y el tratamiento temprano de la retinopatía diabética puede prevenir discapacidad sustancial. La eficacia y la eficiencia de la detección podría ser realizado por la mejora del rendimiento de las pruebas actuales o aumento en el uso de fotografía retiniana midriática, y por aumento de la absorción, especialmente entre diabéticos con mayor riesgo.	1B

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
					aproximadamente 6% lo haría prevenirse de la ceguera en un año de tratamiento y el 34% dentro de 10 años del tratamiento.		

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.						
20	Telemedicina para detectar retinopatía diabética: una revisión sistemática y meta-análisis	Lili Shi1,2, Huiqun Wu1, Jiancheng Dong1, Kui Jiang1, Xiting Lu3, Jian shi4	Revisión reaizada 2013-2014	Revisión sistemática meta-análisis	y	Veinte artículos relacionados con 1960 participantes fueron incluidos. Sensibilidad agrupado de telemedicina superó el 80% en la detección de la ausencia de DR, bajo o la retinopatía diabética proliferativa de alto riesgo (PDR), que superó el 70% en la detección de la retinopatía leve o moderada no diabética proliferativa (RDNP), DME y macular clínicamente significativo edema (CSME) y fue del 53% (IC 95% 45% a 62%) en la detección de RDNP grave. Especificidad agrupado de telemedicina superó el 90%, excepto en la detección de RDNP leve que alcanzó el 89% (IC del 95%: 88% a 91%). La precisión diagnóstica fue mayor con imágenes digitales obtenidas a través de midriasis que a través de no midriasis, y fue más alta cuando se utilizó un amplio ángulo (100-200 °) en comparación con un ángulo estrecho (45-60 °, 30 ° o 35 °) en la detección de la ausencia de DR y la presencia de RDNP leve. No se detectó potencial sesgo de publicación.	La precisión diagnóstica de la telemedicina mediante imagen digital en RD es en general alta. Puede ser utilizado ampliamente para la detección DR. Telemedicina basada en la técnica de imagen digital que combina midriasis con un campo de gran angular (100-200 °) es la mejor opción en la detección de la ausencia de DR y la presencia de RDNP leve.	1B

Factor abordado		Enfermedades que generan discapacidad visual y ceguera evitable: tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno.					
21	Retinografía y tonometría en atención primaria: técnicas incorporadas a la práctica habitual de enfermería	Carmen Novo-García a, , Sofía de Dios-Perrino a, Concepción Lafuente-López a, Carmen Romero-Arancón a, Felisa Herrero-Rubio	Publicado en el 2014	Estudio descriptivo observacional	Se ha aumentado a un 50% (133) la cobertura de diabéticos que se han sometido al cribado ocular. El 38% (44) de los pacientes estudiados presentó algún grado de retinopatía y la calidad de las imágenes obtenidas en un 67% (88) fue buena. La concordancia en la interpretación fue moderada. El tipo de diabetes y de tratamiento, la presencia de dislipemia y nefropatía y los años de evolución y la glucohemoglobina elevada son variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas. La cifra de presión intraocular media ha sido 14,66 mmHg; el 5% (6) presentó cifras >21 mmHg.	La realización de un cribado ocular integral a los pacientes diabéticos se debe consolidar como intervención a implementar en atención primaria y remitir a especializada solamente a los pacientes con criterios de derivación, los casos dudosos y los fracasos de la técnica.	1B

Sobrepeso, obesidad, HTA, Diabetes mellitus

Tabla 13

Factor abordado		Personas reciben información y reconocen la importancia de la actividad física y de la alimentación para el cuidado de su salud, practican actividad física de manera regular, contando con espacios seguros para ello y consumen alimentos adecuados					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effective techniques in healthy eating and physical	Michie S et al.	2009	Meta-análisis	Efecto agregado = 0.31n (Valores menores a 1 indican efectividad que	Las intervenciones conductuales para promover	A1

Factor abordado		Personas reciben información y reconocen la importancia de la actividad física y de la alimentación para el cuidado de su salud, practican actividad física de manera regular, contando con espacios seguros para ello y consumen alimentos adecuados					
	activity interventions: a meta-regression.				favorece al grupo de intervenciones). Las técnicas combinadas en donde estuvo presente el componente "auto-monitoreo" fueron las más efectivas.	la práctica de actividad física y la alimentación saludable son efectivas, especialmente si ellas implican un componente participativo del usuario mediante el "auto-monitoreo".	
2	School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18.	Dobbins M et al.	2009	Meta-análisis	Incremento en grupos físicamente activos (OR=2.74; Valores mayores que 1 indican efecto favorable).	Las intervenciones basadas e implementadas en escuelas y planificadas por personal de salud son efectivas para incrementar la actividad física de niños y adolescentes. También existe un efecto favorable en la reducción de minutos de inactividad y normalización de valores de presión arterial.	A1
3	After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis...	Beets MW et al.	2009	Meta-análisis	Efecto favorable de las intervenciones en 4 indicadores: Actividad física (0.44); medición antropométrica (0.16); Porcentaje de grasa corporal (0.07) y lípidos en sangre (0.20). En todos los casos, valores menores a 1 indican efecto favorable para las intervenciones.	Las intervenciones implementadas fuera de la escuela, son efectivas en promover la actividad física en niños y adolescentes. También promueven mejoras en otros indicadores bioquímicos y morfológicos.	A1
4	Meta-analysis of workplace physical activity interventions.	Conn VS et al.	2009	Meta-análisis	Efecto favorable de las intervenciones y programas en las siguientes dimensiones: Actividad física (0.21); Bienestar físico (0.57), lípidos e sangre (0.13); Medidas antropométricas (0.08); asistencia al trabajo (0.19) y Mejora en	Las variadas y heterogéneas formas de intervención dirigidas a promover la actividad física en el trabajo producen mejoras en la salud y en otros indicadores	A1

Factor abordado		Personas reciben información y reconocen la importancia de la actividad física y de la alimentación para el cuidado de su salud, practican actividad física de manera regular, contando con espacios seguros para ello y consumen alimentos adecuados					
					los niveles de stress relacionado al trabajo (0.33). Todos los valores menores a 1 indican efecto positivo a favor de las intervenciones.	relacionados al trabajo y la calidad de vida.	
5	Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression.	Michie S et al.	2009	Meta-análisis	Efecto agregado = 0.31n (Valores menores a 1 indican efectividad que favorece al grupo de intervenciones). Las técnicas combinadas en donde estuvo presente el componente "auto-monitoreo" fueron las más efectivas.	Las intervenciones conductuales para promover la práctica de actividad física y la alimentación saludable son efectivas, especialmente si ellas implican un componente participativo del usuario mediante el "auto-monitoreo".	A1
6	Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP).	Cook NR et al	2007	Meta-análisis	Efecto favorable de la intervención de dieta saludable con reducción de sodio (RR= 0.75) para la reducción de eventos cardiovasculares. (RR menor a 1 indica que el efecto positivo es a favor de la intervención)	La intervención combinada de dieta saludable con reducción de sodio (Más educación y consejería para reforzar la reducción de sodio) es efectiva para disminuir los eventos cardiovasculares.	A1
7	Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study.	Borgmeier I et al. I	2009	Ensayo clínico	La presentación basada en "luces de semáforo" tuvo el mayor porcentaje de decisiones correcta y acertadas (24.8%). La presentación "sin etiqueta" tuvo el menor porcentaje de decisiones correctas (20.2%).	Diferentes presentaciones de etiquetas de los alimentos producen diferentes escenarios de comprensión y percepción sobre los atributos del alimento.	A3
8	Neighborhood food environment and walkability predict obesity in New York City.	Rundle A et al.	2009	Estudio transversal	Los tres quintiles superiores de la medida de densidad de supermercados y tiendas saludables presentaron menor IMC promedio ajustado por	Existe una relación inversa entre la presencia de establecimientos de alimentos saludables (frutas y	C1

Factor abordado		Personas reciben información y reconocen la importancia de la actividad física y de la alimentación para el cuidado de su salud, practican actividad física de manera regular, contando con espacios seguros para ello y consumen alimentos adecuados					
					accesibilidad. IMC: 27.26 vs 28.06 para el quintil superior vs quintil inferior ($p<0.05$).	vegetales incluidos) y la prevalencia de obesidad.	

Factor abordado		Personas atendidas con estimación clínica oportuna de factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, que reciben información y reconocen su presencia, así como reciben orientación para su manejo					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	The effect of a community-based coronary risk reduction: the Rockford CHIP.	Englert HS et al	2007	Estudio descriptivo	Disminución estadísticamente significativa ($p<0.001$) en hombres y mujeres para los siguientes indicadores: Peso, IMC, presión arterial, glicemia, colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos. La disminución fue mayor aun en quienes tenían más condiciones de riesgo basal.	El programa comunitario con componentes educativos puede promover cambios en estilos de vida que se manifiestan como mejoras en indicadores biológicos de riesgo cardiovascular.	C1
2	Dietary patterns of rural older adults are associated with weight and nutritional status.	Ledikwe JH et al	2004	Estudio transversal	Los sujetos en el patrón de consumo de alto valor nutricional tuvieron en promedio menor circunferencia de cintura, mientras que los sujetos en el grupo de bajo valor nutricional tuvieron 2.0 veces el riesgo de ser obesos.	Existe una relación entre el valor nutricional de la dieta y el estado nutricional, el sobrepeso y la obesidad.	C1
3	Body mass index and waist circumference as markers of arterial hypertension in adolescents.	Rosa ML et al.	2007	Estudio de cohorte	Correlación estadísticamente significativa entre desarrollo de hipertensión y cintura abdominal e índice de masa corporal ($p<0.05$). Sensibilidad de IMC vario entre 52% y	El uso de medidas antropométricas (cintura abdominal e IMC) es buen predictor de hipertensión arterial en esta población. Se	B3

Factor abordado		Personas atendidas con estimación clínica oportuna de factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, que reciben información y reconocen su presencia, así como reciben orientación para su manejo					
					57%, y especificidad entre 70% y 81%.	recomienda desarrollar estándares y puntos de corte diagnósticos ajustados localmente.	
4	Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests.	Edwards AG et al.	2006	Meta-análisis	La comunicación del riesgo personalizado (en forma oral, escrita o visual incrementa el uso de pruebas de tamizaje en la población general (OR=1.31) y/o con mayor riesgo (OR=1.74) para diversas enfermedades. El efecto se mide con el OR donde valores mayores a 1 indican efecto positivo a favor de la intervención.	La comunicación personalizada del riesgo tiene un efecto positivo sobre el incremento del consumo de pruebas de tamizaje en usuarios de servicios de salud.	A1
5	Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials.	Wilfey DE et al.	2007	Meta-análisis	El efecto de las intervenciones inmediatamente después de las mismas estuvo entre 0.75 y 0.48, mientras que al seguimiento estuvo entre 0.6 y 0.9 (Efectos con valores menor a 1 indican efecto positivo a favor de las intervenciones)	Las intervenciones dirigidas a modificar estilos de vida en niños para el manejo de sobrepeso son eficaces en el corto plazo y la evidencia sugiere que también podrían serlo a largo plazo.	A1
6	Prevalence, causes, and consequences of masked hypertension: a meta-analysis.	Verberk WJ et al.	2008	Meta-análisis	7% de niños y 19% de adultos tienen hipertensión enmascarada. Sujetos con HM tenían mayor masa ventricular que individuos normotensos; pero igual que los sujetos con hipertensión sostenida.	La hipertensión enmascarada afecta al 25% de los sujetos considerados normotensos en base a mediciones en establecimientos de salud. Aparentemente estos sujetos presentan el mismo riesgo de eventos cardiovasculares que los sujetos con hipertensión sostenida.	A1

Factor abordado		Personas atendidas con estimación clínica oportuna de factores de riesgo para el desarrollo de sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, que reciben información y reconocen su presencia, así como reciben orientación para su manejo					

Metales Pesados

Tabla N° 13

Factor abordado		TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Estudio de Plomo en Sangre en Población seleccionada de Lima y el Callao (Junio 1998 – Marzo 1999)	Mauricio Hernández-Avila, Rocio Espinoza Lain, Luz Carbajal	1999	Estudio descriptivo	Los resultados detectaron zonas de focalización, las cuales sugirieron la existencia de fuentes de exposición adicionales al uso de gasolina con plomo	Las intervenciones para mejorar la calidad de vida al mitigar daños o riesgos asociados, y su absorción de los metales pesados conlleva a una mejora en actividades preventivas promocionales.	A1
2	A Guide to the Work Relatedness of disease	National Institute for Occupational Safety and Health	1997	Estudio descriptivo	Existe también evidencia de que la exposición a los metales pesados puede afectar el balance postural de los adultos y la función de los nervios periféricos	Esta afirmación nos da a conocer la importancia de diagnosticar a tiempo a fin de evitar posibles complicaciones en adelante.	A2
3	Division of Toxicology and Environmental Medicine, Atlanta, GA. Toxicological Profile for Mercury	John Risher, Ph.D	2011	Estudio descriptivo – analítico.	Los compuestos orgánicos de mercurio ingresan al organismo a través de alimentos, se absorben del 90 al 95% en el tracto gastrointestinal; los compuestos inorgánicos de mercurio se absorben entre 2 a 15% de la dosis ingerida	La determinación de compuestos orgánicos alimenticios es indispensable para proponer una dieta que ayude a disminuir las concentraciones de este metal.	A1

Factor abordado		TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS					
					acumulándose en el túbulo renal proximal, donde puede producir falla renal aguda		
4	Intoxicación por productos industriales	Fornieles Pérez H.G., Martínez Coronel J.F., Bellot Iglesias J.L.	2011	Estudio descriptivo	La toxicidad del mercurio se encuentra directamente relacionada a su unión covalente con los grupos sulfhidrilos (SH). El mercurio también tiene alta afinidad a los grupos carboxilos, amidas, aminas y fosforilos, lo que contribuye a su toxicidad.	La determinación de compuestos orgánicos alimenticios es indispensable para proponer una dieta que ayude a disminuir las concentraciones de este metal.	A1
5	Intoxicación por metales pesados	Harrison Principios de Medicina Interna	2009	Estudio descriptivo – analítico	La efectividad de la terapia de quelación no ha sido probada del todo, porque algunos de estos agentes no sólo retiran los metales pesados (Plomo, Mercurio, Cadmio y Arsenio) circulante sino también el acumulado en los órganos blancos, pudiendo ocasionar un incremento súbito de los niveles de estos que podrían ocasionar síntomas o signos más graves. Sin embargo, su uso en casos de intoxicación aguda da mejores resultados y en los casos de intoxicación crónica no existe más tratamiento que el retirar al paciente de la fuente de exposición	Esta afirmación indica la efectividad y las recomendaciones para iniciar un tratamiento adecuado y oportuno.	A1
6	Diagnóstico e investigación epidemiológica de las	OPS/OMS	2011	Meta-análisis	Consumir alimentos ricos en antioxidantes como la Vit. C o E, flavonoides. Además,	Los aportes nutricionales para establecer una dieta adecuada esta sostenida al nivel y	A1

Factor abordado		TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS					
	enfermedades transmitidas por alimentos				alimentos ricos en calcio, hierro, proteínas, selenio y zinc ayudan de manera sustancial a la disminución del metal pesado.	concentración del metal según muestra biológica.	
7	Hidroarcanicismo crónico regional y endémico	Silva Verónica Palacios, Carola Moron Guglielmino, Maria Alejandra Vereza, Delia María Pecotche	2012	Descriptivo-analítico	Relación de la exposición de Arsénico en desarrollo del Hidroarcanicismo crónico regional endémico (HACER) en poblaciones que consumen agua contaminada por arsénico. Relación eco-patogena.	El HACRE es una enfermedad producida por la exposición de la población al agua con arsénico en un tiempo prolongado, que afecta a una región. Se reporta problemas respiratorios, lesiones de piel (hiperhidrosis, carcinoma, líneas de mees)	A1

Promoción de la Salud

Tabla N° 13

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of combined caries-preventive methods: a systematic review of controlled clinical trials.	Axelsson S et al.	2004	secundario	Diseño del estudio: revisión sistemática. Objetivo: Evaluar el efecto preventivo de métodos combinados para la prevención de caries, que se define como dos o más intervenciones diferentes en combinación Metodología de búsqueda: Se buscó	Resultado: La evidencia científica de la combinación de tratamientos con fluoruro que tuvieron un efecto preventivo sobre la caries en niños y adolescentes se calificó como moderada. Sin embargo, para los pacientes de edad avanzada se encontró evidencia científica incompleta sobre el efecto de diferentes combinaciones de	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					en base de datos Medline los artículos publicados en el período enero de 1966 a junio de 2003. Veinticuatro estudios controlados cumplieron con los criterios de inclusión, y su valor como prueba se evaluó de acuerdo a criterios predeterminados. El nivel de evidencia para la conclusión general con respecto a cada método fue clasificado de acuerdo con el protocolo del Consejo Sueco para la Evaluación de Tecnologías en Salud.	tratamientos preventivos de caries. No se pudieron obtener conclusiones con respecto a las pruebas de combinaciones de tratamientos que son efectivos para los grupos de alto riesgo de caries, ya que los resultados de los estudios clínicos identificados fueron contradictorios.
2	A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health.	Kay E et al.	1998	Secundario	Diseño del estudio: Revisión sistemática. Objetivo: Examinar la calidad de las pruebas orales de investigación en promoción de la salud y evaluar la efectividad de la promoción de la salud dirigida a mejorar la salud oral con una metodología sistemática y científicamente defendible. Búsqueda: Se buscó en las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL, el Social Sciences Citation Index y resúmenes de Servicios de Salud. Se hicieron búsquedas utilizando las palabras clave "educación para la salud dental", "promoción de la salud oral", "eficacia" y "evaluación". Un panel de expertos en Europa y los EE.UU., y los miembros de un grupo de interés, fueron contactados para estudios adicionales. Las listas de referencias de los artículos recuperados fueron	Resultados: Las medidas de resultado evaluadas incluyeron caries, higiene bucal, el conocimiento relacionado con la salud bucal, actitudes y comportamientos Ciento sesenta y cuatro artículos fueron incluidos en la revisión. Hubieron 36 ensayos controlados aleatorios (ECA, n = 3353), 80 cuasi estudios experimentales (es decir, ensayos clínicos no aleatorizado), 33 estudios de grupo único después de la prueba de pre-prueba, 7 línea de base múltiple y 6 estudios de medios de comunicación. No se informó el número de participantes para los otros diseños de estudio. - Caries: ECA (n = 7); 4 ECA informaron de un pequeño efecto no significativo sobre el nivel de caries. Casi todas las iniciativas de promoción de la salud bucal que consultaron acerca de las caries implicó el uso de flúor. El meta-análisis mostró que el efecto de la intervención media fue de una reducción de caries de 1,8 superficies (IC del 95%: 0,38,

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					examinados para estudios adicionales, y cualquier revista relevante identificado fue añadido a una lista de revistas para la búsqueda manual. La búsqueda manual incluyó estas revistas y otros conocidos por publicar material pertinente para la revisión. Los documentos fueron incluidos si fueron publicados en el idioma inglés después de 1979. Múltiples informes del mismo estudio sólo contribuyeron una vez a la revisión, mientras que los papeles que utilizaron una variedad de medidas de resultado se incluyeron en cada categoría de resultado. Selección de los estudios: Los estudios de las evaluaciones incluyeron en la revisión un componente evaluativo. Se excluyeron los estudios descriptivos. Intervenciones específicas: Los estudios que informan cualquier intervención de promoción de la salud oral fueron elegibles para su inclusión. Las siguientes intervenciones fueron incluidos en la revisión: programas de cepillado de dientes en las escuelas; la educación de los padres sobre la salud dental de los niños; instrucción del cepillado del diente parental; sesiones de grupo y educación individual; medios de comunicación; profilaxis; tabletas de fluoruro, geles, gotas y enjuagues; asistir a la atención dental; instrucción o demostración de limpieza	3,26). Los estudios cuasi-experimentales (n = 11): estos estudios indicaron que los niveles de caries podrían reducirse en el cepillado diario con una pasta dental fluorada. El tamaño del efecto de la intervención fue dependiente de la longitud de tiempo transcurrido entre la introducción y evaluación del programa. Se observaron mayores reducciones de la caries en los estudios a más largo plazo. No hubo evidencia de que los niveles de caries se vieron afectados por las intervenciones que no involucran el cepillado diario. Estudios de un solo grupo (n = 3): se trataba de estudios pobres y no podían sacar conclusiones. - Higiene Oral. ECA (n = 23): la mayoría de los estudios utilizaron los niveles de placa en la boca de los participantes como la medida de resultado. Las conclusiones extraídas en cada estudio individual variaron de acuerdo con el período de seguimiento. La mayoría de los estudios con seguimiento a corto plazo mostraron mejoras significativas en los niveles de placa, mientras que los estudios con períodos de seguimiento indicaron que la instrucción y la educación sobre el control de la placa no fueron efectivas en el largo plazo. Las intervenciones más elaboradas y basadas en teoría parecían no tener más éxito en la reducción de los niveles de placa de los enfoques más simples. Un meta-análisis mostró que el efecto de la intervención media fue de una reducción del 0,316 en el índice de placa (IC del 95%: -0,063, 0,695).

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					de la dentadura; entrevista con el psicólogo; y juegos de ordenador. Participantes: Los autores no informaron ningún criterio de inclusión relacionados con los participantes. Los participantes eran niños, ancianos, adultos y personas con minusvalías o discapacidades.	Los estudios cuasi-experimentales (n = 33): no hubo evidencia convincente de que los programas de educación en las escuelas tuvieron ningún efecto sobre los niveles de placa en la boca de los participantes, incluso cuando el cepillado diario en la escuela era parte del programa. Los programas escolares, ya sea a cargo de profesionales de la odontología, maestros o alumnos mayores enseñando a los alumnos más jóvenes, no se han demostrado para afectar la higiene oral. En las intervenciones clínicas y basadas en el trabajo, algunos programas experimentales de control de la placa con los adultos demostraron reducciones dramáticas en los niveles de placa. Educar a los padres sobre el control de placa en sus hijos pequeños fue eficaz. Estudios de un solo grupo (n = 22): estos fueron estudios pobres y no podían sacar conclusiones. - Conocimientos, actitudes y comportamientos. El estudio no informó diseños (n = 37): estos estudios indican que los niveles de conocimiento fueron invariablemente alterados por las intervenciones descritas. Métodos educativos complejos y técnicas añaden poco beneficio y la simple provisión de información era suficiente para aumentar los niveles de conocimiento. Sin embargo, los estudios que incluyeron otras medidas de resultado también sugieren que las alteraciones en los conocimientos, actitudes y creencias no estaban relacionadas con cambios en el comportamiento o la salud.

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
						- Medios de comunicación. El estudio no informó diseños (n = 7): estos estudios sugieren que la promoción de la salud oral a través de los medios de comunicación no fue efectivo para promover el conocimiento y el cambio de comportamiento. Sin embargo, los autores señalaron que las metodologías de evaluación en estos estudios fueron insuficientes y, por lo tanto, no hay ninguna conclusión específica respecto al papel de los medios de comunicación se puede extraer.	
3	The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation: a systematic review.	Slot DE et al.	2008		Diseño: Revisión sistemática con meta análisis Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la utilización de cepillos interdentales (BID) en pacientes como un complemento de cepillado de los dientes en comparación con el cepillado de los dientes solos u otros dispositivos interdentales de higiene oral en la placa y los parámetros clínicos de la inflamación periodontal. Material y métodos: MEDLINE-PubMed y en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) Se realizaron búsquedas hasta noviembre de 2007 para identificar los estudios adecuados. Los parámetros clínicos de la inflamación periodontal como placa, la gingivitis, sangrado y bolsillos fueron seleccionados como variables de resultado.	Resultados: Veinte estudios (n = 13.551) fueron incluidos en la revisión: 10 ECA, 8 estudios transversales, 1 estudio de cohorte prospectivo y 1 ensayo controlado (pares de dientes en ensayo de boca dividida). Se incluyeron doce estudios longitudinales. Entre estos 09 estudios con tasas de deserción reportados (la tasa de abandono durante 1 año fue de 10,9% en promedio), cinco informaron que los examinadores fueron cegados y ocho reportaron haber usado un grupo de control con placebo. Caries coronal fueron mayores en el grupo control que en el grupo de tratamiento en los estudios de todos los adultos (18 estudios) y adultos mayores (6 estudios) para cualquier fluoruro. En todos los estudios se compararon caries radicales en los adultos mayores, la caries fueron mayores en el grupo sin fluoruro que en el grupo de fluoruro (7 estudios, combinados). La fluoración del agua de la comunidad es eficaz en la prevención de caries (9	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
						estudios). La fluoración reduce significativamente la caries en los residentes de las comunidades de dispusieron de agua fluorada en comparación con los controles (RR 0,654, intervalo de confianza del 95%, IC: 0.490, 0.874, equivalente a la fracción de prevención 34%, IC del 95%: 12,6, 51,0).	
4	Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults.	Griffin SO et al.	2007	Secundaria	Diseño de estudio: Revisión sistemática. Población objetivo: adultos sanos. Intervención: Se utilizó un modelo de efectos aleatorios para estimar el tamaño del efecto del fluoruro (diferencia absoluta del incremento de caries anuales o tasa de riesgo relativo) para todos los adultos mayores de 20 años y para adultos de más de 40 años. Veinte estudios fueron incluidos en el cuerpo final de pruebas.	Resultados: Veinte estudios (n = 13.551) fueron incluidos en la revisión: 10 ECA, 8 estudios transversales, 1 estudio de cohorte prospectivo y 1 ensayo controlado (pares de dientes en ensayo de boca dividida). Se incluyeron doce estudios longitudinales. Entre estos 09 estudios con tasas de deserción reportados (la tasa de abandono durante 1 año fue de 10,9% en promedio), cinco informaron que los examinadores fueron cegados y ocho reportaron haber usado un grupo de control con placebo. Caries coronal fueron mayores en el grupo control que en el grupo de tratamiento en los estudios de todos los adultos (18 estudios) y adultos mayores (6 estudios) para cualquier fluoruro. En todos los estudios se compararon caries radiculares en los adultos mayores, la caries fueron mayores en el grupo sin fluoruro que en el grupo de fluoruro (7 estudios, combinados). La fluoración del agua de la comunidad es eficaz en la prevención de caries (9 estudios). La fluoración reduce significativamente la caries en los residentes de las comunidades de dispusieron de agua fluorada en comparación con los controles (RR 0,654, intervalo de confianza del 95%,	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
						IC: 0.490, 0.874, equivalente a la fracción de prevención 34%, IC del 95%: 12,6, 51,0).	
5	Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children.	Marinho VC et al.	2003	Secundaria	Diseño de estudio: revisión sistemática, meta análisis, análisis de meta regresión. Intervención: se midió el incremento en caries mediante el cambio de la caríe, pérdida y llenado permanente de la superficie del diente (D(M)FS). Se midió el efecto por fracción prevenida (PF) que es la diferencia en el incremento de caries entre el tratamiento y grupos control expresado como el porcentaje de incremento en el grupo control. Se midió los efectos adversos e inaceptabilidad del tratamiento. Población objetivo: niños menores de 17 años. Revisión de artículos de 1965-2000 (no especifica lugar). Tiempo: 01 año de tratamiento.	Resultados: El efecto del gel fluoruro vario de acuerdo al tipo de grupo control, con D(M)FS PF en promedio fue 19% mayor en grupos control no-placebo. Únicamente dos grupos reportaron eventos adversos. Es clara la evidencia de inhibición del efecto de caries del gel fluoruro. La mayor magnitud de su efecto, basado en los 14 grupos controles placebo, es una reducción del 21% en D(M)FS. Esto corresponde para un NNT (número de niños que necesitaron tratamiento) de dos para evitar un D(M)FS en una población con un incremento de caries de 2.2 D(M)FS/año, o un NNT de 24 basado en el incremento de 0.2 D(M)FS/año.	A1
6	Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression.	Michie S et al.	2009	Secundaria	Diseño: Meta regresión. Población: Se trabajó con estudios con diseño experimental y cuasi-experimental que evaluaron intervenciones sobre estrategias cognitivo comportamentales para promover actividad física o alimentación saludable en adultos (personas de 18 años a más). Las poblaciones de interés fueron mujeres embarazadas, mujeres púerperas, atletas, personas con problemas de salud.	Resultados: Se incluyeron 101 estudios con 122 evaluaciones (n=44747): 52 estudios se centraron en actividad física; 35 estudios en alimentación saludable y 18 en ambos temas. Cuando todos los estudios fueron incluidos en el análisis, las intervenciones de cambio de conducta se asociaron a la promoción de la actividad física y alimentación saludable en comparación a los controles (Tamaño del efecto: 0.31; 95%IC: 0.26-0.38; n=44747). Se concluye que el análisis realizado permitió conocer el claro beneficio de incluir técnicas	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					Intervención: Los estudios fueron colectados de la siguientes bases de datos: Medline, Embase, PsycINFO, Allied and Complementary Medicine Database, health Managment Information Consortium, Cochrane Central register of Controlled trials (CENTRAL) y HTA. Los estudios tenían que se publicados entre 1999-2008 y estar escrito en lenguaje inglés. Los estudios elegibles tenían que reportar objetivos. Las variables de estudio de los trabajos para actividad física incluyeron cambios en el nivel de ejercicios y gasto energético. Las variables de estudio de alimentación saludable fueron mediciones de buena y pobre alimentación. Los estudios fueron combinados en un meta-análisis usando Modelos de DerSimonian y efectos randomizados de Laird.	de autocontrol de la conducta, además de otras técnicas en intervenciones de cambio de comportamiento para promover la actividad física y la alimentación saludable en los adultos.	
7	After-school program impact on physical activity and fitness: a meta-analysis.	Beets MW et al.	2009	Secundaria	Diseño del estudio: Meta-análisis. Población objetivo: Ensayos controlados randomizados o estudios cuasi experimentales (estudios con medición pre-post sin grupo control) de programas aplicados después de la escuela y que promueven la actividad física solamente o coma parte de un programa de intervención más amplio. La población de estudio de estos trabajos deberían ser niños con edad de 18 años o menos. Los estudios tenían que ser llevados dentro del	Resultado: Los estudios incluían actividades de moderado a vigorosa actividad física con un tiempo de contacto que fue de 42 minutos/semana a 400 minutos/semana y con un tiempo de duración del programa desde las 9 a las 96 semanas. Cuatro de los estudios encontrados incluyeron un componente de dieta para los participantes. La edad de los participantes estuvo entre los 5 a los 15 años. Las variables de estudios incluyeron: Actividad física, condición física (cardiovascular, salud esquelética, fuerza muscular), composición corporal (índice de	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					escenario escolar. Las variables dependientes de los estudios incluidos deberían ser medidas de la actividad física y condición física. Intervención: Estudios sobre actividad y condición física en niños fueron colectados de las bases de datos PubMed, Sciencedirect, y Ebsco. Los trabajos debían ser publicados desde 1980 a febrero del 2008. Adicionalmente los artículos tenían que haber sido escritos en idioma inglés.	masa corporal, porcentaje de grasa corporal, masa de grasa), lípidos en sangre, medidas psicosociales (ejercicio, salud mental, peso). Los programas mostraron tener un moderado efecto en incrementar la actividad física (tamaño del efecto: 0.44; IC95%: 0.28-0.60; N=604). Los programas mostraron un pequeño pero significativo efecto en mejorar la condición física (tamaño del efecto: 0.16; IC95%: 0.01-0.30; N=3015) composición corporal (tamaño del efecto: 0.07; IC95%: 0.03-0.12; N=3174), lípidos en sangre (tamaño del efecto: 0.20; IC95%: 0.06-0.33; N=1811). Los autores concluyen que la limitada evidencia que existe en este campo sugiere que los programas aplicados después de la escuela pueden mejorar la actividad física y otros aspectos relacionados en la salud de los niños. Adicionalmente enfatizan que dado la incierta calidad de los estudios incluidos y el potencial sesgo cometido en el proceso de revisión, la conclusión de los autores debe ser tomada con precaución.	
8	Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP).	Cook NR et al	2007	Secundaria	Diseño: Ensayo de seguimiento a largo plazo evaluado 10-15 años del estudio original. EL estudio tuvo el objetivo de evaluar los efectos a largo plazo de la reducción de sodio sobre los eventos cardiovasculares usando datos de dos ensayos aleatorizados (TOHP I y TOHP II). Intervención: La intervención buscó reducir la ingestión de sodio, esto incluyó educación exhaustiva y	Resultados: 744 participantes en TOHP I y 2383 en TOHP II fueron asignados a cada uno de los dos grupos: reducción de sodio o control. Se observó una reducción de sodio en los grupos de intervención (TOHP I y TOHP II) y fueron de 44 y 33 mmol/24 hr, respectivamente. El riesgo de desarrollar un evento cardiovascular fue 25% menor en el grupo intervención que el grupo control (Riesgo relativo: 0.75; 95%IC: 0.57-0.99, p=0.04),	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					consejería en la reducción de la ingesta por 18 meses (TOHP I) o 36-48 meses (TOHP II). Las variables de estudios fueron el desarrollo de enfermedades cardiovasculares: infarto de corazón, accidente cerebro vascular, revascularización coronaria y muerte cardiovascular. Población: Los participantes del estudio fueron personas adultas entre 30 y 54 años con pre hipertensión. En el estudio de TOHP I se incluyen a participantes de 10 lugares entre 1987 y 1990 y en el estudio TOHP II a participantes de 9 lugares entre 1990 y 1995. El seguimiento se realizó por medio de correo postal y teléfono.	después de ajustar por ensayo, clínica, edad, raza, sexo. Similares resultados se observaron en cada uno de los ensayos. Se concluye que la reducción de la ingesta de sodio, muestra una disminución de la presión arterial. Asimismo, también se observa una reducción a largo plazo de eventos cardiovasculares.	
9	Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials.	Wilfley DE et al.	2007	Secundaria	Diseño: Meta-análisis. El objetivo de estudio es comparar la eficacia de las intervenciones enfocadas en los cambios de estilo de vida. Población: Los estudios que se incluyeron en el presente trabajo fueron ensayos controlados aleatorizados que se enfocaron en cambios de estilo de vida aplicada en poblaciones pediátricas con sobrepeso. El grupo control debió no haber recibido tratamiento o solo debió haber recibido educación. La variable de estudio principal fue el cambio en el peso. Intervención: Los estudios fueron buscados y seleccionados desde las siguientes bases de datos: MEDLINE, PschINFO, Cochrane Controlled Trials	Resultados: Para ensayos sin grupo de control, la mediana del tamaño del efectos fue 0.75 (k=9.95%; IC 0.52-0.98) al final del tratamiento y 0.60 (k=4, IC 0.27-0.94) en el seguimiento. Para ensayos con grupo control (que brindaron educación o información), el promedio del tamaño del efecto fue 0.48 (k=4, IC 0.13-0.82) al final del tratamiento y 0.91 (k=2, IC 0.32-1.50) en el seguimiento. Se concluye que las intervenciones de cambios de estilo de vida para el tratamiento del sobrepeso en la población pediátrica son eficaces en el corto plazo. Asimismo la evidencia sugiere que los efectos de la intervención persisten en el tiempo. Futuras investigaciones deberían focalizarse en identificar la duración óptima e intensidad de los tratamientos brindados para que los	A1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					Register. El periodo de búsqueda fue hasta Agosto del 2005. Información sobre el diseño del estudio, características de los participantes, intervenciones y resultados fueron extraídos usando un protocolo de codificación.	efectos perduren en el tiempo.
10	Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests.	Edward s AG et al.	2006	Secundaria	Diseño: Revisión sistemática. El objetivo del estudio fue evaluar los efectos de la comunicación de riesgo personalizada en la toma de decisiones de individuos tomando test de tamizajes. Población: Ensayos controlados aleatorizados. Intervención: Dos investigadores buscaron los artículos en Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, The Cochrane Library, issue 3, 2012), Medline (OvidSP), EMBASE (Ovidsp), EMBASE (OvidSP), CINAHL (EbscoHOST) y PsycINFO (OvidSP) sin ninguna restricción en el tipo de idioma. La búsqueda se realizó para el periodo de 2006 a marzo 2012. Los rangos de fechas para las búsquedas anteriores fueron de 1989 a diciembre de 2005 para PsycINFO y de 1985 a diciembre de 2005 para otras bases de datos. Para la versión original de esta revisión, también se realizaron búsquedas en CancerLit y Science Citation Index (marzo de 2001). También se revisaron las listas de referencias y búsquedas de citas	Resultados: Se incluyeron 41 estudios con 28.700 personas. En general, 45,2% (592/1309) de los participantes que recibieron la información de riesgo personalizado realizaron decisiones informadas, en comparación con 20,2% (229/1135) de los participantes que recibieron información sobre riesgos de forma general. El OR para la toma de decisiones informadas fue de 4,48 (95%IC 3,62 a 5,53 para los efectos fijos) y 3,65 (95%IC 2.13-6.23 para efectos aleatorios). Nueve estudios midieron aumento en el conocimiento. Todos estos estudios mostraron un incremento en el conocimiento de la comunicación personalizada de riesgos. En tres estudios, las intervenciones mostraron una tendencia hacia la percepción del riesgo más precisa, pero la evidencia era de mala calidad. Cuatro de los seis estudios informaron cambios no significativos en la ansiedad siguiendo a la comunicación personalizada de riesgos en los participantes. En general, hubo una pequeña disminución no significativa en las puntuaciones de ansiedad. La mayoría de los estudios (32/41) midieron la aceptación de los participantes a las pruebas de detección después de aplicada las intervención.

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					realizadas de los estudios incluidos y de otras revisiones sistemáticas en el campo, para identificar cualquier estudio que haya perdido durante la búsqueda inicial.	Se concluye que hay una fuerte evidencia de tres ensayos que la comunicación personalizada de riesgos incorporada en las intervenciones de comunicación para los programas de tamizaje mejoran el porcentaje de decisiones informadas. Sin embargo, la evidencia de que tal intervención aumenta la captación de participantes a este tipo de pruebas de tamizaje con intervenciones similares es débil, y no está claro si este aumento se asocia con el aumento de decisiones informadas.
11	Impact of different food label formats on healthiness evaluation and food choice of consumers: a randomized-controlled study.	Borgmeier et al.	2009		Diseño: Estudio aleatorizado controlado. Población: 420 adultos. Intervención: Participantes fueron expuesto a una de las siguientes condiciones: (1) Una simple etiqueta "opción saludable", (2) una etiqueta de semáforo, (3) etiqueta orientativa de cantidad diaria de un solo color, (4) etiqueta orientativa de cantidad diaria coloreada y (5) no etiqueta. Los participantes tuvieron que desarrollar dos tareas: (a) participantes tuvieron que identificar los alimentos saludables de un grupo de alimentos y (b) participantes tuvieron que seleccionar las porciones de alimentos de un rango de alimentos para componer el consumo por un día.	Resultados: Se observó que cuando los alimentos no tenían etiquetas, los participantes cometieron el mayor número de errores (20.2+/-3.2). En el sistema que incluyó la etiqueta del semáforo, el mayor número de decisiones correctas fueron hechas (24.8+/-2.4) El consumo diario de alimentos previsto no difirió significativamente entre los diferentes tipos de etiquetas utilizadas. Se concluye que los formatos de las etiquetas de los alimentos difieren en el entendimiento de los consumidores.
12	Body mass index and waist circumference as	Rosa ML et al.	2006		Diseño del estudio: Estudio transversal. Evaluar la sensibilidad y especificidad de mediciones	Resultado: Una correlación estadísticamente significativa fue observada entre la hipertensión y los puntos de corte para la

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
	markers of arterial hypertension in adolescents.				antropométricas de grasa corporal en una muestra de adolescentes brasileños para la predicción de hipertensión arterial (HTA). Población objetivo: Niños entre 12 y 17 años del vecindario de Fonseca, en Niteroi, Rio de Janeiro. El estudio se llevó a cabo entre octubre 2003 y Junio del 2004. La muestra investigada fue proporcional al número de estudiantes matriculados por edad en todas las escuelas públicas y privadas de este vecindario. Intervención: La presión arterial sanguínea fue medida en dos vistas en una muestra de 456 estudiantes de escuelas públicas y privadas del vecindario de Fonseca. Un sujeto fue definido como hipertenso si él/ella tuvo una presión sistólica o diastólica por encima del percentil 95 para el sexo, edad y altura. Se aplicó un cuestionario, se midió el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal (CA).	IMC y CA. La sensibilidad de IMC para detectar HTA para negros americanos, blancos americanos, y la población de los niños brasileños fue de 52.4%, 57.1% y 52.4%, respectivamente. Para estas mismas poblaciones, la especificidad de IMC fue de 69.3%, 70.0%, y 80.9%, respectivamente. La sensibilidad encontrada en la muestra de niños brasileños, en comparación a el punto de corte de CA propuesto para Americanos (de todos los grupos étnicos) fue también bajo (45%) y la especificidad fue ligeramente alta (77.6% y 74.5%, respectivamente). Se concluye que es necesario establecer puntos de cortes de grasa corporal que puedan proveer una mejor predicción de riesgo cardiovascular.	
13	Dietary patterns of rural older adults are associated with weight and nutritional status.	Ledikwe JH et al	2004		Diseño: Estudio transversal. Características de los hábitos alimentarios de los adultos mayores de zonas rurales y determinar su relación con los patrones de peso y nutrición. Población: Ciento setenta y nueve personas adultas entre 66 y 87 años. Intervención: Se llevó a cabo una visita a la casa para recoger datos sobre hábitos de la salud, datos	Resultado: Un conglomerado con bajo consumo de nutrientes (n=5107), caracterizados por consumo de pan, panes dulces/postres, productos lácteos postres, carnes procesadas, huevos y grasas/aceites; y un conglomerado de alto consumo de nutrientes caracterizado (n=572) por consumo de cereales, verde oscuro/verduras de color amarillo, otras hortalizas, cítricos/melones/bavas, zumos de fruta, otras	C5

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES				
					antropométricos y una muestra de sangre. Se realizó un análisis de conglomerados que agrupó a los participantes en patrones dietéticos utilizando porciones de subgrupo de alimentos. frutas, leches, aves, pescado, y frijoles, fueron identificados. Los participantes que estaban en el conglomerado con alto consumo de nutrientes tuvieron una ingesta inferior de energía; mayor energía ajustados en función de la ingesta de fibra, hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas B6, B12, y D; puntuaciones más altas Healthy Eating Index; mayores concentraciones plasmáticas de los niveles de vitamina B12; y una circunferencia de cintura más baja. Los participantes que estaban en el conglomerado con un bajo consumo de nutrientes eran dos veces más probables de ser obesos, el doble de probabilidades de tener bajo niveles de vitamina B12, y de tres a 17 veces más probabilidades de tener baja ingesta de nutrientes.	

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES					
Nº	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18.	Dobbins M et al.	2009	Secundario	Diseño: Revisión sistemática. El propósito del estudio fue resumir la eficacia de las intervenciones basada en la escuela para la promoción de la actividad física y condición física en niños y adolescentes. Población: Ensayos controlados aleatorizados. Intervención: Para ser incluidos en la revisión, la intervención aplicada tenía	Resultados: Se identificaron 13.841 estudios, se evaluaron 302 estudios por su elegibilidad, y 26 estudios fueron incluidos en la revisión. Hubo algunas pruebas de que las intervenciones de actividad física en las escuelas tuvieron un impacto positivo en cuatro de las nueve medidas de resultado. Específicamente se observaron efectos positivos de la duración de la actividad física, tiempo viendo televisión, el VO2 max, y el	A1

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES				
					que ser relevante para la práctica de la salud pública (centrado en las actividades de promoción de la salud), no realizada por médicos, ejecutado, facilitado o promovido por el personal de las unidades locales de salud pública, implementada en un entorno escolar y dirigida a aumentar la actividad física, y ser implementado por un mínimo de tiempo de 12 semanas. Además, la revisión se limitó a los ensayos controlados aleatorios. Los variables de interés fueron: tasas de actividad física moderada a vigorosa durante la jornada escolar, tiempo dedicado a una actividad física moderada a vigorosa durante el día escolar, y el tiempo dedicado a ver televisión. Los variables secundarias relacionadas con las medidas del estado físico incluyeron: presión arterial sistólica y diastólica, el colesterol en sangre, índice de masa corporal (IMC), consumo máximo de oxígeno (VO2 máx), y la frecuencia del pulso.	colesterol en la sangre. En general, las intervenciones basadas en la escuela tenían poco efecto sobre las tasas de actividad física, presión arterial sistólica y diastólica, el IMC y la frecuencia del pulso. Una combinación de entrega de materiales y los cambios en el plan de estudios que promueven la actividad física dio lugar a efectos positivos.
2	Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents	Merry SN	2011	Secundario	Diseño: Revisión sistemática. Objetivo: Determinar si las intervenciones educativas y/o psicológicas son efectivas en prevenir el inicio de desórdenes depresivos. Población: Niños y adolescentes entre 5 y 19 años.	Resultados: Se llegaron a seleccionar 16 estudios incluyendo 3240 participantes. El riesgo de tener un desorden depresivo después de la intervención se redujo en comparación al grupo que no recibieron la intervención al menos hasta los 12 meses de seguimiento. No hubo evidencia si esto se mantuvo hasta los 24 meses de seguimiento. Se concluye que existe algo de evidencia que soporta la idea de que las intervenciones

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES				
						educativas para la prevención de depresión pueden ser efectivas en prevenir el inicio de depresión en estudiantes de edad escolar.
3	A randomized, controlled trial of a school-based intervention to reduce violence and substance use in predominantly Latino high school students	Shetgiri R	2011		Diseño: Ensayo aleatorizado controlado. Intervención: Programa aplicado en escuelas para prevenir el consumo de sustancias y violencia. Población: Estudiantes de educación secundaria de origen latino. Los datos sobre, uso de tabaco,	Resultados: muestran que el programa no mejoró los indicadores de peleas, uso de tabaco, uso de alcohol y drogas desde la línea de base a los 8 meses de seguimiento. Se concluye que el programa basado en las escuelas no redujo los indicadores sobre violencia y uso de sustancias en la población escolar.
4	Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial	Stallard P	2012		Diseño: Ensayo randomizado controlado por cluster. Población: Adolescentes entre 12 y 16 años. Objetivo: Reducción de síntomas depresivos en adolescentes de alto riesgo. Intervención: Terapia cognitivo-conductual aplicada en las aulas. Se consideraron 2 grupos de comparación: Control de la atención (programa que consiste en que los estudiantes deciden que ellos prestan atención y que ellos ignoran) y usuales cuidados proveídos en la escuela.	Resultados: Las variables evaluadas fueron uso de alcohol, abuso de alcohol y consumo problemático de alcohol. Se realizaron medidas antes de la intervención, a los 6 meses y a los dos años. Los resultados mostraron un efecto positivo en disminuir la probabilidad de consumo de alcohol, abuso de alcohol, consumo problemático de alcohol para jóvenes con personalidades de alto riesgo.
5	Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and	Conrod PJ	2013		Diseño: Ensayo randomizado aleatorizado por cluster. Población: Estudiantes con personalidad de alto riesgo de consumo de drogas como: ansiedad, impulsividad, buscadores de	Resultados: Las variables evaluadas fueron uso de alcohol, abuso de alcohol y consumo problemático de alcohol. Se realizaron medidas antes de la intervención, a los 6 meses y a los dos años. Los resultados mostraron un efecto positivo en disminuir la

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES					
	misuse: a cluster randomized controlled trial.				sensaciones y desesperación. Intervención: Programa "Adventure trial", los profesores fueron entrenados en terapia cognitivo-conductual y terapia motivacional para que la puedan aplicar a los estudiantes.	probabilidad de consumo de alcohol, abuso de alcohol, consumo problemático de alcohol para jóvenes con personalidades de alto riesgo.	
6	Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents	Conrod PJ	2011		Diseño: Ensayo randomizado controlado. Población: Estudiantes con personalidades en riesgo de consumo de alcohol (desesperanza, búsqueda de sensaciones, impulsividad y ansiedad). Objetivo: Reducir la cantidad y frecuencia de alcohol ingerida, y consumo problemático de alcohol. Intervención: La intervención consistió de dos sesiones para enseñar habilidades para hacer frente a los problemas.	Resultados: Un total de 364 estudiantes participaron del estudio. Los resultados muestran que comparado al grupo control, el grupo intervención mostró reducción de la ingesta de alcohol y abuso de alcohol a los 6 meses de evaluación y redujo los síntomas de consumo problemático de alcohol a los 24 meses de seguimiento. Se concluye que la intervención orientada a la personalidad reduce la ingesta de alcohol en adolescentes en el corto tiempo. Adicionalmente se observa que la intervención mostró producir los mismos efectos a largo plazo.	A3
7	School-based prevention of depression: a randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative.	Sawyer MG	2010		Diseño: Ensayo aleatorizado y controlado. Población: Estudiantes de los primeros años de educación secundaria. Intervención: El programas buscó reducir los síntomas depresivos entre los estudiantes. La intervención fue por 3 años, se realizaron exposiciones en clases, mejoras del clima escolar, mejoras en las búsquedas de ayuda y a través de foros comunitarios.	Resultados: Se observó que los síntomas depresivos no cambiaron significativamente. Se concluyó que a pesar de usar un extensivo, estructurado programa basado en la mejor evidencia para incrementar factores protectores y reducir los factores de riesgo a nivel individual y escolar, la intervención no redujo los niveles de síntomas depresivos entre los participantes.	B1
8	Personality-targeted interventions delay	O'leary-Barrett	2010		Diseño: Ensayo randomizado controlado por cluster.	Resultados: Los indicadores evaluados fueron: uso de alcohol, abuso de alcohol, y	B1

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES					
	uptake of drinking and decrease risk of alcohol-related problems when delivered by teachers				Población: Estudiantes con personalidades de riesgo (búsqueda de sensaciones, comportamiento de desesperación, impulsividad y ansiedad). Objetivo: Prevenir el abuso de alcohol entre los estudiantes. Intervención: El programa consistió en que profesores previamente entrenados ofrecieron consejería sobre el uso de alcohol a estudiantes con personalidades de alto riesgo.	consumo problemático de alcohol. Los resultados muestran que los estudiantes que recibieron la intervención tuvieron un menor riesgo de ingestión de alcohol a los 6 meses de la evaluación con un 40% menos de riesgo de consumo de alcohol, 55% de reducción de riesgo de abuso de alcohol. Asimismo, los estudiantes del grupo intervención también tuvieron un menor riesgo de tener un consumo problemático de alcohol. Se concluye que la intervenciones de prevención de consumo de alcohol orientada a estudiantes con personalidades de alto riesgo de consumo de alcohol tienen un efecto positivo sobre los participantes y que al ser la intervención, llevada a cabo por los profesores, la metodología constituye un método sostenible para ser realizado en escuelas.	
9	The BRAVE (Building Resiliency and Vocational Excellence) Program: evaluation findings for a career-oriented substance abuse and violence preventive intervention	Griffin JP	2009	Secundaria	Diseño: Ensayo randomizado aleatorizado. Objetivo: Prevenir el uso del alcohol, tabaco, otras drogas y violencia. Así mismo, se busca promover comportamiento de resiliencia entre estudiantes afro-americanos. Intervención: Grupo de intervención conformado por 92 estudiantes y grupo control conformado por 86 estudiantes. Población: Estudiantes de educación secundaria. Intervención: Programa BRAVE (Building Resilience and Vocational Excellence), el programa consiste en el asesoramiento, planificación de una	Resultados: muestran un beneficio del programa en la frecuencia de uso de alcohol ($p < .04$) y marihuana ($p < .05$). Sin embargo, no se observó cambios positivos en el comportamiento violento.	B2

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES					
					carrera y redefinición de roles de género para ayudar a los jóvenes a desarrollar un sentido de propósito y futuro para sus vidas.		
10	Effects of a school-based intervention program for middle school adolescent girls with depression: as part of the school health services	SUNG km.	2012	Primaria	Diseño: Se siguió una metodología Pre-post test. Población: Estudiantes mujeres de educación secundaria con Depresión. Intervención: La intervención consistió de 10 sesiones de entrenamiento sobre cómo hacer frente a la depresión y consejería individualizada. En las sesiones se tocaron temas como aspectos teóricos sobre la depresión, autoevaluación, estrategias de prevención para enfrentar a la depresión.	Resultados: muestran que los participantes del grupo intervención mostraron un significativo mejoramiento de sus síntomas a la semana 10 y luego se observó una ligera mejoría en la semana 13. Se concluye que el programa de intervención para hacer frente a la depresión es efectivo en mujeres jóvenes.	C1
11	Puntos de vista de los padres de la importancia de hacer los cambios en lugares donde los niños pasan el tiempo para prevenir la obesidad	Crawford, David	2008	Primaria	Muestra: 175 padres de cinco escuelas primarias seleccionadas y cinco jardines de infantes seleccionados aleatoriamente. Índice socioeconómico: quintil medio. Intervención: Encuesta a los padres de familia de los niños de las escuelas primarias y jardines de infantes seleccionadas. Se determinó los cambios que a los padres les gustaría ver en los lugares donde los niños pasan el mayor tiempo (jardines de infantes, escuelas, centros de cuidado infantil, lugares fuera del horario escolar y vecindarios) y que tienen impacto sobre el riesgo de la obesidad infantil, además de	Resultados: 95% de los padres de los niños de jardín y el 89% de los padres de los niños de la escuela primaria creían que era posible que los padres logren un cambio que proporcione más oportunidades a sus hijos a comer más sanamente y ser más activos físicamente. Uno de cada cuatro padres informó que había pensado o había tratado de lograr cambios en su comunidad.	C2

Factor abordado		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES					
					establecerse si los padres podrían estar dispuestos a abogar por cambios de estos escenarios.		
12	Educational level and relative body weight, and changes in their association over 10 years – an international perspective from the WHO MONICA project	Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J & Kuulasmaa K			Diseño: El estudio evaluó la consistencia y magnitud de la asociación entre el nivel de educación y el peso corporal relativo en una población con amplias diferencias de sobrepeso. Población: Los datos son derivados de muestras poblacionales aleatorias que incluyó a hombres y mujeres entre 35 y 64 años en la encuesta inicial (1979-1989) y casi 35000 en la encuesta final (1989-1996). Intervención: Diferencias en el índice de masa corporal ajustado por la edad (IMC) entre el más alto y el más bajo tercil de años de educación. Se evaluaron 26 poblaciones entre la encuesta inicial y final del proyecto WHO-MONICA.	Resultados: Para las mujeres, casi todas las poblaciones mostraron una diferencia estadísticamente significativa asociada de manera inversa entre el nivel de educación y el IMC; la diferencia entre el más alto y el más bajo nivel de educación en terciles variaron de -3,3 a 0,4 kg / m², respectivamente. Para los hombres, la diferencia fue de -1,5 a 2,2 kg / m², respectivamente. En aproximadamente dos tercios de la población, las diferencias en el IMC entre los niveles educativos aumentaron durante el período de 10 años. Se concluye que el nivel de educación inferior está asociado con un mayor IMC en aproximadamente la mitad de los hombres y en casi toda las mujeres. Las diferencias en peso corporal relativo entre los niveles de educación aumentaron durante el período de estudio. Por lo tanto, la desigualdad socioeconómica en la salud observada en muchos países puede aumentar la obesidad.	C5

Factor abordado		UNIVERSIDADES SALUDABLES					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting both Eating Disorders and Obesity among Female College Students: 1- and 2-Year Follow-Up Effects	Stice E	2013		Diseño: Ensayo randomizado y controlado. Población: Mujeres universitarias con preocupación sobre su imagen corporal. Intervención: La intervención consistió en promover hábitos alimenticios saludables y duraderos, actividad física y cambios de comportamiento. El grupo control solo recibió un folleto informativo sobre tales condiciones.	Resultados: muestran que las participantes del grupo intervención mostraron menos insatisfacción con su cuerpo y síntomas de desórdenes alimentarios a los dos años de seguimiento, en comparación a los controles. Se concluye que después de dos años de haber aplicado la intervención, las participantes del grupo intervención redujeron en 60% la probabilidad de desarrollar un desorden alimentario.	A3
2	Stages of change, benefits and barriers on physical activity and fruit and vegetables intake in Chilean university students	Olivares, sonia	2007		Objetivo: Determinar las etapas del cambio y la percepción sobre los beneficios y barreras de realizar al menos 30 minutos de actividad física 5 días a la semana y consumir 5 porciones diarias de frutas y verduras en estudiantes universitarios chilenos, como parte de una línea de trabajo que incluye a profesores de enseñanza básica, profesionales de salud, padres de escolares y escolares de distinto nivel Socioeconómico (NSE). Sujetos Y Método: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se aplicó una encuesta sobre etapas del cambio, percepción de beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras a 449 estudiantes de la Universidad de Chile, en el año 2007. El tamaño de la muestra (355 individuos) se calculó sobre la base de la prevalencia de	Resultados: En la actividad física, los hombres fueron significativamente más activos que las mujeres. Beneficios como "Me siento bien" o "es entretenido" eran más comunes en los hombres y "perder peso" era más común en las mujeres. La falta de tiempo fue la principal barrera en ambos sexos. 58% comió 1-2 porciones de frutas y verduras / diario y sólo el 5% se comió 5 porciones al día. El principal beneficio asociado con la ingesta de frutas y verduras fue "estar sano". Las mujeres estaban más motivadas. "Estoy flojera prepararlas" o "Me olvide de comer ellos" fueron las barreras más comunes en ambos sexos.	C1

Factor abordado		UNIVERSIDADES SALUDABLES					
					sedentarismo en los jóvenes chilenos (82%) (1), con un nivel de significación del 5% y una precisión del 4%.		
3	Eating habits and physical activity in university students	Espinoza, Luis	2011		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes de educación superior de Chile. Objetivo: El estudio busca evaluar la influencia de la Universidad en los hábitos alimentarios y actividad física de los estudiantes.	Resultados: En mujeres, el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue 14% y 2%, mientras que en varones 32% y 5%, respectivamente. Asimismo, aunque los varones conocen que existen alimentos saludables y no saludables, ellos finalmente tienden a escoger a alimentos ricos en carbohidratos. Por otro lado, se encontró que en mujeres eran frecuentes los problemas de triglicéridos (161 mg/dl) mientras que en hombres predominó la hipertensión arterial (132mmhg).	C1
4	Evaluation of the perception of quality of life and lifestyle in students from the Universities of Health Promotion	Meda, Rosa	2008		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes Universitarios. Objetivo: Caracterizar los estilos de vida y la percepción de calidad de vida de estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud.	Resultados: La mayoría de estudiantes realizan actividad física por lo menos 20 min de duración 3 veces a la semana, mientras que el 22.9% refiere que no realizan ningún tipo de actividad física. Entre aquellos que reportaron realizar algún tipo de actividad física, el 35.9% y 22.6% reportó que la actividad física que realizaban era correr o trotar. La mayoría de estudiantes refirieron tener sentimientos de ansiedad, depresión e irritabilidad. El 47.5% de mujeres y el 14.4% de varones reportó que nunca había consumido alcohol. El 27% de los estudiantes consume alcohol una vez a la semana.	C1
5	Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en	Arroyo, Izaga	2006		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes universitarios.	Resultados: En una muestra de estudiantes universitarios, el 17.5% presentó obesidad o sobrepeso. El índice de calidad de la dieta	C1

Factor abordado		UNIVERSIDADES SALUDABLES					
	estudiantes universitarios.				Objetivo: Estudiar la asociación entre la calidad de la dieta y obesidad en estudiantes universitarios.	(un mayor índice se correlaciona con alimentos de mejor calidad) fue mayor en mujeres y entre aquellos que reportaron consumir alcohol menos de 3 veces/semana. El promedio del índice de la calidad de la dieta fue bajo entre las personas con sobrepeso y obesidad.	
6	Evaluación de los hábitos alimenticios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales	Bravo, Montero	2006		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes universitarios de carreras en ciencias de la salud. Objetivo: El objetivo del trabajo fue evaluar si los hábitos alimentarios y otros estilos de vida están asociados con los conocimientos que tienen los estudiantes universitarios sobre nutrición y dietética.	Resultados: Se evaluó el conocimiento sobre alimentación sana de los estudiantes universitarios. El grupo control estuvo formado por estudiantes de nutrición y los grupos de comparación fueron los estudiantes de enfermería, farmacia y podología. Al final del estudio se observó que no hubo diferencia entre los grupos. Se concluye que el alto conocimiento sobre dieta y alimentación no garantiza buenos hábitos alimentarios.	C1
7	Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas.	Varela, Maria	2011		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes universitarios. Objetivo: Describir la actividad física de los estudiantes universitarios e identificar su relación con sus motivaciones y la disponibilidad de recursos.	Resultados: Se encontró que el 22.2% de los participantes realizaron actividad física. La principales razones para realizar actividad física fueron: "por beneficio en la salud" (45.8%) y para lucir mejor (32%). La principal razón para no realizar actividad física fue ociosidad (61.5%). La actividad física fue mayor en aquellos que disponían de accesorios para ejercitarse, tiempo, habilidades físicas, y conocimiento de cómo desarrollar bien los ejercicios.	C1
8	Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria	Cervera, Faustino	2013		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Estudiantes universitarios. Objetivo: Caracterizar los hábitos alimentarios en una población de	Resultados: La dieta de los estudiantes es ligeramente hipocalórica, hiperproteica (17%) y pobre en hidratos de carbono. La dieta del 40% de estudiantes, casi duplica las recomendaciones de azúcares simples y es	C1

Factor abordado		UNIVERSIDADES SALUDABLES				
					estudiantes universitarios y evaluar la calidad de su dieta.	alta en grasa saturada y colesterol. La principal fuente de grasa proviene de las carnes, mientras que el pescado sólo representa el 3,1%. Se concluye que más del 91% de los estudiantes se encuentra en una situación de "necesidad de cambios en la dieta" hacia patrones más saludables.
9	Impact of academic exposure on health status of university students	Piedade, Maria	2011		Diseño: Estudio descriptivo de seguimiento longitudinal. Población: Estudiantes universitarios. Objetivo: Evaluar el impacto de la vida académica sobre el estado de salud de estudiantes universitarios.	Resultados: En comparación a los estudiantes del primer año, los estudiantes universitarios de años superiores presentaron, alta frecuencia de dislipidemia (44.0% vs. 28.6%), sobrepeso (16.3 vs. 12.5%) y uso de tabaco (19.3% vs 0.0%). La exposición a la vida académica también se asoció a mayores niveles de colesterol LDL y a mayores valores de colesterol total.
10	Validación de mensajes educativos en alimentación saludable para estudiantes universitarios de la EAP de Geografía de la UNMSM	Barco, Mayra	2011		Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal y empleo de grupos focales. Población: Estudiantes universitarios. Objetivo: Validar mensajes educativos en Alimentación Saludable para los estudiantes universitarios de una facultad de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.	Resultados: El análisis descriptivo mostró que el 30% de estudiantes no toma desayuno, 23% no almuerza y el 64% no cena diariamente. El 47% de estudiantes almuerza en el comedor universitario. El 23% consumía pescado una vez por semana, el 44% consumía vísceras menos de una vez por semana, el 16% consumía lácteos una vez por semana, el 76% consumía frutas y verduras menos de una vez por semana. En cuanto al consumo de dulces y frituras se observa que el 42% consumía frituras en las comidas de tres a cuatro veces por semana y cerca del 30% consumía galletas y caramelos de tres a cuatro veces por semana. Se logró validar seis mensajes en alimentación saludable en los estudiantes de la EAP de Geografía de la UNMSM. En

Factor abordado		UNIVERSIDADES SALUDABLES				
						general se comprobó que los estudiantes poseen hábitos alimentarios inadecuados.

Factor abordado		MUNICIPIOS: ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Systematic Review of Community-Based Childhood Obesity Prevention Studies	Bleich, SN	2013		Diseño del estudio: Revisión sistemática. Población de objetivo: Niños. Intervención: El estudio sistemáticamente revisa programas de prevención en obesidad basados en la comunidad en países con altos ingresos.	Resultados: Se incluyeron 9 estudios. Los cambios esperados en el IMC y en IMC estandarizado fueron encontrados en 4 de los 9 estudios. Dos estudios significantes reportaron mejoramiento en los indicadores. Se concluye que las intervenciones basadas en actividad física y mejoramiento de la alimentación conducidos en la comunidad son efectivos para prevenir la obesidad o sobrepeso.	A2
2	Efectos de una intervención de 2 años de actividad física y alimentación saludables para niños de 3 a 6 años en comunidades de alto y bajo estado socio-económico: The POP (Prevention and Overweight among Pre-school and school children) project.	De Coen, V	2012		Población objetivo: niños de 3 a 6 años de comunidades de alto y bajo status. Intervención: sobre alimentación saludable y actividad física en niños de 3 a 6 años de comunidades de alto y bajo status.	Resultados: No se encontraron cambios en el IMC estandarizados para el total de la muestra (alto y bajo estado socioeconómico). Sin embargo, hubo una significativa disminución del IMC estandarizado de 0.11 en el grupo de bajo nivel socioeconómico en comparación a su control. Se concluye que aunque no se encontraron cambios en el IMC estandarizado en el total de la muestra, la intervención tuvo un efecto beneficioso en el grupo de bajo nivel socio económico.	A3

Factor abordado		MUNICIPIOS: ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS					
3	APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children	Taylor, Rachael	2007		Intervención: Se buscó medir la efectividad de una intervención basada en la comunidad controlada para prevenir la excesiva ganancia de peso niños entre 5-12 años de edad a través del fomento de alimentación saludable y actividad física no curricular.	Resultados: EL IMC fue significativamente menor en el grupo intervención que en el grupo control. Sin embargo, la prevalencia de sobrepeso no varió entre ambos grupos. Se observó que los niños del grupo intervención consumieron menor cantidad de carbohidratos (67% del consumo del grupo control), y jugos de frutas y bebidas, y más frutas. Se concluye que un simple enfoque a nivel comunitario, reduce significativamente la excesiva ganancia de peso en niños, aunque estos no son favorables para los niños con sobrepeso.	A3
4	The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults	Patel A	2013		Diseño del estudio: estudio randomizado controlado. Población objetivo: Adultos mayores. Objetivo: Examinar los efectos de la actividad física sobre la sintomatología depresiva y funcionamiento de la salud mental general en adultos mayores no deprimidos, con baja actividad física. Intervención: los participantes fueron sometidos a una rutina de ejercicio físico de manera controlada. Se midieron síntomas de depresión, funcionamiento del estado de salud mental, los cuales fueron medidos al principio, a los 3 y 9 meses.	Resultados: Después de la intervención se observó que el tiempo invertido en realizar actividad física y realizar caminatas se encontró asociado con una disminución de sintomatología depresiva y una percepción de mejoramiento del funcionamiento de la salud mental. EL estudio concluye que la actividad física en los adultos mayores mejora el funcionamiento mental de la persona y disminuye la presencia de síntomas depresivos.	A3
5	The Effectiveness of an Online Support Group for Members of the Community with Depression: A Randomised Controlled Trial	Griffiths KM	2012		Diseño del estudio: Estudio controlado aleatorizado. Intervención: grupos de ayuda por internet para reducir síntomas depresivos.	Resultados: muestran que después de 3 meses, de seguimiento los participantes en el grupo que recibió ayuda por internet no mostrar cambios significativos de mejoría. Sin embargo, en la evaluación al sexto y novenos mes se observó que los participantes de este grupo reportaron	A3

Factor abordado		MUNICIPIOS: ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS					
						significativa reducción de síntomas depresivos en comparación al grupo control. Se concluye que los grupos de ayuda por internet podrían aliviar los síntomas de depresión de muchos pacientes.	
1	Meta-analysis of workplace physical activity interventions.	Beets MW et al.	2009	Secundario	Diseño: Meta-análisis. Población: Se colectaron estudios de intervención publicados y no publicados, reportados desde 1969 a 2007. Los estudios debían estar publicados en inglés. Estudios con datos adecuados para calcular un tamaño de efecto por al menos de 3 sujetos fueron incluidos. Estudios que se focalizaron en trabajadores con enfermedades crónicas fueron excluidos. Intervención: Se desarrolló un marco de codificación para registrar las características y resultados de los estudios primarios. Se codificaron las características del lugar de trabajo, del tamaño de la empresa, y la inclusión de múltiples empresas en el estudio. Otros datos codificados incluyen si las intervenciones se entregaron durante el horario de trabajo de los empleados, si los datos se recogieron en el lugar de trabajo, si las intervenciones incluían instalaciones de fitness en los lugares de trabajo, y si algún tipo de cambio en las políticas de la organización se produjo en asociación con las intervenciones. Las intervenciones podrían incluir sesiones motivacionales, educativas y/o	Resultados: Aproximadamente 38,231 sujetos participaron en los estudios incluidos en el meta-análisis. Los tamaños de efecto fueron sustancialmente heterogéneos debido a la diversidad de estudios que fueron incluidos. Tamaños de efectos positivos significativos fueron observados para la actividad física (0.21), estado físico (0.57), lípidos (0.13), medidas antropométricas (0.08), asistencia al trabajo (0.19), y estrés laboral (0.33). El tamaño de efecto significativo para el riesgo de diabetes (0.98) es más tentativo para estudios con pequeño tamaño de muestra. Se concluye que algunas intervenciones de promoción de la actividad física en los centros laborales pueden mejorar el estado de salud y del propio trabajo. Los efectos fueron variables para muchas variables de interés, reflejando la variedad de los estudios primarios.	A1

Factor abordado		MUNICIPIOS: ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS					
					sesiones de ejercicios supervisados.		
2	Los efectos de una intervención controlada en el lugar de trabajo por los factores determinantes de la conducta alimentaria y la percepción subjetiva de la ingesta de frutas, verduras y grasas.	Engbers LH, van Poppel MN, Chin A Paw M, van Mechele n W.	2006	Secundario	Metodología: Ensayo controlado que incluyó a los trabajadores de dos empresas gubernamentales diferentes (n = 515): una empresa donde se intervino y otra empresa fue el control. Se realizó la medición de los resultados al inicio del estudio, tercer mes y al año después del inicio del estudio. Intervención: Consistió facilitar la información del producto para la elección de alimentos saludables (aporte calórico (kcal), el valor nutricional en grupos de productos traducidos en minutos para realizar una determinada actividad y quemar estas calorías).	Resultados: No se encontraron cambios significativos en el cambio de conducta alimentaria. Los trabajadores percibieron mayor aporte grupal para consumir menos grasas en el centro de trabajo. Los hábitos de consumo en los países industrializados occidentales se caracterizan por un alto consumo de energía y un consumo excesivo de grasas saturadas, colesterol, azúcar y sal. Muchas enfermedades crónicas están asociadas a malos hábitos alimenticios. Por otro lado, una dieta saludable (baja ingesta de grasas saturadas y alta ingesta de frutas y verduras) es importante en la prevención de problemas de salud, como el cáncer y la enfermedad cardiovascular (CVD). El lugar de trabajo parece ser un entorno de intervención ideal para influir en el comportamiento alimentario. La intervención en el centro de trabajo es moderadamente efectiva en el cambio de comportamiento en relación al menor consumo de grasas pero ineficaz para cambiar de manera positiva el consumo de frutas y verduras en los trabajadores.	A3
3	Lugar de trabajo y educación de la familia para el cambio en la dieta: el programa "5 al Día tratar de estar bien"	Sorensen, Gloria n	1998	Primaria	Intervención: Educación en el centro de trabajo del consumo de frutas y verduras de 5 a más porciones por día. 22 centros de salud comunitarios condujeron el programa "5 al día para tratar de estar bien" en base a una intervención mínima, en el centro de trabajo y en centro de trabajo más el apoyo familiar. En los centros de	Resultados: El 23% de las personas que intervinieron en el estudio informaron que consumen cinco o más porciones de frutas y verduras al día. El consumo de frutas y verduras se asoció directamente con el nivel de apoyo familiar para una alimentación saludable. El modelo de intervención "5 al día para tratar de estar bien" tiene el potencial de mejorar la intervención existente basada en	A3

Factor abordado		MUNICIPIOS: ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN EN ESPACIOS PÚBLICOS					
					trabajo se contó con la participación de los consejos consultivos y el programa de apoyo para el cambio de ambiente laboral. La intervención en los centros de trabajo con el apoyo familiar incluyó un programa de aprendizaje en el hogar.	el lugar de trabajo a través de la incorporación de un enfoque en la familia, especialmente teniendo en cuenta la asociación de apoyo a los hogares con los hábitos alimentarios individuales.	

DISEÑO DE PROGRAMA

Desarrollo del modelo lógico

Tabla 16. Modelo lógico

RESULTADO FINAL	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO INMEDIATO	PRODUCTOS	CÓDIGO
Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles	Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT	Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables	Familias en población vulnerable informadas que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	3043988
			instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	3043989
			municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	3043990
	Mayor población con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.	Mayor población con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes que reciben manejo de calidad por profesionales de salud	Valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no trasmisibles	3000015
			Tratamiento y control de personas con sobrepeso y obesidad	XXXXXX
			Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	3000016
			Tratamiento y control de personas con diabetes mellitus	3000017
	Recién nacido con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que recibe tratamiento oportuno	Recién nacidos con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados	Tamizaje y diagnóstico de paciente con Retinopatía de la Prematuridad	3000009
			50010 - Tratamiento y Control del paciente con Retinopatía de la Prematuridad	3000010
	Población de 50 años a más con	Personas de 50 años a más con	50011 - Tamizaje y diagnóstico del paciente con cataratas	3000011

RESULTADO FINAL	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO INMEDIATO	PRODUCTOS	CÓDIGO
	tratamiento de ceguera por catarata	valoración de agudeza visual para la detección precoz de ceguera por cataratas	Tratamiento y control de paciente con cataratas	3000012
	Niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo que recibe tratamiento corrector (lentes)	Niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual para identificar casos de errores refractivos no corregidos	Tamizaje y diagnóstico de paciente con errores refractivos	3000013
			Tratamiento y control de paciente con errores refractivos	3000014
	<i>Persona con diagnóstico de retinopatía diabética que recibe tratamiento.</i>	<i>Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus que ha sido tamizada para identificar casos de retinopatía diabética.</i>	<i>Tamizaje y diagnóstico de paciente con Retinopatía Diabética</i>	XXX
			<i>Tratamiento y control de paciente con Retinopatía Diabética</i>	XXX
	<i>Persona con diagnóstico de glaucoma que recibe tratamiento.</i>	<i>Persona de 40 años o más que ha sido tamizada para identificar casos de glaucoma.</i>	<i>Tamizaje y diagnóstico de paciente con Glaucoma</i>	XXX
			<i>Tratamiento y control de paciente con Glaucoma</i>	XXX
	Mayor número de personas con intoxicación con metales pesados manejadas satisfactoriamente	Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con intoxicación con metales pesado que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud	Tamizaje y tratamiento de personas afectadas metales pesados	3043997
	Mayor número de personas con problemas de salud bucal manejadas satisfactoriamente	Población tamizada y diagnosticada con enfermedades de la cavidad bucal	Atención estomatológica preventiva básica	3000006
			Atención estomatológica recuperativa básica	3000007
			Atención estomatológica especializada básica	3000008

RESULTADO FINAL	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO INMEDIATO	PRODUCTOS	CÓDIGO

Transición de las alternativas del producto

Productos – Subproductos del Programa 0018 (Modelo Operacional de Productos)

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Acciones Comunes	Para todas las ESN	5004452. monitoreo, supervision, evaluacion y control de enfermedades no transmisibles	Monitoreo, supervision, evaluacion y control de enfermedades no transmisibles
Acciones Comunes	Para todas las ESN	5004453. desarrollo de normas y guias tecnicas en enfermedades no transmisibles	Desarrollo de normas y guias tecnicas en enfermedades no transmisibles
Acciones Comunes	Para todas las ESN	Vigilancia, investigacion y tecnologias en enfermedades no transmisibles	Vigilancia en enfermedades no transmisibles
			Investigacion en enfermedades no transmisibles
			Tecnologias en enfermedades no transmisibles
Salud Colectiva	Para todas las ESN	Familias en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	5000099. promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes)
Salud Colectiva	Para todas las ESN	Instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso,	5000100. promoción de prácticas saludables en instituciones educativas para la prevención de las enfermedades no transmisibles (salud mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, HTA y diabetes mellitus)

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
		obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	
Salud Colectiva	Para todas las ESN	Municipios que promueven acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	5000101. acciones dirigidas a funcionarios de municipios para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial)
Salud Individual	ESN PC DNT	5.15 Valoración clínica y tamizaje laboratorio de enfermedades crónicas no trasmisibles	5001501 personas de 12 a 17 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio
Salud Individual	ESN PC DNT		5001502 personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio
Salud Individual	ESN PC DNT		5001503 personas de 30 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio
Salud Individual	ESN PC DNT		5001504 personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio
Salud Individual	ESN PC DNT		5001505 personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio
Salud Individual	ESN PC DNT	XXXX Tratamiento y control de personas con sobrepeso y obesidad	XXXX Brindar valoración antropométrica a personas con sobrepeso u obesidad.
Salud Individual	ESN PC DNT		XXXX Tratamiento y control de personas con sobrepeso con o sin comorbilidades.
Salud Individual	ESN PC DNT		XXXX Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida (actividad física, alimentación saludable, etc.).
Salud Individual	ESN PC DNT		XXXX Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico especializado.
Salud Individual	ESN PC DNT		XXXX Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento quirúrgico.
Salud Individual	ESN PC DNT	5.16 Tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	5001601 manejo de emergencia o urgencia hipertensiva
Salud Individual	ESN PC DNT		5001602 manejo integral de personas con, dislipidemias, y otros factores de riesgo relacionados

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
			con los estilos de vida
Salud Individual	ESN PC DNT		5001603 paciente hipertenso de no alto riesgo no controlado, que recibe tratamiento
Salud Individual	ESN PC DNT		5001604 Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado, que recibe tratamiento
Salud Individual	ESN PC DNT		5001605 Pacientes con enfermedad Cardiometabólicas organizados que reciben educación para el control de la enfermedad
Salud Individual	ESN PC DNT		5001606 pacientes hipertensos de alto riesgo (incluye diabéticos) con valoración especializada de riesgo cardiovascular
Salud Individual	ESN PC DNT		5001607 tratamiento especializado de evento vascular cerebral
Salud Individual	ESN PC DNT		5001608 pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular
Salud Individual	ESN PC DNT		5001701 manejo básico de crisis hipoglucémica o hiperglicémica en pacientes diabéticos
Salud Individual	ESN PC DNT	5.17 Tratamiento y control de personas con diabetes mellitus	5001702 paciente diabético no complicado con tratamiento
Salud Individual	ESN PC DNT		5001703 paciente pre diabético con tratamiento
Salud Individual	ESN PC DNT		5001704 pacientes diabéticos con tratamiento especializado
Salud Individual	ESN PC DNT		
Salud Individual	ESNSOPC	50009 - Tamizaje y diagnóstico de paciente con Retinopatía de la Prematuridad	(5000901) Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con retinopatía de la prematuridad en segundo y tercer nivel de atención
Salud Individual	ESNSOPC	50010 - Tratamiento y control de paciente con retinopatía de la prematuridad	(5001002) Tratamiento de recién nacido con retinopatía de la prematuridad
Salud Individual	ESNSOPC		(5001001) Controles post operatorios de cirugía en recién nacidos con retinopatía de la prematuridad
Salud Individual	ESNSOPC		(5001003) Diagnóstico, Tratamiento quirúrgico y Control especializado mediante oferta móvil para recién nacido con Retinopatía de la Prematuridad

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	ESNSOPC	50011 - Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas	(5001101) Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención
Salud Individual	ESNSOPC		(5001102) Evaluación y despistaje de catarata
Salud Individual	ESNSOPC		(5001105) Consejería para control y detección oportuna de catarata
Salud Individual	ESNSOPC		(5001103) Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención
Salud Individual	ESNSOPC		(5001104) Diagnóstico de ceguera por catarata
Salud Individual	ESNSOPC	50012 - Tratamiento y control de paciente con cataratas	(5001209) Tratamiento especializado: Cirugía de catarata por incisión extracapsular del cristalino o incisión pequeña
Salud Individual	ESNSOPC		(5001208) Tratamiento especializado: cirugía de cataratas con Faco Emulsificación
Salud Individual	ESNSOPC		(5001204) Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata
Salud Individual	ESNSOPC		(5001205) Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control.
Salud Individual	ESNSOPC		(5001201) Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo
Salud Individual	ESNSOPC		(5001202) Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma
Salud Individual	ESNSOPC		(5001203) Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina
Salud Individual	ESNSOPC		(5001206) Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas Uveítis
Salud Individual	ESNSOPC		(5001207) Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de capsula posterior
Salud Individual	ESNSOPC		(5001210) Tratamiento y control especializado mediante oferta móvil para pacientes con catarata.
Salud Individual	ESNSOPC		(XXXX) Tamizaje y Detección de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años
Salud Individual	ESNSOPC	50013 - Tamizaje y	

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	ESNSOPC	diagnóstico de pacientes con errores refractivos	(xxxxxx) Evaluación y despistaje de Errores Refractivos en niños (as) de 3 a 11 años.
Salud Individual	ESNSOPC		(5001304) Referencia de pacientes con Errores Refractivos
Salud Individual	ESNSOPC		(5001301) Diagnóstico de Errores Refractivos
Salud Individual	ESNSOPC		(5001402) Tratamiento de Errores Refractivos
Salud Individual	ESNSOPC	50014 - Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos	(5001401) Control de pacientes con Errores Refractivos
Salud Individual	ESNSOPC		(5001403) Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos.
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxxxx) Tamizaje y detección de Retinopatía Diabética (RD) en el primer y segundo nivel de atención
Salud Individual	ESNSOPC	Tamizaje y diagnóstico de personas con Retinopatía Diabética	(xxxxxxxx) Evaluación y despistaje de Retinopatía Diabética (RD).
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxxxx) Consejería Integral en Salud Ocular - Retinopatía Diabética.
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxxx) Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética (RD) en el primer nivel de atención
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxxx) Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD)
Salud Individual	ESNSOPC	Tratamiento y control de personas con Retinopatía Diabética	(xxxxxxx) Tratamiento de Retinopatía Diabética (RD)
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxx) Control de personas con Retinopatía Diabética (RD)
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxx) Detección de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención.
Salud Individual	ESNSOPC	Tamizaje y diagnóstico de personas con Glaucoma	(xxxxxx) Consejería Integral en Salud Ocular - Glaucoma
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxx) Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención.
Salud Individual	ESNSOPC		(xxxxxx) Diagnóstico de Glaucoma
Salud Individual	ESNSOPC	Tratamiento y control de	(xxxxxx) Tratamiento de Glaucoma

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	ESNSOPC	persona con Glaucoma	(xxxxx) Control de personas con Glaucoma
Salud Individual	ESNMP	43997 - Tamizaje y tratamiento de personas afectadas metales pesados (Plomo - T 56.0, Arsénico –T57.0 y Mercurio – T56.1)	4399701 - Evaluación Integral en el Primer de nivel de Atención a personas expuestas a metales pesados, metaloide y otras sustancias químicas
Salud Individual	ESNMP		4399702 - Toma de muestras para dosaje de metales pesados (Plomo T56.0, Arsénico T57.0 o Mercurio T56.1) y otros exámenes de apoyo diagnóstico en personas expuestas a fuentes contaminantes.
Salud Individual	ESNMP		4399703 - Pruebas confirmatorias de laboratorio para metales pesados por el INS a personas identificadas como caso probable de intoxicación por metales pesados (Plomo – T56.0, Arsénico – T57.0 y Mercurio – T56.1)
Salud Individual	ESNMP		4399704 -Tratamiento a personas intoxicadas por plomo (CIE 10: T 56.0) con Categoría de Exposición I (1 a 9.9 ug/dL)
Salud Individual	ESNMP		4399705 - Tratamiento a personas intoxicadas por plomo (CIE 10: T 56.0) con Categoría de Exposición II (10 a 19.9 ug/dL)
Salud Individual	ESNMP		4399706-Tratamiento a Personas intoxicadas por plomo (CIE 10: T 56.0) con Categoría de Exposición III (20 a 44.9 ug/dL)
Salud Individual	ESNMP		4399707 - Tratamiento a Personas intoxicadas por plomo (CIE 10: T 56.0) con Categoría de Exposición IV (45 a 69.9 ug/dL)
Salud Individual	ESNMP		4399708 -Tratamiento a Personas intoxicadas por plomo (CIE 10: T 56.0) con Categoría de Exposición V (mayor de 70 ug/dL)
Salud Individual	ESNMP		4399709 - Complicaciones de la administración del tratamiento quelante (CIE 10: Y57.2)
Salud Individual	ESNMP		4399710 - Complicaciones de la intoxicación por metales pesados (T56.0)
Salud Individual	ESNMP		4399711 - Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición II.
Salud Individual	ESNMP		4399712 - Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición III.

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	ESNMP		4399713 - Dosaje de Seguimiento de Metales Pesados a Personas en Categoría de Exposición IV y V.
Salud Individual	ESNMP		4399714 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda no complicada por Arsénico (CIE 10: T 57.0)
Salud Individual	ESNMP		4399715 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda complicada por Arsénico (CIE 10: T 57.0)
Salud Individual	ESNMP		4399716 - Tratamiento de Personas con intoxicación crónica por Arsénico (CIE 10: T 57.0)
Salud Individual	ESNMP		4399717 - Tratamiento Quelante en la intoxicación por Arsénico (CIE 10: T 57.0)
Salud Individual	ESNMP		4399718 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda no complicada por Mercurio (CIE 10: T 56.1)
Salud Individual	ESNMP		4399719 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda complicada por mercurio (T 56.1)
Salud Individual	ESNMP		4399720 - Tratamiento de Personas con intoxicación crónica por mercurio (T56.1)
Salud Individual	ESNMP		4399721 - Tratamiento Quelante en la intoxicación por mercurio (CIE 10: T 56.1)
Salud Individual	ESNMP		4399722 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda no complicada por Cadmio CIE 10: T56.3
Salud Individual	ESNMP		4399723 - Tratamiento de Personas con intoxicación aguda complicada por Cadmio T56.3
Salud Individual	ESNMP		4399725 - Tratamiento Quelante en la intoxicación por Cadmio CIE 10: T 56.3
Salud Individual	Salud Bucal	Atención estomatológica preventiva	- Examen Estomatológico.
Salud Individual	Salud Bucal		- Instrucción de Higiene Oral.
Salud Individual	Salud Bucal		- Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.
Salud Individual	Salud Bucal		- Aplicación de Sellantes.
Salud Individual	Salud Bucal		- Aplicación de Flúor Barniz.

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	Salud Bucal		- Aplicación de Flúor Gel.
Salud Individual	Salud Bucal		- Profilaxis Dental.
Salud Individual	Salud Bucal	Atención estomatológica recuperativa	- Técnica de Restauración Atraumática (PRAT O TRA).
Salud Individual	Salud Bucal		- Raspaje Dental (Destartraje).
Salud Individual	Salud Bucal		- Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio.
Salud Individual	Salud Bucal		- Restauraciones Dentales con Resina.
Salud Individual	Salud Bucal		- Exodoncia Dental Simple
Salud Individual	Salud Bucal		- Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales.
Salud Individual	Salud Bucal		- Consulta estomatológica.
Salud Individual	Salud Bucal	Atención estomatológica especializada	Pulpotomía.
Salud Individual	Salud Bucal		-Pulpectomía.
Salud Individual	Salud Bucal		- Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Anteriores y Bicúspides (Endodoncia Uniradicular).
Salud Individual	Salud Bucal		-Rehabilitación Protésica.
Salud Individual	Salud Bucal		-Curetaje Subgingival Periodontal.
Salud Individual	Salud Bucal		-Fijación y/o Ferulización de Piezas Dentales con Resina Fotocurable.
Salud Individual	Salud Bucal		- Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Posteriores (Endodoncia Multiradicular)
Salud Individual	Salud Bucal		-Exodoncia Compleja.
Salud Individual	Salud Bucal		-Apexogénesis.
Salud Individual	Salud Bucal		-Apicectomía.
Salud Individual	Salud Bucal		-Frenectomía.

Componente	Estrategia Sanitaria Nacional	PRODUCTOS	SUB PRODUCTOS
Salud Individual	Salud Bucal		-Apexificación.
Salud Individual	Salud Bucal		-Cirugía Periodontal.
Salud Individual	Salud Bucal		-Instalación de Aparatología Fija.
Salud Individual	Salud Bucal		-Instalación de Aparatología Removible.

TABLA N°10

ACCIONES COMUNES

Denominación del producto	Acciones comunes					
Grupo poblacional que recibe el producto	Equipos Técnicos de Gestión y tomadores de decisión en el Programa de Enfermedades No Trasmisibles.					
Responsable del diseño del producto	MINSA					
Responsable de la entrega del producto	MINSA/INS/SIS/DISA/DIRESA/GERESA/					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de informes de la gestión del Programa.					
Indicadores de desempeño del producto	Informe de evaluación de indicadores de desempeño de los productos del Programa de Enfermedades No Trasmisibles.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Monitoreo Supervisión Evaluación y Control del Programa de Enfermedades No Trasmisibles (Salud Ocular, Salud Bucal, Metales Pesados, Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes Mellitus): Es el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores del Programa Presupuestal, usando información de insumos, procesos y resultados, obtenidos a través de la recolección sistemática y oportuna de datos, su procesamiento, control de calidad, análisis, retroalimentación, difusión y seguimiento de cumplimiento de actividades. Se utiliza para medir el cumplimiento de los indicadores programados en el tiempo y ámbito de la forma establecida con el fin de permitir a los decisores de los diferentes					

Denominación del producto	Acciones comunes
	niveles (local, regional y nacional) determinar si los indicadores están alcanzando la meta esperada según lo planificado; proporcionando insumos para la evaluación del programa presupuestal. Comprende: Monitoreo: Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza el seguimiento rutinario y permanente de los indicadores de procesos, productos y resultados del programa presupuestal 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. Supervisión: Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local; articulando los componentes de la gestión. Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del programa presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con metodologías rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. Vigilancia Investigación y Tecnologías Vigilancia. Es un proceso continuo y sistemático mediante el cual se recaba, procesa, reporta, analiza y difunde información asociada a indicadores del estado de salud y sus determinantes de riesgo de las enfermedades no transmisibles a nivel nacional, regional y local. Investigación: Proceso que busca disponer de investigaciones científicas para generar nuevo conocimiento y ampliar las evidencias que sustentan las intervenciones del Programa Presupuestal. Estas deben estar orientadas a generar evidencias, a través de estudios epidemiológicos, biomédicos, revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas, entre otros. Incluyen también validación de tecnologías y caracterización de los problemas alimentarios nutricionales. Deben ser ejecutadas o conducidas por un equipo de profesionales con experiencia en investigación. Tecnologías en el Programa de Enfermedades No Transmisibles Transmisibles (Salud Ocular, Salud Bucal, Metales Pesados, Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes Mellitus): Consiste en el desarrollo, validación de un conjunto de herramientas y/o instrumentos de carácter educativo, comunicacional, de gestión, informático y/o de diagnóstico, diseñados con estándares de calidad, los mismos que están orientados a optimizar las intervenciones del Programa Presupuestal, la misma que debe ser transferida a los usuarios directos de las Direcciones Regionales de Salud. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas del Programa de Enfermedades No Transmisibles (Salud Ocular, Salud Bucal, Metales Pesados, Sobrepeso, Obesidad, Hipertensión y Diabetes Mellitus) Elaboración de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural Consiste en el proceso a seguir para la formulación culturalmente adecuada* de documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar la situación de salud en los servicios de salud, cuya

Denominación del producto	Acciones comunes
	duración en promedio no excede del ejercicio presupuestal, ésta es desarrollada por profesionales capacitados en los niveles nacional y regional que tienen por función la elaboración, validación, aprobación, difusión, implementación, y evaluación de los documentos técnico normativos, en el marco del Programa Presupuestal. Contempla las 04 dimensiones de la atención de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando además el proceso de investigación y confirmación diagnóstica de las enfermedades. Implementación de Normas y Guías Técnicas con adecuación cultural: Consiste en el proceso de difusión y presentación de documentos normativos aprobados, con el objeto de poner a disposición el Documento Normativo aprobado a todas las unidades orgánicas, dependencias, entidades, instituciones, y sociedad civil priorizando aquellas que están directamente involucradas en su aplicación. La difusión se complementa mediante la publicación en medios impresos, magnéticos, cibernéticos y reuniones de información para su conocimiento y aplicación. *Entiéndase como adecuación cultural la inclusión de las prácticas, hábitos y costumbres relacionadas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las ENT de los pueblos culturalmente diversos.
2.Organización para la entrega del producto	Equipos de Gestión del nivel Nacional, Regional y Local. En el nivel Nacional corresponde al MINSA/INS En el nivel Regional le corresponde a DISA/DIRESA/GERESA En el nivel local los responsables de salud en el ámbito de la jurisdicción territorial.
3.Criterios de programación	A nivel Nacional. Dos informes uno semestral y uno anual. A nivel Regional Dos informes uno semestral y uno anual.
4.Método de agregación de actividades a producto	Se considerará la sumatoria de las metas físicas de las actividades.
5. Flujo de procesos	 <pre> graph LR subgraph "Ruta 1" M1[Monitoreo] --> S1[Supervisión] S1 --> E1[Evaluación] E1 --> C1[Control] end subgraph "Ruta 2" V2[Vigilancia] --> I2[Investigación] I2 --> T2[Tecnologías] end subgraph "Ruta 3" P3[Planificación] --> F3[Formulación / Actualización] F3 --> V3[Validación] V3 --> A3[Aprobación, difusión, implementación] end </pre>

SALUD BUCAL

TABLA N° 10

Denominación del producto		Atención estomatológica preventiva.					
Grupo poblacional que recibe el producto		Población en general.					
Responsable del diseño del producto		Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto		Redes de Salud (UE) Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN		GR	X	GL	X
Indicador de producción física del producto		Número de atenciones estomatológicas preventivas.					
Indicadores de desempeño del producto		Proporción de población priorizada con topicaciones de flúor.					
Modelo operacional del producto							
1. Definición operacional		Conjunto de procedimientos estomatológicos dirigidos a la población priorizada niños, gestantes y adulto mayor con la finalidad de prevenir la aparición de enfermedades en el sistema estomatognático, actuando sobre los factores de riesgo. Comprende las siguientes actividades: - Examen Estomatológico. - Instrucción de Higiene Oral. - Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales. - Aplicación de Sellantes. - Aplicación de Flúor Barniz. - Aplicación de Flúor Gel. - Profilaxis Dental.					
2. Organización para la entrega del producto		Cirujano Dentista.					
3. Criterios de programación		Examen Estomatológico • 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos. Instrucción de Higiene Oral • 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 15 minutos. Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales • 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año.					

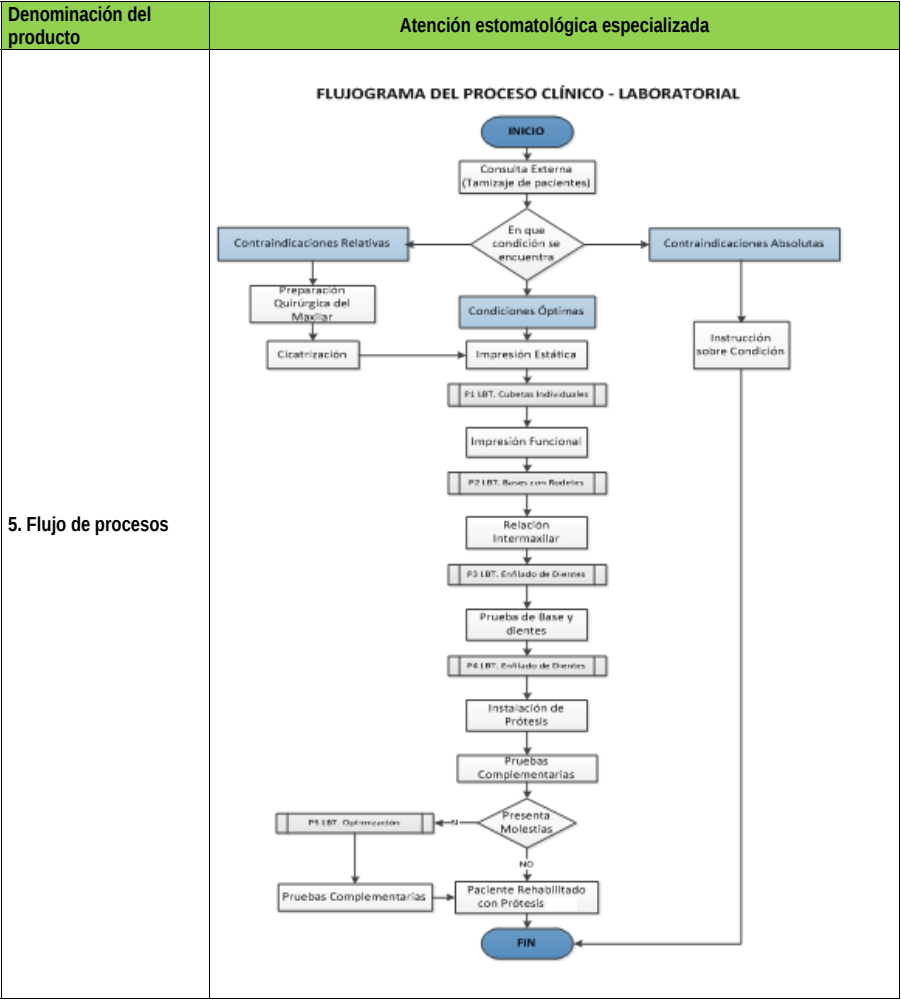
Denominación del producto	Atención estomatológica preventiva.
	• Rendimiento = 10 minutos. Aplicación de Sellantes • 20 % de niños atendidos en el servicio de 5 a 11 años. • Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento = 20 minutos. Aplicación de Flúor Barniz • 30% de niños CRED de 6 meses a 5 años. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos Aplicación de Flúor-Gel • 80 % de niños atendidos en el servicio de Odontología de 6 a 11 años. • 60% de gestantes atendidas en el servicio. ▮ Tendencia etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 15 minutos. Profilaxis Dental ▮ 30% niños CRED de 3 a 5 años. ▮ 80% de niños atendidos en el servicio de Odontología de 6 a 11 años. ▮ 60% de gestante atendidas en el servicio. ▮ Tendencia etapa de vida adulto mayor. ▮ Frecuencia = 2 veces al año. ▮ Rendimiento = 15 minutos.
4. Método de agregación de actividades a producto	Información del HIS - Procedimientos de Salud Bucal del Año 2011: Examen Estomatológico = 5,756 Instrucción de Higiene Oral = 4,218 Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales = 4,218 Aplicación de Sellantes = 23,586 Aplicación de Flúor Barniz = 21,402 Aplicación de Flúor Gel = 753,829 Profilaxis Dental = 249,410
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Examen Estomatológico] --> B[Instrucción de Higiene Oral] B --> C[Asesoría Nutricional para el Control de enfermedades dentales] C --> D[Profilaxis Dental] D --> E{Riesgo de Caries} E -- SI --> F[Aplicación Topica de Flúor Barniz o Flúor Gel] F --> G[Aplicación de Sellantes (5 a 11 años)] G --> H{Tasa Enfermedad Bucal} H -- SI --> I[Atención Estomatológica Responde a su Necesidad] E -- NO --> J[Ata Básica Odontológica] H -- NO --> J </pre>

Denominación del producto		Atención estomatológica recuperativa.				
Grupo poblacional que recibe el producto		Población en general.				
Responsable del diseño del producto		Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.				
Responsable de la entrega del producto		Redes de Salud (UE) Establecimientos de Salud				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN		GR	X	GL
Indicador de producción física del producto		Número de atenciones estomatológicas recuperativas.				
Indicadores de desempeño del producto		Proporción de población priorizada con alta básica odontológica.				
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional		Es un conjunto de procedimientos dirigidos a la población priorizada niños, gestantes y adulto mayor con la finalidad de recuperar el sistema estomatognático para contribuir al bienestar de la población. Comprende las siguientes actividades: Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención. Comprende: 1. Técnica de Restauración Atraumática – PRAT (CDT - E1352) 2. Raspaje Dental (CDT - E1311) 3. Debridación de los procesos infecciosos bucodentales 4. Consulta estomatológica 5. Exodoncia simple 6. Restauraciones Dentales con ionómero de vidrio 7. Restauraciones Dentales con Resina				
2. Organización para la entrega del producto		Cirujano Dentista general o especialista.				
3. Criterios de programación		Técnica de Restauración Atraumática (PRAT O TRA) • En niños de 6 a 11 años, según tendencia de los 3 últimos años. • Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento = 20 minutos. Raspaje Dental (Destartraje) • 60% de gestantes atendidas en el servicio de odontología. • Tendencia en la etapa de vida Adulto Mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos. Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio • Según tendencia en las etapas de vida niño. • Frecuencia = 3 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento= 20 minutos.. Restauraciones Dentales con Resina Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. ▮ Rendimiento= 20 minutos. Exodoncia Dental Simple ▮ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 2 piezas dentarias distintas al año.				

Denominación del producto	Atención estomatológica recuperativa.
	▣ Rendimiento = 20 minutos. Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales ▣ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▣ Frecuencia = 1 vez al año. ▣ Rendimiento = 20 minutos. Consulta Estomatológica ▣ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▣ Frecuencia = 1 vez al año. ▣ Rendimiento = 20 minutos.
4. Método de agregación de actividades a producto	Información del HIS - Procedimientos de Salud Bucal del Año 2011: Técnica de Restauración Atraumática (PRAT O TRA) = 53,153 Raspaje Dental (Destartraje) = 121,792 Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio = 134,112 Restauraciones Dentales con Resina = 117,994 Exodoncia Dental Simple = 379,209 Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales = 41,212 Consulta estomatológica = 28,829
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Consulta Odontológica / Continua de la Atención Estomatológica Preventiva] --> B[Atención Estomatológica Recuperativa] B --> C{¿El paciente es adulto mayor?} C -- No --> D[Alta Básica Odontológica ABO] D --> E([Fin]) C -- Si --> F{¿Requiere rehabilitación protésica?} F -- No --> D F -- Si --> G([Se deriva a Atención Estomatológica Rehabilitadora]) </pre>

Denominación del producto	Atención estomatológica especializada				
Grupo poblacional que recibe el producto	Población en general				
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.				
Responsable de la entrega del producto	Redes de Salud (UE). Establecimientos de Salud.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL
Indicador de producción física del producto	Número de atenciones estomatológicas especializada.				
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de adultos mayores con rehabilitación protésica instalada.				
Modelo operacional del producto					
1. Definición operacional	Es un conjunto de procedimientos estomatológicos complejos destinados a contribuir en el buen funcionamiento del sistema estomatognático y en la salud general. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención. Comprende: - Pulpotomía. - Pulpectomía. - Rehabilitación Protésica. - Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores y bicúspides (endodoncia uniradicular). - Curetaje Subgingival - Periodontal. - Ferulización. - Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores (endodoncia multiradicular). - Exodoncia Compleja. - Apexogénesis. - Apicectomía. - Frenectomía. - Apexificación. - Cirugía Periodontal. - Tratamiento con Aparatología Fija de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. - Tratamiento con Aparatología Removable de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.				
2. Organización para la entrega del producto	Cirujano Dentista general o especialista.				
3. Criterios de programación	Es un conjunto de procedimientos estomatológicos complejos destinados a contribuir en el buen funcionamiento del sistema estomatognático y en la salud general. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en los establecimientos de salud del I, II y III nivel de atención.				

Denominación del producto	Atención estomatológica especializada
4. Método de agregación de actividades a producto	Se tiene 7,027 rehabilitaciones protésicas instaladas y 3,643 adultos mayores beneficiarios de las rehabilitaciones protésicas (Fuente: Información remitida por las regiones - Base de datos del Plan "Vuelve a Sonreír" de la ESN de Salud Bucal). Pulpotomía = 6,427 Pulpectomía = 4,200 Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores y bicúspides (endodoncia uniradicular) = 5813 Curetaje Subgingival - Periodontal = 7,129 Ferulización = 630 Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores (endodoncia multiradicular) = 4,021 Exodoncia Compleja = 43,633 Apexogénesis = 3 Apicectomía = 1,076 Frenectomía = 1,013 Apexificación = 17 Cirugía Periodontal = 522 Tratamiento con Aparatología Fija de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar = 4 Tratamiento con Aparatología Removible de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar = 4

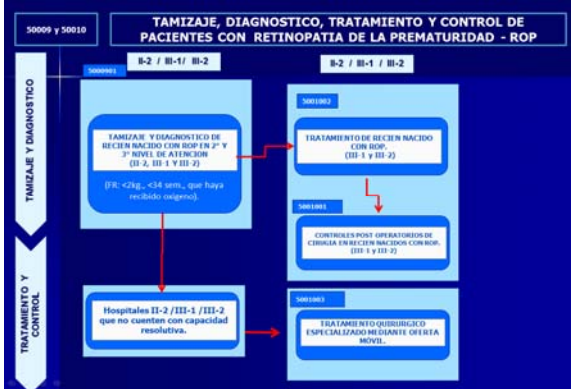


SALUD OCULAR

TABLA N° 10

Denominación del producto	del	Tamizaje y Diagnostico de Paciente con Retinopatía de la Prematuridad
Grupo poblacional que recibe el producto	que	Recién nacido prematuros con factor de riesgo para retinopatía de la prematuridad.

Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.				
Responsable de la entrega del producto	Hospital II y III nivel de Atención				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física del producto	Numero de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados con la finalidad de detectar precozmente ROP.				
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad sobre el número de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad tamizados • Porcentaje de recién nacidos prematuros con tamizaje de retinopatía de la prematuridad sobre el número de recién nacidos prematuros.				
Modelo operacional del producto					
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a la evaluación del recién nacido prematuro con factores de riesgo (Recien Nacido prematuro de igual o menor de 37 semanas de edad gestacional y/o con menos de 2000 gramos, prematuro que requiere oxígeno) y lograr el diagnóstico oportuno de Retinopatía de la Prematuridad – ROP (siglas en ingles de Retinopathy of Prematurity). Prevención Secundaria del R.O.P. el cual debe ser realizado al 100% de los neonatos prematuros hospitalizados con factores de riesgo de desarrollar retinopatía. Los recién nacidos beneficiarios deben estar inscritos o afiliados al Seguro Integral de Salud.				
2. Organización para la entrega del producto	MINSAL: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el médico oftalmólogo capacitado con apoyo del personal técnico capacitado.				

3. Criterios de programación	1. Programar al 100% de los neonatos prematuros hospitalizados con factores de riesgo de desarrollar retinopatía, o según tendencia en los últimos 3 años. Incluir a los recién nacidos prematuros referidos de los establecimientos de salud de su ámbito.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta del producto: Tamizaje y diagnóstico de recién nacido con R.O.P. en segundo y tercer nivel de atención (500901)
5. Flujo de procesos	Médico Neonatólogo identifica factores de riesgo de ROP y genera la interconsulta al Médico oftalmólogo para realizar el tamizaje y diagnóstico. 

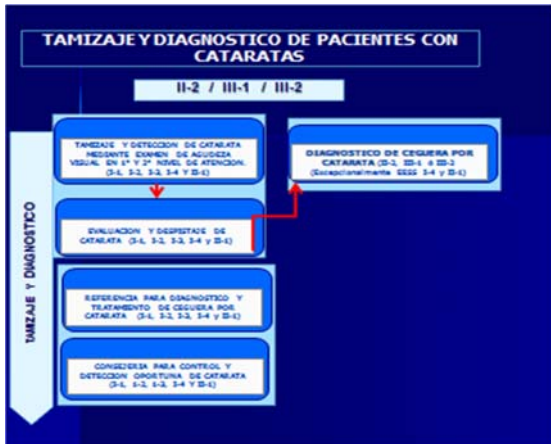
Denominación del producto	Tratamiento y Control de paciente con Retinopatía de la Prematuridad					
Grupo poblacional que recibe el producto	Recién nacido prematuro con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad.					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Hospital II y III nivel de Atención					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de recién nacidos prematuros con tratamiento y control de retinopatía de la prematuridad					

Denominación del producto	Tratamiento y Control de paciente con Retinopatía de la Prematuridad
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad con tratamiento controlar 1er día y 7mo día post operatorio sobre el número de recién nacidos con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas al tratamiento especializado y control de los recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad (R.O.P), realizado al 100% de los casos que resulten con hallazgos positivos luego del proceso de tamizaje. Los beneficiarios deben estar inscritos o afiliados al Seguro integral de Salud.
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el médico oftalmólogo capacitado con apoyo del personal técnico capacitado.
3. Criterios de programación	1. Tratamiento especializado de recién nacidos con ROP: 10% de Recien Nacidos con tamizaje de Retinopatía de la Prematuridad mediante oftalmoscopia indirecta o según tendencia en los últimos 3 años. Se programa en Establecimientos de Salud del nivel III-1 y III-2. 2. Controles post operatorios de cirugía en recién con ROP: 100% de Recién Nacidos con tratamiento especializado de ROP. 3. Tratamiento quirúrgico especializado mediante oferta móvil: 10% de recién nacidos con tamizaje de ROP, o según tendencia en los últimos 3 años. Se programa en las Redes de salud que en su ámbito no cuenten con servicios especializados que puedan proveer tratamiento quirúrgico a los recién nacidos con ROP.

Denominación del producto	Tratamiento y Control de paciente con Retinopatía de la Prematuridad
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto Trazador: Tratamiento especializado de RN con Retinopatía de la Prematuridad (5001002) y/o - Diagnóstico, Tratamiento Quirúrgico y Control especializado mediante oferta móvil para pacientes con Retinopatía de la Prematuridad (5001003)
5. Flujo de procesos	TAMIZAJE, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD - ROP 50009 y 50010 II-2 / III-1 / III-2 II-2 / III-1 / III-2 5001001 5001002 5001001 5001003 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y CONTROL TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE RECIEN NACIDO CON ROP EN 2º Y 3º NIVEL DE ATENCION (II-2, III-1 Y III-2) (RN <2kg, <34 sem, que haya recibido oxígeno). TRATAMIENTO DE RECIEN NACIDO CON ROP. (III-1 y III-2) CONTROLES POST OPERATORIOS DE CIRUGIA EN RECIEN NACIDOS CON ROP. (III-1 y III-2) Hospitales II-2 / III-1 / III-2 que no cuenten con capacidad resolutive. TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIALIZADO MEDIANTE OFERTA MOVIL.

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 50 años a más					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud con población asignada I-1, I- 2, I-3, I -4 y II-1					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción	Número de personas de 50 a más años con valoración de agudeza visual efectuada					

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas
física del producto	por personal de salud capacitado.
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de población de 50 años a más con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud capacitado sobre la población de 50 años a más programada. • Porcentaje de la población de 50 años a más con diagnóstico de ceguera por catarata sobre la población de 50 años a más con valoración de la agudeza visual
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de actividades dirigido a personas afiliadas al Seguro Integral de Salud, mayores de 50 años, con la finalidad de fortalecer el sistema de atención oftalmológica primaria como parte de la atención integral, a través del examen de agudeza visual con cartilla de Snellen con y sin agujero estenoico en cualquiera de sus ojos ($\leq 20/200$), detección y referencia de los casos con enfermedades oculares evidenciadas para su diagnóstico confirmatorio en el nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a la persona con diagnóstico presuntivo o confirmado de ceguera y/o disminución de la agudeza visual, a fin de informar, sensibilizar y educar a la población acerca de la importancia de la salud ocular.
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el Personal de Salud Capacitado.
3. Criterios de programación	1. Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención: 25 % de la población pobre y extremadamente pobre, mayor de cincuenta (50) años de edad. 2. Evaluación y despistaje de catarata: 20% de la población programada para tamizaje y detección de catarata, o estimar un 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años.

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas
	3. Consejería para control y detección oportuna de catarata: 100% de personas programadas con diagnóstico presuntivo o confirmado de ceguera y/o disminución de la agudeza visual por catarata, que serán referidos para diagnóstico definitivo y tratamiento de ceguera por catarata. 4. Referencia para diagnóstico y tratamiento de ceguera por catarata en el primer nivel de atención: 60% de personas programadas para evaluación y despistaje de catarata o estimar un 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años. 5. Diagnóstico de ceguera por catarata: 100% de pacientes referidos para diagnóstico definitivo y tratamiento de ceguera por catarata, o estimar un 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto Trazador: Tamizaje y detección de catarata mediante examen de agudeza visual en primer y segundo nivel de atención (5001101) Diagnóstico de ceguera por catarata (5001104)
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	Tratamiento y control de paciente con cataratas
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 50 años a más con diagnóstico de impedimento visual o ceguera por catarata
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.
Responsable de la entrega del producto	Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales. Redes de Salud (UE). Establecimientos de Salud.

Denominación del producto	Tratamiento y control de paciente con cataratas					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de población de 50 años a más con tratamiento de ceguera por catarata sobre población mayor de 50 años con diagnóstico de ceguera por catarata. • Porcentaje de población de 50 años a más operada por ceguera por catarata que desarrollaron complicaciones post quirúrgicas (vitreo-úvea-glaucoma-retina-capsula posterior) sobre población de 50 años a más con diagnóstico de ceguera por catarata tratada.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica a través del tratamiento quirúrgico y control post operatorio de personas afiliadas al Seguro Integral de Salud, mayores de 50 años, con diagnóstico de ceguera por catarata, se realizará cirugías como método de tratamiento mediante la inserción de una lente intraocular, estudios científicos refiere que es sumamente eficaz y permite la rehabilitación visual casi inmediata (Incisión Extracapsular del Cristalino o Incisión Pequeña y Facoemulsificación). Guía de Práctica Clínica para tamizaje, detección, diagnóstico y tratamiento de catarata – RM N° 537-2009/MINSA.					
2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). <u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. <u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. <u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el Medico Oftalmólogo.					
3. Criterios de programación	1.Tratamiento especializado: Cirugía extracapsular de cataratas: 80% de personas con diagnóstico definitivo de catarata que fueron referidos o estimar un 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años.					

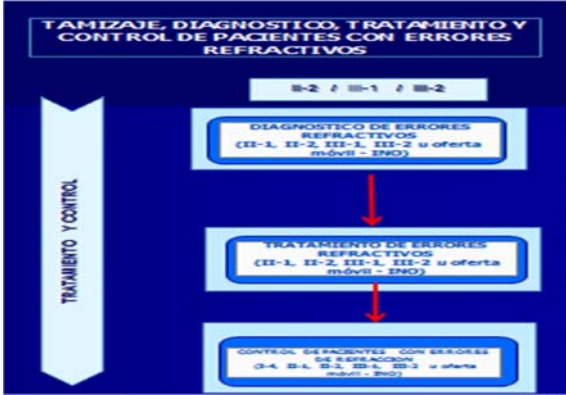
Denominación del producto	Tratamiento y control de paciente con cataratas
	2. Tratamiento especializado: cirugía de cataratas con Facoemulsificación: 20% de pacientes con diagnóstico definitivo de catarata que fueron referidos o 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años. 3. Segundo Control post operatorio de cirugía de catarata: 100% de personas con tratamiento especializado de cirugía de catarata, (por Cirugía de catarata extracapsular con implantación de lente intraocular en cámara posterior con incisión pequeña o por facoemulsificación) 4. Control post operatorio de cirugía de cataratas por personal especializado: Tercer y cuarto Control: 100% de personas con tratamiento especializado de cirugía de catarata, (por cirugía extracapsular con implantación de lente intraocular en cámara posterior con incisión pequeña o por facoemulsificación). 5. Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en vítreo: 1% de las personas operadas de cirugías de catarata (Extracapsular/ Facoemulsificación) ó considerar la tendencia de los últimos 3 años. 6. Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas con Glaucoma: 1% de las personas operadas de cirugías de catarata (Extracapsular/ Facoemulsificación) ó considerar la tendencia de los últimos 3 años. 7. Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas en Retina: 1% de los pacientes operados de cirugías de catarata o considerar la tendencia de los últimos 3 años. 8. Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas Uveitis: 2% de los pacientes operados de cirugías de catarata o considerar la tendencia de los últimos 3 años. 9. Control y tratamiento especializado de complicaciones post quirúrgicas por opacidad de capsula posterior.- 10% de los pacientes operados de cirugías de catarata o considerar la tendencia de los últimos 3 años. 10. Tratamiento y Control especializado mediante oferta móvil para pacientes con Catarata: 100% de personas programadas en referencia/derivación para diagnóstico y tratamiento quirúrgico de ceguera por catarata o estimar un 10% adicional al promedio logrado en los últimos 3 años.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta del producto es la suma de la programación de 03 subproductos : • Tratamiento especializado: cirugía de catarata por incisión extracapsular del cristalino o incisión pequeña (5001209) • Tratamiento especializado: cirugía de catarata con Faco Emulsificación. (5001208) y/o • Tratamiento y control especializado mediante oferta móvil (5001210)

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños de 3 a 11 años					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud establecimiento de salud del 1er (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentajes de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos no corregidos sobre el número de niños de 3 a 11 años tamizados. • Porcentaje de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud sobre el número de niños de 3 a 11 años programados					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades que permita la reducción de la deficiencia visual mediante el tamizaje y diagnóstico de errores refractivos no corregidos en niños de 3 a 11 años, cuya visión limita el pleno desarrollo de sus actividades de la vida diaria y aprendizaje, y que puede mejorarse mediante la corrección, disponiendo de anteojos correctivos apropiados.					
2. Organización para la entrega del producto	MINSAL: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el Personal de Salud Capacitado.					

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos
3. Criterios de programación	1. Tamizaje y detección de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años: 80% de niños(as) de 3 a 11 años de edad de las Instituciones Educativas Estatales de la jurisdicción de establecimientos de salud. 2. Evaluación y despistaje de errores refractivos en niños (as) de 3 a 11 años: 10% de niños de 3 a 11 años tamizados, afiliados al Seguro Integral de Salud, en situación de pobreza y pobreza extrema. 3. Referencia de pacientes con errores refractivos: 100% de niños de 3 a 11 años de edad evaluados por médico capacitado. 4. Diagnóstico de errores refractivos: 100% de niños(as) de 3 a 11 años referidos para diagnóstico definitivo.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto Trazador: Tamizaje y detección de errores refractivos en niños de 3 a 11 años (5001306) Diagnóstico de errores refractivos (5001301)
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo no corregido

Denominación del producto		Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos					
Responsable del diseño del producto		Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto		Establecimientos de salud del 1er (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1).					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto		Número de niños con error refractivo en tratamiento					
Indicadores de desempeño del producto		• Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado sobre el número de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo. • Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado con control a los 3 meses sobre el número de niños de 3 a 11 años con Tratamiento de error refractivo diagnosticado					
Modelo operacional del producto							
1. Definición operacional		Conjunto de actividades que permite la reducción de la deficiencia visual mediante el tratamiento y control de los errores refractivos en niños de 3 a 11 años, a través de la entrega de ortópticos (anteojos, gafas o lentes) apropiados a los pacientes con diagnóstico de un error refractivo no corregido .					
2. Organización para la entrega del producto		MINSAL: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el medico oftalmólogo con apoyo de profesional de salud capacitado.					

Denominación del producto	Tratamiento y control de pacientes con errores refractivos
3. Criterios de programación	1. Tratamiento de errores refractivos: 100% de niños(as) de 3 a 11 años de edad con diagnóstico definitivo de un error refractivo. 2. Control de pacientes con errores refractivos: 100% de niños (as) de 3 a 11 años que iniciaron tratamiento de error refractivo con lentes correctores. 3. Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos: 100% de niños(as) de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo no corregido
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto Trazador: • Tratamiento de errores refractivos (5001402) y/o • Diagnóstico, tratamiento y control mediante oferta móvil para pacientes con Errores Refractivos No Corregidos (5001403)
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de personas con Retinopatía Diabética
Grupo poblacional que recibe el producto	Persona con diagnóstico de Diabetes Mellitus

Denominación del producto		Tamizaje y diagnóstico de personas con Retinopatía Diabética					
Responsable del diseño del producto	del del	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	del	Establecimientos de salud del 1er (I-1,I-2,I-3,I-4) y 2do nivel de atención con población asignada (II-1).					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	de	Número de personas con diabétes con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud.					
Indicadores de desempeño del producto	de del	• Porcentajes de personas con diabétes con diagnóstico de retinopatía diabética sobre el número de personas con diabétes tamizadas. • Porcentaje de personas con diabétes con valoración de agudeza visual realizada por personal de salud sobre el número de personas con diabétes programadas					
Modelo operacional del producto							
1. Definición operacional		Conjunto de actividades orientadas a fortalecer la atención integral de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus ⁵⁴ , con la finalidad de identificar precozmente la retinopatía diabética. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería integral en salud ocular, a fin de informar, sensibilizar y educar a la persona con riesgo de retinopatía diabética					
2. Organización para la entrega del producto		<u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). <u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. <u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos.					

⁵⁴ Personas con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus con 5 años a más de enfermedad tienen mayor riesgo de presentar retinopatía diabética.

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de personas con Retinopatía Diabética
	Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el Personal de Salud Capacitado.
3. Criterios de programación	1. Tamizaje y detección de Retinopatía Diabética (RD) en el primer y segundo nivel de atención: Se programa al 100 % de las personas pobres y extremadamente pobres con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus. 2. Evaluación y despistaje de Retinopatía Diabética (RD): 100% de personas programadas para tamizaje y detección de Retinopatía Diabética 3. Consejería Integral en Salud Ocular – Retinopatía Diabética: 100% de personas programadas para evaluación y despistaje de Retinopatía Diabética. 4. Referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética (RD) en el primer nivel de atención: 30% de personas programadas para evaluación y despistaje. 5. Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD): 23% de personas programadas en referencia para diagnóstico y tratamiento de Retinopatía Diabética (RD).
4. Método de agregación de actividades de producto	Sub Producto trazador: Tamizaje y detección de Retinopatía Diabética (RD) en el primer y segundo nivel de atención. Diagnóstico de Retinopatía Diabética (RD).
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	Tratamiento y control de personas con Retinopatía Diabética					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con Diabétes con diagnóstico de Retinopatía Diabética.					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Hospital II y III nivel de Atención.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de Personas con Diabétes con diagnóstico de Retinopatía Diabética en tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de Personas con tratamiento de Retinopatía Diabética sobre el número de Personas con Diabétes con diagnóstico de Retinopatía Diabética. • Porcentaje de personas con diabétes con Retinopatía Diabética diagnosticada con control anual sobre el número de personas con diabétes con Retinopatía Diabética diagnosticada					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica a través del tratamiento médico de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de Retinopatía Diabética – RD y su control, a fin de evaluar el proceso de evolución de la enfermedad.					
2. Organización para la entrega del producto	MINSa: Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). GERESA/DIRESA/DISA: Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. Unidades Ejecutoras: Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. Establecimientos de Salud: Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el medico oftalmólogo con apoyo de					

Denominación del producto	Tratamiento y control de personas con Retinopatía Diabética
	profesional de salud capacitado.
3. Criterios de programación	1. Tratamiento de Retinopatía Diabética: 100% de personas programadas para diagnóstico definitivo de Retinopatía Diabética. 2. Control de personas con Retinopatía Diabética (RD): 100% de personas programadas para el tratamiento de Retinopatía Diabética.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto Trazador: Tratamiento de Retinopatía Diabética (RD)
5. Flujo de procesos	

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de persona con Glaucoma
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas de 40 años a más.
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)

Denominación del producto		Tamizaje y diagnóstico de persona con Glaucoma					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto		Número de personas con valoración de agudeza visual y Tonometría realizada por personal de salud.					
Indicadores de desempeño del producto		• Porcentajes de personas con diagnóstico de Glaucoma sobre el número de personas tamizadas. • Porcentaje de personas con agudeza visual y Tonometría realizada por personal de salud sobre el número de personas programadas.					
Modelo operacional del producto							
1. Definición operacional		Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica primaria como parte de la atención integral a la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, de 40 años a más años de edad, a través de la tonometría, detección y referencia de los casos con enfermedades oculares evidenciadas para su diagnóstico confirmatorio en el nivel de atención que cuente con médico oftalmólogo. Previa a su referencia, el personal de salud capacitado brindará consejería a personas con diagnóstico presuntivo de Glaucoma o diagnóstico definitivo de Hipertensión Ocular (mayor de 21mmHg), a fin de informar, sensibilizar y educar a la población acerca de la importancia de la salud ocular					
2. Organización para la entrega del producto		<u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). <u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. <u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. <u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el Personal de Salud Capacitado.					
3. Criterios de programación		1. Detección de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención: 30% de la población pobre y extremadamente pobre, de cuarenta (40) años a más, de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención con población asignada. 2. Consejería Integral en Salud Ocular – Glaucoma: 25% de las personas programadas					

Denominación del producto	Tamizaje y diagnóstico de persona con Glaucoma
	para la detección de glaucoma. 3. Referencia para diagnóstico y tratamiento de Glaucoma en el primer nivel de atención: 25% de personas programadas para la detección de glaucoma. 4. Diagnóstico de Glaucoma: 14% de las personas programadas para la detección de glaucoma en los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención con población asignada o un 10 % adicional al promedio de los casos atendidos en los 3 últimos años.
4. Método de agregación de actividades a producto	Sub Producto trazador: Detección de la persona con riesgo de glaucoma en el primer y segundo nivel de atención. Diagnóstico de Glaucoma.
5. Flujo de procesos	TAMIZAJE, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON GLAUCOMA I-1 / I-2 / I-3 / I-4 / II-1 II-2 / III-1 / III-2 TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE GLAUCOMA EN 1° Y 2° NIVEL DE ATENCIÓN (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1) EVALUACIÓN Y DESPEJAJE DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1) REFERENCIA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1) CONSULTA PARA CONTROL Y DETECCIÓN OPORTUNA DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1) DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2) TRATAMIENTO DE GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2) CONTROL DE PACIENTES CON GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2)

Denominación del producto	Tratamiento y control de personas con Glaucoma
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con diagnóstico de Glaucoma.
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.
Responsable de la entrega del producto	Hospital II y III nivel de Atención.

Denominación del producto	Tratamiento y control de personas con Glaucoma					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de Personas con diagnóstico de Glaucoma en tratamiento.					
Indicadores de desempeño del producto	• Porcentaje de Personas con tratamiento de Glaucoma sobre el número de Personas con diagnóstico de Glaucoma. • Porcentaje de personas con Glaucoma diagnosticada que tuvieron un control anual sobre el número de personas con Glaucoma diagnosticada					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas a fortalecer el sistema de atención oftalmológica a través del tratamiento médico y control de la persona afiliada al Seguro Integral de Salud, con diagnóstico de glaucoma.					
2. Organización para la entrega del producto	<u>MINSA:</u> Establece la normatividad, monitorea, supervisa y evalúa su implementación, brinda asistencia técnica para el cumplimiento de la programación; además define las intervenciones sanitarias priorizadas en Salud Ocular (definición operacional y criterios de programación), características de puntos de atención del producto: (establecimientos de salud), insumos para el desarrollo de intervenciones (estructura de costos). <u>GERESA/DIRESA/DISA:</u> Coordina y consolida la programación, y formulación de las metas físicas y financieras del producto, monitorea, supervisa y evalúa a sus Redes de Salud, y brinda asistencia técnica para la implementación de las intervenciones, a través del personal capacitado responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular. <u>Unidades Ejecutoras:</u> Define sus puntos de atención para cada producto según la cartera de servicios, preselecciona los insumos necesarios para entregar el producto en los puntos de atención, establece precios unitarios para insumos seleccionados, consolida presupuesto de los puntos de atención, establece el stock de insumos (personal, patrimonio, etc.) y establece brecha de recursos. <u>Establecimientos de Salud:</u> Define la meta física para cada producto según corresponda, solicita los requerimientos para el cumplimiento del producto. Las actividades del producto son realizadas por el medico oftalmólogo con apoyo de profesional de salud capacitado.					
3. Criterios de programación	1. Tratamiento de Glaucoma: 100% de personas de 40 a más años de edad con diagnóstico definitivo de glaucoma. 2. Control de pacientes con Glaucoma: 100% de personas de 40 a más años de edad programadas para tratamiento de glaucoma.					
4. Método de agregación de actividades	Sub Producto Trazador: Tratamiento de Glaucoma					

Denominación del producto	Tratamiento y control de personas con Glaucoma
producto	
5. Flujo de procesos	The flowchart is titled "TAMIZAJE, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON GLAUCOMA". It is organized into two main vertical columns. The left column is labeled "TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO" and the right column is labeled "TRATAMIENTO Y CONTROL". Left Column (TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO): - Top box: "TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE GLAUCOMA EN 1º y 2º NIVEL DE ATENCIÓN (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)". - Second box: "EVALUACIÓN Y DESPEJAJE DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)". - Third box: "REFERENCIA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)". - Bottom box: "CONSEJO PARA CONTROL Y DETECCIÓN OCULTA DE GLAUCOMA (I-1, I-2, I-3, I-4 y II-1)". Right Column (TRATAMIENTO Y CONTROL): - Top box: "DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2)". - Second box: "TRATAMIENTO DE GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2, exceptuadamente: EE55, I-4 y II-1)". - Third box: "CONTROL DE PACIENTES CON GLAUCOMA (II-2, III-1 y III-2 u oferta móvil)". Flow and Additional Elements: - Red arrows indicate the flow from the screening/detection phase to the diagnosis phase, then to treatment, and finally to control. - On the far right, there are two boxes labeled "5001.210" and "5001.205" which correspond to "DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL ESPECIALIZADO MEDIANTE OFERTA MÓVIL".

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (Sp-Ob-HTA-DM)
TABLA N° 10

Denominación del producto	Valoración Clínica y Tamizaje Laboratorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (3000015)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población de 5 años de edad a más con énfasis e situación de pobreza y pobreza extrema					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11- Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud con población asignada					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas mayores de 29 años con Tamizaje de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (HTA y DM).					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Conjunto de actividades integradas para la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico oportuno en personas asintomáticas de enfermedades crónicas no transmisibles, incluye el uso de la historia clínica dirigida a identificar los factores de riesgo así como exámenes de laboratorio. Estas actividades son desarrolladas por profesional de la salud capacitado en establecimientos de salud con población asignada que, por lo general corresponden al primer nivel de atención. Los factores de riesgo modificables evaluados son la alimentación no saludable, el sedentarismo, el consumo de tabaco o exposición al humo del tabaco, consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad, entre otros. Incluye los siguientes procedimientos: - Identificación de factores de riesgo. - Exámenes de laboratorio					
2. Organización para la entrega del producto	- El Ministerio de Salud: Norma los procedimientos a realizar, especialmente a través de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente. - Las Direcciones Regionales: Planifican las actividades					

Denominación del producto	Valoración Clínica y Tamizaje Laboratorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (3000015)
	- Redes y microredes: realizan las actividades programadas
3. Criterios de programación	Personas de 12 a 17 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial (5001501): 15 % de personas pobres y extremadamente pobres de la jurisdicción del establecimiento de salud con población asignada. Fuente de información: HIS. Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial (5001502): 20 % de personas pobres y extremadamente pobres de la jurisdicción del establecimiento de salud con población asignada. Fuente de información: HIS. Personas de 30 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial (5001503): 20 % de personas pobres y extremadamente pobres de la jurisdicción del establecimiento de salud con población asignada. Fuente de información: HIS. Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial (5001504): 10 % de personas pobres y extremadamente pobres de la jurisdicción del establecimiento de salud con población asignada. Fuente de información: HIS. Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial (5001505): 15 % de personas pobres y extremadamente pobres de la jurisdicción del establecimiento de salud con población asignada. Fuente de información: HIS. Población que accede a laboratorios clínicos que cuentan con programa de evaluación de calidad para el diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles (5001506): Hasta el 25% de establecimientos de salud de categorías I-3, I-4, II-1, II-2, III-1, III-2 y laboratorios de referencia en el ámbito de las DIRESAs, GERESAs y DISAs.
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta del Producto se obtendrá mediante la suma de los siguientes sub productos: 5001503+5001505 Que corresponde a la suma de los subproductos de valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial de dos etapas de vida, de 30 a 59 años, y de 60 a más años.
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Personas mayores de 4 años que asisten a la EESS del primer nivel] --> B[Evaluación clínica de factores de riesgo] B -- (+) --> C[Laboratorio para diabetes e hipertensión] B -- (-) --> D[Educación y manejo de sobrepeso, obesidad, dislipidemias y otros factores de riesgo relacionados a los estilos de vida] C -- (+) --> E[Referencia para evaluación en EESS de mayor complejidad] C -- (-) --> D </pre>

Denominación del producto	Valoración Clínica y Tamizaje Laboratorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (3000015)

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Sobrepeso y Obesidad (XXXXX)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Población objetivo para enfermedades no transmisibles					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Hospitales Nacionales Establecimientos de Salud		/ Hospitales Regionales			
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de personas pobre y pobre extremo de 5 años a más con diagnóstico de sobrepeso u obesidad que recibe tratamiento para su enfermedad.					
Indicadores de desempeño del producto	Número de personas pobre y pobre extremo de 5 años a más con diagnóstico de sobrepeso u obesidad que recibe tratamiento para el control de su enfermedad/ Número de personas pobre y pobre extremo de 5 años a más con diagnóstico de sobrepeso u obesidad * 100					
Modelo operacional del producto						

Comentado [JRJF1]: Eliminar

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Sobrepeso y Obesidad (XXXXX)
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas al tratamiento y control de las personas con sobrepeso y obesidad, identificados en el tamizaje de factores de riesgo. Así como, estratificación del IMC y respectiva valoración antropométrica. Se brinda en establecimientos de salud con o sin población asignada de todas las categorías.
2. Organización para la entrega del producto	El Ministerio de Salud: Norma los procedimientos a realizar, especialmente a través de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente. - Las Direcciones Regionales: Planifican las actividades Redes y microredes: realizan las actividades programadas de la siguiente manera: El profesional de salud realiza la clasificación del paciente según su IMC. Este deriva al profesional médico para su evaluación en el primer nivel de atención. Este último realizará la valoración respectiva y lo tratará insistiendo en cambios en los estilos de vida controlando además factores de riesgo agregados y con una visión multiprofesional. Observará la necesidad de derivar al segundo o tercer nivel según situación clínica y comorbilidades o la necesidad de la intervención de otros profesionales de la salud. Sin perjuicio de lo previo, se persistirá en la intervención de cambios en los estilos de vida. El segundo o tercer nivel de atención valorará estudios complementarios y la intervención especializada y multiprofesional sin dejar de lado los cambios en los estilos de vida. Manejarán principalmente obesos mórbidos y obesos que no responden a los cambios en los estilos de vida realizados por un año. Asimismo, las actividades educativas a grupos de pacientes son realizadas en todos los niveles de complejidad por el personal capacitado.
3. Criterios de programación	Tratamiento y control de personas con sobrepeso con o sin comorbilidades. Al 20 %, priorizando a los niños y jóvenes. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida (actividad física, alimentación saludable, etc.). Programar al 30% de las personas con obesidad priorizando a los niños y jóvenes y en personas con obesidad IMC>40. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento especializado. Programar al 10% de los pacientes con obesidad. Se programa en Establecimientos de Salud del nivel II y III.
4. Método de agregación de actividades a producto	<i>La meta del Producto, en la DIRESA, se obtendrá mediante la suma de los siguientes sub productos:</i> Tratamiento y control de personas con sobrepeso con o sin comorbilidades + Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida + Tratamiento y control de personas con obesidad mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento especializado

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Sobrepeso y Obesidad (XXXXX)
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Evaluación en EE. SS.] --> B[Evaluación por profesional médico (Primer nivel)] B --> C[Cambios en el estilo de vida] C --> D[Intervención de otros profesionales de la salud] C --> E[Intervención familiar/comunidad] D --> F[Obesidad mórbida y obesos que no responden al tratamiento previo (un año)] E --> F F --> G[II-III nivel] </pre>

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Hipertensión Arterial (3000016)				
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con hipertensión arterial con énfasis en situación de pobreza y pobreza extrema				
Responsable del diseño del producto	Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.				
Responsable de la entrega del producto	Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales Establecimientos de Salud				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL
Indicador de producción física del producto	Número de Personas mayores de 29 años con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.				
Indicadores de desempeño del producto					
Modelo operacional del producto					

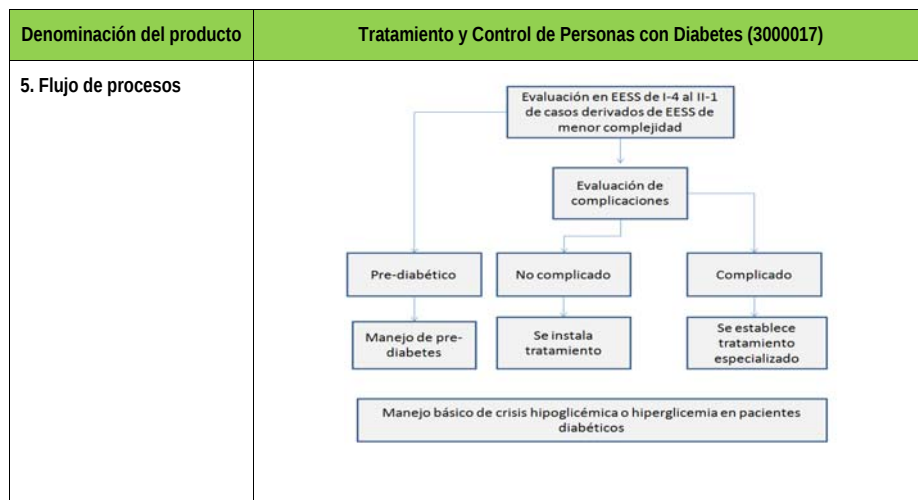
Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Hipertensión Arterial (3000016)
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas al tratamiento y control de personas con hipertensión arterial, identificados en el tamizaje de factores de riesgo. Así como, el tratamiento, estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de alto riesgo y no alto riesgo, organización de los pacientes, desarrollo de actividades educativas orientadas al mejor conocimiento y control de su enfermedad y, atención de eventos agudos en los diferentes niveles de complejidad. Para el caso del diagnóstico del daño en hipertensión arterial, en el primer nivel de atención el diagnóstico solo será definitivo, si es realizado por el profesional médico, caso contrario debe realizarse la referencia a un establecimiento de mayor complejidad, en donde se realizará el diagnóstico confirmatorio. Se brinda en establecimientos de salud con o sin población asignada de todas las categorías.
2. Organización para la entrega del producto	El Ministerio de Salud: Norma los procedimientos a realizar, especialmente a través de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente. - Las Direcciones Regionales: Planifican las actividades Redes y microredes: realizan las actividades programadas de la siguiente manera: Profesional médico realiza el diagnóstico de hipertensión arterial en el primer nivel de atención y refiere para la estratificación de riesgo cardiovascular al establecimiento de salud correspondiente, donde se clasifica como paciente de alto riesgo y paciente de no alto riesgo, retornando este último al primer nivel de atención para su tratamiento y control, mientras que el primero se queda en el segundo o tercer nivel de atención según corresponda. La atención de eventos agudos se realiza en los diferentes niveles de complejidad brindando la atención inmediata y referencia según corresponda. Así mismo las actividades educativas a grupos de pacientes son realizadas en todos los niveles de complejidad por el personal capacitado.
3. Criterios de programación	Manejo de emergencia o urgencia hipertensiva (5001601): Hasta el 5% del total de pacientes hipertensos de no alto riesgo con tratamiento en punto de oferta habilitado (establecimiento de salud). Se brinda en EE.SS con o sin población asignada de todas las categorías Manejo integral de personas con sobrepeso, dislipidemias, obesidad y otros factores de riesgo relacionados con los estilos de vida (5001602): Tomando como referencia el número total de personas con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorio, se programa hasta el 15% de esta cifra referencial. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Paciente hipertenso de no alto riesgo no controlado, que recibe tratamiento (5001603): del total de casos de pacientes hipertensos el 40%. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado que recibe tratamiento (5001604): del total de casos de pacientes hipertensos el 60%. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Pacientes con enfermedad cardiometabólica organizados que reciben educación para el control de la enfermedad (5001605): Considerar hasta doce (12) sesiones anuales por

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Hipertensión Arterial (3000016)
	grupo de hasta treinta (30) pacientes organizados. Se brinda en establecimientos de salud de las categorías I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, y excepcionalmente de las categorías III-1 y III-2. Pacientes hipertensos de alto riesgo (incluye diabéticos) con valoración especializada de riesgo cardiovascular (5001606): Hasta el 10% de pacientes hipertensos de no alto riesgo y de alto riesgo, atendidos en los Hospitales de categoría II-2, III-1 y III-2; o según tendencia en los últimos 3 años, incrementando hasta un 10% en relación al año anterior. Se brinda en establecimientos de salud sin población asignada de categoría II-2, III-1 y III-2 (de manera excepcional). Tratamiento especializado de evento vascular cerebral (5001607): Hasta el 5% de la suma de pacientes hipertensos y diabéticos que reciben tratamiento en los Hospitales de categoría III-2 o III-1; o según tendencia en los últimos 3 años, incrementando hasta un 5% en relación al año anterior. Se brinda en establecimientos de salud sin población asignada de categoría III-2 o III-1. Pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular (5001608): Programar al total (100%) de pacientes hipertensos de no alto riesgo y de alto riesgo del ámbito de influencia del EE.SS. Se brinda en establecimientos de salud sin población asignada de categoría II-1 o I-4 (de manera excepcional).
4. Método de agregación de actividades a producto	<i>La meta del Producto, en la DIRESA, se obtendrá mediante la suma de los siguientes sub productos:</i> 5001603 (paciente hipertenso de no alto riesgo no controlado, que recibe tratamiento) + 5001604 (Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado, que recibe tratamiento)

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Hipertensión Arterial (3000016)
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Evaluación en EESS de I-4 al II-1 de casos derivados de EESS de menor complejidad] --> B[Estratificación de riesgo cardiovascular] B --> C[No alto riesgo] B --> D[Alto riesgo (incluye diabéticos)] C --> E[No Alto riesgo no controlado] C --> F[No alto riesgo y controlado] E --> G[Se instala tratamiento] F --> H[Continúa tratamiento] D --> I[Se establece tratamiento especializado y manejo de emergencias o urgencias hipertensivas] </pre>

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Diabetes (3000017)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Personas con diabetes con énfasis en situación de pobreza y pobreza extrema					
Responsable del diseño del producto	Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.					
Responsable de la entrega del producto	Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de Personas mayores de 18 años con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.					
Indicadores de desempeño del producto						

Denominación del producto	Tratamiento y Control de Personas con Diabetes (3000017)
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Conjunto de actividades orientadas al tratamiento y control de diabetes a través de: el tratamiento integral de los factores de riesgo modificables identificados en las personas, el tratamiento de los pacientes con prediabetes y diabetes, la valoración periódica de sus complicaciones, y la atención de eventos agudos en los diferentes niveles de complejidad. Se brinda en establecimientos de salud con o sin población asignada de todas las categorías.
2. Organización para la entrega del producto	- El Ministerio de Salud: Norma los procedimientos a realizar, especialmente a través de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica, contextualizadas localmente. - Las Direcciones Regionales: Planifican las actividades - Redes y microredes: realizan las actividades programadas, de la siguiente manera: Profesional médico realiza el diagnóstico de Diabetes mellitus en el primer nivel de atención y refiere para la confirmación del diagnóstico y valoración de complicaciones al establecimiento de salud correspondiente, donde se clasifica como paciente complicado o no complicado, retornando este último al primer nivel de atención para su tratamiento y control, mientras que el primero se queda en el segundo o tercer nivel de atención según corresponda. La atención de eventos agudos se realiza en los diferentes niveles de complejidad brindando la atención inmediata básica y referencia según corresponda.
3. Criterios de programación	Manejo básico de crisis hipoglicémica o hiperglicémica en pacientes diabéticos (5001701): Hasta el 5% del total de pacientes diabéticos con tratamiento en el EE.SS. Se brinda en establecimientos de salud con o sin población asignada de todas las categorías. Paciente diabético no complicado con tratamiento (5001702): el 100% de pacientes que actualmente reciben tratamiento en el EE.SS. Para los casos nuevos esperados se considera hasta el 2% de los pacientes tamizados con factores de riesgo de la población mayor de 18 años. Se brinda en establecimientos de salud con población asignada. Paciente prediabético con tratamiento (5001703): Hasta 5% del total de pacientes diabéticos con tratamiento en el EE.SS. Se brinda en EE.SS con población asignada. Pacientes diabéticos con tratamiento especializado (5001704): Programar al 100% del total de pacientes que actualmente reciben tratamiento en EE.SS de las categorías II-2 y III-1. Pacientes con diagnóstico de diabetes y valoración de complicaciones (5001705): Programar al total (100%) de pacientes diabéticos complicados y no complicados en EE.SS sin población asignada de categoría II-1 o I-4 (excepcionalmente).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta del Producto se obtendrá mediante el sub producto: Paciente diabético no complicado con tratamiento (5001702) + 5001703 paciente prediabético con tratamiento



PROMOCIÓN DE LA SALUD

TABLA N° 10

TABLA N° 10.1 – MODELO OPERACIONAL DEL PRODUCTO

Denominación del producto	FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias de sectores priorizados de distritos con condiciones de riesgo de enfermedades no transmisibles					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 a I-4 Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas para promover prácticas y entornos saludables en enfermedades no transmisibles					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de Familias que reciben sesiones educativas y demostrativas para promover prácticas y entornos saludables en enfermedades no transmisibles					

Denominación del producto	FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Se refiere a aquellas familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo para enfermedades no transmisibles (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), con conocimientos para promover practicas (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la disminución de las enfermedades no transmisibles (Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular y metales pesados y otras sustancias químicas). Se realizan las siguientes actividades: Actividad 1: PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION Y DIABETES) Subfinalidad: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD BUCAL, que incluye las siguientes tareas: • 1° Sesión Educativa en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa: refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 1° Sesión Demostrativa en cepillado dental, uso de hilo dental y flúor, entre otros, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión demostrativa: refuerzo de la primera sesión demostrativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. Subfinalidad: FAMILIAS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EVITAR EXPOSICIÓN A METALES PESADOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS, que incluye las siguientes tareas: • 1° Sesión Educativa en limpieza de la vivienda, manejo de polvos, ropa de trabajo, almacenamiento y medidas preventivas para evitar la contaminación por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa: refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 1° Sesión demostrativa en alimentación y nutrición, lavado de manos, consumo de agua segura; limpieza de la vivienda, entre otros, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración. • 2° Sesión demostrativa: refuerzo de la primera sesión demostrativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. Subfinalidad: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA HTA Y DM, que incluye las siguientes tareas: • 1° Sesión Educativa en prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, evitar el consumo de alcohol y tabaco, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa en actividad física y refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 1° Sesión Demostrativa en prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración. • 2° Sesión Demostrativa en actividad física y medidas preventivas más refuerzo la primera sesión, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración. Subfinalidad: FAMILIAS DESARROLLAN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD OCULAR, que incluye las siguientes tareas: • 1° Sesión educativa en prácticas saludables para el cuidado integral de la salud ocular, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.

Denominación del producto	FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	2ª Sesión Educativa: Refuerzo la primera sesión, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. Las actividades del producto son realizadas por el personal de salud, en la vivienda de alguna de las familias, local comunal u otro que considere pertinente.
	Para la realización de estas actividades, la Red y/o microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: Promoción de prácticas saludables en Salud Bucal, Promoción de prácticas saludables en salud ocular, Medidas Preventivas para evitar la contaminación por Metales Pesados y otras sustancias químicas, y Promoción de prácticas saludables en alimentación y Nutrición Saludable, actividad física y medidas preventivas.
	Para el desarrollo de las actividades se utiliza los siguientes documentos normativos: - Programa de familias y Viviendas Saludables aprobada por RM 402-2006/MINSA - Guía de implementación del programa de Familias y Viviendas Saludables - Documento técnico Modelo de abordaje de promoción de la salud, acciones a desarrollar en el eje temático Salud mental, buen trato y cultura de paz.
2. Organización para la entrega del producto	- MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. - GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. - REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. - MICRORREDES: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. - Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles dirigidas a las familias.
3. Criterios de programación	100% de familias con niños (menores de 12 años), gestantes y adultos mayores (mayores de 60 años) de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos de riesgo de la salud bucal (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). 100 % de familias de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos en riesgo de exposición a Metales Pesados, metaloides y otras sustancias químicas (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). 100 % de familias de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos de riesgo de hipertensión arterial y diabetes mellitus (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). 100% de familias con niños (menores de 12 años) y adultos mayores (mayor de 60 años) de sectores priorizados (mapa de sectorización) de distritos de riesgo de la salud ocular (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces).
	Fuente de información para la programación: - Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización - Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) - Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscqi.exe)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad más relevante: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA HTA Y DM

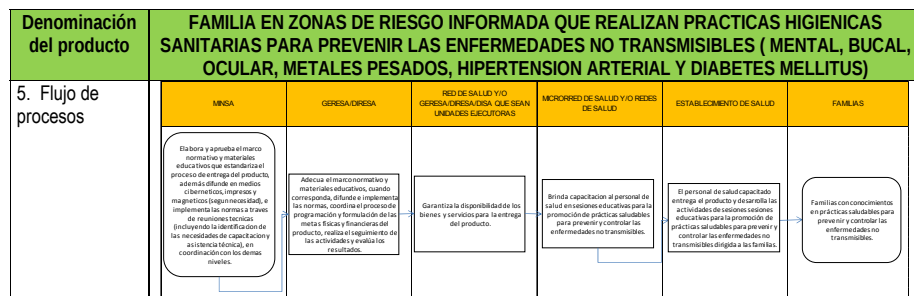


TABLA N° 10.2 – MODELO OPERACIONAL DEL PRODUCTO

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Consejo educativo institucional, docentes y APAFAs de las Instituciones Educativas de distritos con condiciones de riesgo enfermedades no transmisibles					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 a I-4 Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Instituciones Educativas con CONEI, docentes y APAFAs que participan en reuniones técnicas y de capacitación para promover prácticas y entornos saludables para disminuir las enfermedades no transmisibles					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de Instituciones Educativas con CONEI, docentes y APAFAs que participan en reuniones técnicas y de capacitación para promover prácticas y entornos saludables para disminuir las enfermedades no transmisibles					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Se considera una Institución educativa a los centros de educación básica regular estatal, que está registrada en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona. Esta puede ser del Nivel Inicial, Primario o Secundario y cuya comunidad educativa es conducida por el director y conformada por docentes, personal administrativo y de servicios, estudiantes, padres de familia y el Consejo educativo institucional (CONEI), los cuales se organizan, planifican y ejecutan acciones para promover prácticas y entornos saludables para fomentar el cuidado y el autocuidado de la salud mental, salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión y diabetes y exposición de metales pesados. Las actividades que se desarrollan en la institución educativa, incluyen la concertación, planificación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación. Se realizan las siguientes actividades: Actividad 1: PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS					

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS) Subfinalidad: INSTIT- EDUCATIVA CON CONEI QUE PROMUEVE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRANSMISIBLES, que incluye las siguientes tareas: • 01 Reunión de concertación con directivos, y responsables de áreas y programas de la Institución Educativa donde se establezcan acuerdos y articulen acciones para la promover el cuidado y el autocuidado de la salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión y diabetes y exposición de metales pesados, de 02 horas de duración; • 01 Reunión de incidencia con el CONEI para promover la participación de la comunidad educativa y monitorear el cumplimiento de las actividades programadas, de 02 horas de duración; • 01 Reunión para la elaboración de un plan de trabajo que incluyan actividades relacionadas a fomentar el cuidado y el autocuidado de la salud mental, salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión y diabetes y exposición de metales pesados, de 04 horas de duración; • 02 Visitas de asistencia técnica y acompañamiento a las actividades contenidas en el plan de trabajo utilizando las herramientas de monitoreo disponibles, de 02 horas de duración cada una. • 01 Reunión para evaluar del plan de trabajo a través de la aplicación de la matriz de evaluación de instituciones educativas saludables, de 04 horas de duración. Subfinalidad: DOCENTES DE INSTIT. EDUCATIVAS CAPACITADOS EN PROMOCION DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRANSMISIBLES, que incluye las siguientes tareas: • 01 taller de capacitación a docentes, de 12 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Promoción de Convivencia Saludable (06 horas), Módulo de Promoción de Convivencia Saludable para Líderes Escolares (06 horas) • 01 Taller de capacitación a docentes, de hasta 12 horas de duración en los siguientes módulos: Módulo de Promoción de Valores y Buen Trato (12 horas) • 01 Taller de Capacitación a docentes, de hasta 8 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Alimentación Saludable (04 horas), Módulo de Promoción de Actividad Física (02 horas); Módulo de Promoción del Agua Segura (2 horas) • 01 Taller de Capacitación a docentes, de hasta 6 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Promoción de la Salud Bucal (02 horas), Módulo de Promoción de Seguridad Vial (03 horas), Cartilla de Promoción de la Salud Ocular (01 hora) • 02 visitas de asistencia técnica y acompañamiento, de 02 horas de duración cada una. Subfinalidad: ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) PROMUEVEN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, que incluye las siguientes tareas: • 01 reunión educativa con el Consejo Directivo de la APAFA y los presidentes de comité de aula para la promoción de prácticas y entornos saludables en alimentación y nutrición, de 02 horas de duración. • 03 sesiones educativas a los miembros de la APAFA de la institución educativa en alimentación y nutrición saludable, lavado de manos e higiene oral, de 01 hora de duración cada una, en los siguientes temas: Sesión 1: Seguridad Vial, actividad física y salud ocular; Sesión 2: Convivencia saludable, valores y buen trato; Sesión 3: Alimentación saludables y salud bucal • 01 Reunión de Evaluación, para el caso de quioscos, la evaluación se realizará a través de la matriz de evaluación de quioscos saludables, de 04 horas de duración. • 01 sesión demostrativa con los expendedores de alimentos de la institución educativa en técnicas de manipulación, expendio de alimentos y preparación de refrigerios saludables, de

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	01 hora de duración. Se considera la institución educativa saludable aquella que alcanza el nivel de logro previsto o destacado en salud, de acuerdo a la Matriz de indicadores de Evaluación de Instituciones Educativas según la Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible aprobada con Resolución Ministerial 298-2011/MINSA. Las actividades de este producto son realizadas por el personal de salud, en el local de la Institución Educativa, local comunal u otros que se considere pertinente.
	Para la realización de estas actividades, la Red y/o microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: Guía técnica para la gestión de la promoción de la salud en las instituciones educativas para el desarrollo sostenible, convivencia saludable, en salud bucal – higiene oral, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, lavado de manos, consumo de agua segura y medidas preventivas para evitar la contaminación por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas.
	Para el desarrollo de las actividades se utiliza los siguientes documentos normativos: • RM 298-2011/MINSA Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible. • RM N° 111-2005/ MINSA: Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. • RM N° 720-2006/ MINSA Modelo de Abordaje en Promoción de la Salud. • Lista de alimentos saludables, aprobado con Resolución Ministerial N° 908-2012/MINSA
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras garantizan los bienes y servicios para la entrega del producto. Asimismo capacita al personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • MICRORRED DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud para el manejo de la Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible y en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Instituciones Educativas, para promover el cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: CONEI vigila la gestión de los procesos educativos. Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados al cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados en la diversificación curricular y sus proyectos educativos.
3. Criterios de programación	• 100% de las instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primario y secundario) de los distritos de riesgo, de acuerdo a la programación de distritos del producto de municipios saludables. • 50% de docentes de las instituciones educativas programadas. • 100% de las APAFAs de las instituciones educativas programadas.

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	Nota: Se debe programar en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables (Distrito de riesgo deben ser los mismos distritos que los programados para el producto Municipios Saludables)
	Fuente de información para la programación - Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización - Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) - Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la actividad más relevante: INSTIT- EDUCATIVA CON CONEI QUE PROMUEVE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRANSMISIBLES
5. Flujo de procesos	

TABLA N° 10.3 – MODELO OPERACIONAL DEL PRODUCTO

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Autoridades del Municipio: Alcalde y Gerentes Municipales, Concejo Municipal (Alcaldes y Regidores) y Comité Multisectorial de distrito con condiciones de riesgo de enfermedades no transmisibles					
Responsable del diseño del producto	Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: Establecimiento de Salud del Primer Nivel de Atención de categoría I-2, I-3 o I-4 que tenga el mayor nivel de complejidad (guarda relación estrecha con la categoría) en el distrito y/o se encuentre más cercano a la Municipalidad. En el caso que exista más de un Establecimiento de Salud con estas características se debe utilizar las 2 condiciones (categorización y cercanía). Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada. Para Gobierno Local: Municipalidades con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus).					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	- Número de Municipios que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación para promover prácticas y entornos saludables para disminuir las enfermedades no transmisibles - Número de Municipios con Programa de promoción de actividad física en espacios públicos					

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	en funcionamiento.
Indicadores de desempeño del producto	• Proporción de Municipios que participan en reuniones de abogacía, técnicas y de capacitación para promover prácticas y entornos saludables para disminuir las enfermedades no transmisibles • Proporción de Municipios con Programa de promoción de actividad física en espacios públicos en funcionamiento.
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	Es el municipio provincial o distrital que cuenta con un concejo municipal (Alcalde y Regidores) y comité multisectorial reconocido (con Ordenanza Municipal) informado, motivado y capacitado para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud; orientado a promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular y metales pesados y otras sustancias químicas); que planifica e implementa los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y el de alimentación saludable. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades: Actividad 1: ACCIONES DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS DE MUNICIPIOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Subfinalidad; MUNICIPIOS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (CONCEJO MUNICIPAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES) La Capacitación al Consejo Municipal incluye las siguientes tareas: • Visita de coordinación al alcalde o gerente de desarrollo social para programar reuniones con el concejo municipal distrital o provincial para informar, motivar y despertar interés frente al problema. • Reunión de abogacía con el Concejo Municipal provincial y distrital, para exponer el diagnóstico de la situación local actualizada sobre el problema de las enfermedades no transmisibles, plantear intervenciones efectivas de salud pública y establecer acuerdos y compromisos en el marco de su rol en la Gestión Municipal. • Reunión técnica con el concejo municipal para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial para promover e implementar prácticas y entornos saludables. Subfinalidad; MUNICIPIOS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (COMITÉ MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES) La capacitación al Comité Multisectorial consiste en: • Reunión de abogacía con el Comité Multisectorial, para presentar información actualizada sobre el problema de las enfermedades no transmisibles y establecer acuerdos y compromisos. • Taller de planificación participativa para planificar las actividades basadas en intervenciones efectivas priorizadas para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. • Taller de capacitación en generación de entornos saludables en agua y saneamiento, espacios públicos para promoción de la actividad física, quioscos y comedores saludables, limpieza y ordenamiento de la vivienda, Servicios de Salud. Reuniones de

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	monitoreo y seguimiento. • Reunión de evaluación de las actividades planificadas. Actividad 2: IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESPACIOS PUBLICOS. Es aquel Municipio provincial o distrital que ha conformado o reactivado el Comité Multisectorial, mediante una ordenanza municipal, y ha sido informado, motivado y capacitado por el personal de salud del establecimiento de salud para realizar las siguientes tareas: Subfinalidad: IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA EN ESPACIOS PUBLICOS • Implementación del Programa de Promoción de actividad física en espacios públicos: - 01 reunión con miembro del Comité Multisectorial para conformar su equipo de trabajo, el cual puede ser reconocido por Resolución de Alcaldía o Resolución de Gerencia Municipal. - 04 reuniones de planificación con miembros del Comité Multisectorial para selección del lugar, coordinaciones con la comunidad, plan de desvío vehicular, programación y relación de recursos necesarios para la implementación. - 01 reunión de trabajo con el Gerente de Desarrollo Social y el gerente de planificación o quien haga sus veces para programar los recursos acerca del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. - 01 reunión de capacitación al equipo operativo de la implementación del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. - 01 actividad de inauguración del programa de promoción de la actividad física, con participación de los integrantes del comité multisectorial y la población en general. • Funcionamiento del Programa de Promoción de actividad física en espacios públicos: - 12 fechas de Ciclovías Recreativas programadas continuas (como mínimo) en la extensión establecida, por cuatro horas continuas de duración solamente en días domingos, que integra las siguientes acciones: ✓ 01 espacio público (parque, plaza o loza deportiva) para promoción de la actividad física implementado en un mínimo de 45 minutos entre lunes a viernes. ✓ 05 módulos para promoción de la actividad física o recreativos implementados en un mínimo de 45 minutos dentro de la Ciclovía Recreativa en cada una de sus fechas. ✓ Integra en página web institucional un espacio para promoción de la actividad física con la programación de sus actividades. ✓ 01 reunión de coordinación inicial en cada fecha, para instrucciones del cierre de vías, esta reunión se desarrolla entre el coordinador del programa y su equipo de trabajo. ✓ 01 reunión de coordinación final en cada fecha, de evaluación de las incidencias o problemas encontrados durante el funcionamiento, esta reunión se desarrolla entre el coordinador del programa y su equipo de trabajo. - 01 reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial, el coordinador del programa y el Gerente de Desarrollo Social. Estas actividades son de responsabilidad de la Gerencia de Desarrollo Social o el Coordinador del Plan de Incentivos o el Gerente/Sub Gerente de Deportes o quien haga sus veces, el área responsable designa al coordinador para la implementación del programa. Subfinalidad: IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ALIMENTACION

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	SALUDABLE - Implementación del Programa de Alimentación Saludable: - 03 reuniones de planificación con miembros del Comité Multisectorial para selección del lugar, coordinaciones con las organizaciones y comerciantes de rubros de alimentación, programación y relación de recursos necesarios para la implementación. - 01 reunión de trabajo con el Gerente de Desarrollo Social y el gerente de planificación o quien haga sus veces para programar los recursos acerca del programa de alimentación saludable. - 01 actividad de inauguración del programa de alimentación saludable, con participación de los integrantes del comité multisectorial y la población en general. - 05 reuniones de capacitación a las organizaciones sociales de base, comités de vaso de leche, comedores populares, comerciantes de desayunos y restaurantes. - Funcionamiento del Programa de Alimentación Saludable: El programa cuenta con las siguientes acciones: - 12 ferias de alimentación saludable programadas (como mínimo) en espacio público seleccionado teniendo como temas centrales: loncheras saludables(06 fechas), desayunos saludables(03 fechas) y almuerzos saludables (03 fechas) solamente en días domingos por cuatro horas continuas, la cual contiene como mínimo: ✓ 03 espacios para muestra de alimentos saludables preparados acorde al tema central definido. ✓ 01 espacio para sesiones educativas de alimentación saludable. ✓ 01 espacio para sesiones demostrativas de alimentación saludable. ✓ 03 espacios de promoción y/o venta de productos naturales. ✓ 05 instituciones educativas fortalecidas en la implementación de quioscos saludables. ✓ 01 reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial, el coordinador del programa y el Gerente de Desarrollo Social. Estas actividades son de responsabilidad de la Gerencia de Desarrollo Social o el Coordinador del Plan de Incentivos o el Gerente de Sanidad o quien haga sus veces, el área responsable designa al coordinador para la implementación del programa. Para el desarrollo de las actividades se utiliza los siguientes documentos normativos: • RM 457-2005/MINSA. Programa de Municipios y Comunidades saludables. • Guía metodológica para la implementación de municipios saludables. DGPS-MINSA, 2006. • Decreto supremo de EF que presenta las metas para los gobiernos locales, de acuerdo a la clasificación de las municipalidades. • Criterios técnicos del Ministerio de Salud para la implementación del Programa de promoción de actividad física en espacios públicos. • Criterios técnicos del Ministerio de Salud para la implementación del Programa de alimentación saludable. • Ley orgánica de municipalidades, Ley N° 27972
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles y elabora los criterios técnicos para los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable y otras actividades intervenciones efectivas complementarias.

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
	• GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, brinda capacitación para la implementación, funcionamiento de los programas de promoción de actividad física en espacios públicos y alimentación saludable, uso de la información para el análisis y promover la orientación de recursos, y reporta al Ministerio de Salud. • Redes y Microrredes de salud: Brinda capacitación al personal de salud en temas de gestión territorial, determinantes sociales de la salud, políticas públicas (diseño, implementación y evaluación), orientación de la inversión pública e implementación y funcionamiento de los programas de promoción de actividad física en espacios públicos y alimentación saludable. Realiza monitoreo y seguimiento de las actividades en función a los criterios técnicos del Ministerio de Salud, verifica la implementación, funcionamiento de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y de alimentación saludables. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado promueve el funcionamiento de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable, a través de la capacitación a los actores locales, realiza sesiones demostrativas, educativas, de vigilancia y promueve la toma de decisiones. Gobierno local: Programa de promoción de actividad física en espacios públicos. • La Municipalidad designa al funcionario municipal responsable y aprueba el plan de trabajo mediante la Resolución de Alcaldía o Acuerdo de Concejo, para la implementación y funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos. • El equipo de trabajo (representantes de salud, comunidad y municipalidad) designa un coordinador que preside y con el apoyo del comité multisectorial elabora el plan de trabajo, ejecuta el plan de trabajo, monitorea y evalúa el funcionamiento de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos. • El alcalde emite informe a la DIRESA/GERESA acerca del funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos, de acuerdo a los criterios técnicos del MINSA. Programa de Alimentación Saludable. • La Municipalidad designa al funcionario municipal responsable y aprueba el plan de trabajo mediante la Resolución de Alcaldía o Acuerdo de Concejo, para la implementación y funcionamiento del programa de alimentación saludable. • El equipo de trabajo (representantes de salud, comunidad y municipalidad) con el apoyo del comité multisectorial elabora el plan de trabajo, ejecuta el plan de trabajo, monitorea y evalúa el funcionamiento del programa de alimentación saludable. • El alcalde emite informe a la DIRESA/GERESA acerca del funcionamiento del programa de alimentación saludable, de acuerdo a los criterios técnicos del MINSA.

Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)										
3. Criterios de programación	100% de Municipalidades con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). Programa de actividad física en espacios públicos - Con 12 fechas de Ciclovías Recreativas en funcionamiento acorde a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. Si se requieren más fechas se programará y suma la meta de la actividad. Programa de alimentación saludable - Con 12 ferias de alimentación saludable y 05 instituciones educativas fortalecidas para implementación de quioscos saludables acorde a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. Si se requieren más fechas o instituciones educativas se programará y suma la meta de la actividad.										
	Fuente de información para la programación: - Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/bibliotecaipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) - Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) - Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial - Base de datos de los Programas de promoción de la actividad física en espacios públicos implementados y en funcionamiento DGPS-MINSA.										
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad trazadora: MUNICIPIOS CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (para el Sector Salud) o de IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA EN ESPACIOS PUBLICOS (para los Gobiernos Locales)										
5. Flujo de procesos	<table><tr><th>MINSA</th><th>GERESA/DIRESA/DISA</th><th>MUNICIPALIDAD</th><th>RED DE SALUD</th><th>MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD</th></tr><tr><td>Elabora los criterios técnicos y capacita al equipo de la Diresa/Centros y las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.</td><td>Capacita al equipo de salud de redes, micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.</td><td>Alcalde y funcionarios capacitados invierte recursos y participa activamente en la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Envía a la Diresa/Centros con copia a la Red de Salud.</td><td>Capacita, monitorea al equipo de salud de micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable.</td><td>Promueve el programa de promoción de actividad física en espacios públicos y el programa de alimentación saludable, realiza actividades educativas y demostrativas para ambos programas y otras acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles.</td></tr></table>	MINSA	GERESA/DIRESA/DISA	MUNICIPALIDAD	RED DE SALUD	MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Elabora los criterios técnicos y capacita al equipo de la Diresa/Centros y las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.	Capacita al equipo de salud de redes, micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.	Alcalde y funcionarios capacitados invierte recursos y participa activamente en la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Envía a la Diresa/Centros con copia a la Red de Salud.	Capacita, monitorea al equipo de salud de micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable.	Promueve el programa de promoción de actividad física en espacios públicos y el programa de alimentación saludable, realiza actividades educativas y demostrativas para ambos programas y otras acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles.
MINSA	GERESA/DIRESA/DISA	MUNICIPALIDAD	RED DE SALUD	MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD							
Elabora los criterios técnicos y capacita al equipo de la Diresa/Centros y las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.	Capacita al equipo de salud de redes, micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Seguimiento y evaluación de la implementación.	Alcalde y funcionarios capacitados invierte recursos y participa activamente en la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable. Envía a la Diresa/Centros con copia a la Red de Salud.	Capacita, monitorea al equipo de salud de micronefes y establecimientos de salud y orienta a las municipalidades para la implementación del programa de promoción de actividad física en espacios públicos y del programa de alimentación saludable.	Promueve el programa de promoción de actividad física en espacios públicos y el programa de alimentación saludable, realiza actividades educativas y demostrativas para ambos programas y otras acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles.							

Metales Pesados

TABLA N° 10.4

Denominación del producto	TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADAS POR METALES PESADOS: (3043997)
Grupo poblacional que recibe el producto	Población de niños Menores de 12 años y gestantes.
Responsable del diseño del	Pliego 11 - Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de las Personas.

producto						
Responsable de la entrega del producto	Hospitales Nacionales / Hospitales Regionales Redes de Salud (UE) Establecimientos de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física del producto	Número de atenciones realizadas a personas afectadas por metales Pesados y otras sustancias químicas					
Indicadores de desempeño del producto						
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Es un conjunto de atenciones brindadas por el personal de salud capacitado en los EE.SS que comprenden desde el primer nivel de atención hasta el Tercer Nivel de Atención a las personas expuestas a metales pesados, en todas las etapas de vida (priorizando a niños y mujeres gestantes) a fuentes contaminantes (antropogénicas y/o naturales) para Plomo, Arsénico, Cadmio y Mercurio. Comprende: • Evaluación integral por el equipo básico y especializado en los distintos niveles de atención. • Tratamiento adecuado y oportuno en los diversos escenarios. • Identificación epidemiológica de zonas de riesgo y fuentes contaminación en coordinación con la DESA, DIGESA o quien haga sus veces en los EE.SS del primer nivel de atención. (I-1 al I-4).					
2. Organización para la entrega del producto	Ø En la jurisdicción de un EE.SS. siempre en cuando se encuentren fuentes contaminantes (antropogénicas y/o naturales) para Plomo, Arsénico, Cadmio o Mercurio debidamente documentada. Se brindan un conjunto de atenciones por el personal de salud capacitado del primer nivel de atención a las personas expuestas a metales pesados, (priorizando a niños y mujeres gestantes). Ø De esta atención las personas son evaluadas a través de una atención integral teniendo en cuenta dos (02) aspectos importantes; 1) el antecedente epidemiológico de exposición, 2) las manifestaciones clínicas compatibles con el metal (o metales) al cual se encuentra expuesto. Ø Identificado el caso probable se llevara a cabo la toma de muestra biológica para su análisis en el laboratorio toxicológico. Ø Con el informe del laboratorio toxicológica obtenido, se clasifican según categorías de exposición para el caso de plomo y/o procederá al manejo de acuerdo a las guías de práctica clínica aprobadas con RM N° 511-2007/MINSA, RM N° 389-2011/MINSA, RM N° 757-2013/MINSA para su respectivo tratamiento.					

3. Criterios de programación	Tamizaje, Evaluación y Diagnóstico Atención a las personas expuestas a metales pesados, en todas las etapas de vida (priorizando a niños y mujeres gestantes) a fuentes contaminantes (antropogénicas y/o naturales) para Plomo, Arsénico, Cadmio y Mercurio. 20% de la población urbana y 80% rural. Toma de Muestra De la población que ha recibido la atención médica integral en zona rural o urbana (según indica la subfinalidad anterior) considerar al 80% para dosaje de Plomo, Arsénico, Cadmio o Mercurio según corresponda por fuente de exposición identificada y documentada. Tratamientos y seguimiento 100% de los casos identificados como Confirmados.
4. Método de agregación de actividades a producto	La actividad más relevante: 44399701 - Evaluación Integral en el Primer de nivel de Atención a personas expuestas a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Caso Probable Toda persona con alguna manifestación clínica compatible (digestiva, respiratoria, renal, etc.) identificado por personal de salud más antecedente epidemiológico positivo.] --> B[Establecimiento I-1, I-2, I-3 y I-4 Manejo de pacientes en el primer nivel de atención según tiempo de Exposición a las personas identificados como probables. Brindándoles una atención integral, y referir a un E.E.S.S. del 2do o 3er nivel según capacidad resolutoria de ser necesario.] B --> C{Cumple} C -- Si --> D[Caso Probable de Intoxicación por Metales Pesados] C -- No --> E[Búsqueda otros agentes etiológicos] D --> F[Solicitar dosaje del metal pesado en sangre u Orina según sea el caso:] D --> G[Evaluación por especialidades según evolución clínica (Nefrología, Neurología, Traumatología) y brindar tratamiento.] D --> H[Notificación al nivel inmediato superior] D --> I[Notificar a la Unidad Orgánica de Epidemiología y Salud Ambiental para identificar la fuente de exposición y población expuesta] </pre>
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

SALUD BUCAL

TABAL N° 11

Denominación del producto	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA
Actividad 1	- Examen Estomatológico.
Actividad 2	- Instrucción de Higiene Oral.
Actividad 3	- Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales.
Actividad 4	- Aplicación de Sellantes.
Actividad 5	- Aplicación de Flúor Barniz.
Actividad 6	- Aplicación de Flúor Gel.
Actividad 7	- Profilaxis Dental.

Tabla N° 11.1 – Actividades del Producto 2

Denominación del producto	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA
Actividad 1	- Técnica de Restauración Atraumática (PRAT O TRA).
Actividad 2	- Raspaje Dental (Destartraje).
Actividad 3	- Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio.
Actividad 4	- Restauraciones Dentales con Resina.
Actividad 5	- Exodoncia Dental Simple.
Actividad 6	- Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales.
Actividad 7	- Consulta estomatológica.

Tabla N° 11.2 – Actividades del Producto 3

Denominación del producto	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA
Actividad 1	- Pulpotomía.
Actividad 2	-Pulpectomía.
Actividad 3	- Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Anteriores y Bicúspides (Endodoncia Uniradicular).
Actividad 4	-Rehabilitación Protésica.
Actividad 5	-Curetaje Subgingival Periodontal.
Actividad 6	-Fijación y/o Ferulización de Piezas Dentales con Resina Fotocurable.
Actividad 7	- Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Posteriores (Endodoncia Multiradicular)
Actividad 8	-Exodoncia Compleja.
Actividad 9	-Apexogénesis.
Actividad 10	-Apicectomía.
Actividad 11	-Frenectomía.
Actividad 12	-Apexificación.
Actividad 13	-Cirugía Periodontal.
Actividad 14	-Tratamiento con Aparatología Fija de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
Actividad 15	-Tratamiento con Aparatología Removible de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Promoción de la Salud

Tabla N° 11

TABLA N° 11.3 – ACTIVIDADES DE LOS PRODUCTOS	
Denominación del producto	FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Actividad 1	PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIO Y DIABETES)
	Subfinalidad: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD BUCAL
	Subfinalidad: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EVITAR EXPOSICION A METALES PESADOS Y SUSTANCIAS QUIMICAS
	Subfinalidad: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRAL Y PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS
	Subfinalidad: FAMILIAS DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD OCULAR

TABLA N° 11.4 – ACTIVIDADES DE LOS PRODUCTOS	
Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Actividad 1	PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS)
	Subfinalidad: INSTIT- EDUCATIVA CON CONEI QUE PROMUEVE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRASMISIBLES (4398901)
	Subfinalidad: DOCENTES DE INSTIT. EDUCATIVAS CAPACITADOS EN PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRASMISIBLES (4398902)
	Subfinalidad: ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) PROMUEVEN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (4398903)
	Subfinalidad: UNIVERSIDADES PROMUEVEN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TABLA N° 11.5 – ACTIVIDADES DE LOS PRODUCTOS	
Denominación del producto	MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL,BUCAL,OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Actividad 1	ACCIONES DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS DE MUNICIPIOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL)
	Subfinalidad: CONCEJO MUNICIPAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES.

	Subfinalidad: COMITE MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES.
Actividad 2	IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESPACIOS PÚBLICOS
	Subfinalidad: MUNICIPALIDAD IMPLEMENTA PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ESPACIOS PÚBLICOS.
	Subfinalidad: MUNICIPALIDAD IMPLEMENTA PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

Salud Bucal

TABLA N° 12

Denominación de la actividad	Examen Estomatológico (CDT- D0120)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Controlado - examen estomatológico. Se considera caso controlado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento clínico que consiste en la evaluación de las estructuras del sistema estomatognático, mediante la inspección, palpación, exploración, percusión y su relación con la salud general, incluye el registro del odontograma, riesgo de caries y plan de tratamiento. Se realiza cuando el paciente acude por primera vez. El segundo examen se registra cuando se ha culminado el plan de tratamiento.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II Y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	• 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Decision{Es Paciente Nuevo} Decision -- SI --> Examen1[1er Examen Evaluación del sistema estomatognático + Índice de Higiene Oral] Examen1 --> Registro1[1er Registro del Odontograma] Registro1 --> Riesgo[Determinar el Riesgo de Caries] Riesgo --> Plan[Elaborar el Plan de Tratamiento] Decision -- NO --> Examen2[2do Examen Evaluación del sistema estomatognático + Índice de Higiene Oral] Examen2 --> Registro2[2do Registro del Odontograma] Registro2 --> Alta[Alta Básica Odontológica] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Instrucción de Higiene Oral (CDT- D1330)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Controlado - instrucción de higiene oral. Se considera caso controlado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
	Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	Definición Operacional: Enseñanza de la técnica de higiene oral según habilidad y desarrollo del usuario externo; mediante el uso de cepillo, pasta e hilo dental, incluyen otros procedimientos complementarios tales como la determinación del índice de Higiene Oral Simplificado y la detección de placa bacteriana; Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo. Este procedimiento se realiza en el I, II y III nivel de atención. En la segunda sesión el índice de higiene oral debe haber disminuido.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en los 3 niveles de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 15 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Decision{Es Paciente Nuevo?} Decision -- SI --> Examen1[1er Examen: Evaluación del sistema estomatognático - Índice de Higiene Oral] Examen1 --> Registro1[1er Registro del Odontograma] Registro1 --> Rango[Determinar el Rango de Caries] Rango --> Plan[Elaborar el Plan de Tratamiento] Decision -- NO --> Examen2[2do Examen: Evaluación del sistema estomatognático - Índice de Higiene Oral] Examen2 --> Registro2[2do Registro del Odontograma] Registro2 --> AtaBasica[Ata Basica Odontologica] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales (CDT-D1310)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso controlado - asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales. Se considera caso controlado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición operacional: Asesoramiento en la selección de alimentos y hábitos dietéticos como parte de la prevención, tratamiento y el control de las enfermedades del sistema estomatognático.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 60% niños CRED menores de 5 años. • 30% de niños de 5 a 11 años población INEI. • 60% gestante de la Atención Prenatal Reenfocada. • Tendencia en la etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 10 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Decision{Es Paciente Nuevo?} Decision -- SI --> Examen1[1er Examen: Evaluación del sistema estomatognático - Índice de Higiene Oral] Examen1 --> Registro1[1er Registro del Odontograma] Registro1 --> Rango[Determinar el Rango de Caries] Rango --> Plan[Elaborar el Plan de Tratamiento] Decision -- NO --> Examen2[2do Examen: Evaluación del sistema estomatognático - Índice de Higiene Oral] Examen2 --> Registro2[2do Registro del Odontograma] Registro2 --> Acta[Acta Basica Odontológica] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Aplicación de Sellantes (CDT- D1351) (5000601)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso tratado - sellantes. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
	Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	Definición Operacional: Obliteración o cierre de fosas y fisuras profundas de las superficies dentarias de molares y premolares permanentes mediante materiales adhesivos, que luego permanecen adheridas al esmalte; constituyendo un procedimiento que evita la colonización bacteriana a fin de disminuir el acumulo de restos alimenticios y la proliferación de microorganismos causantes de la caries dental. Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en los 3 niveles de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 20 % de niños atendidos en el servicio de 5 a 11 años. • Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento = 20 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Seleccionar al paciente (fuerza y fuerza profunda)] --> B[Anular con tornadas de algodón la boca] B --> C[Secar las piezas dentarias] C --> D[Aplicar ácido próspero] D --> E[Colocar los sellantes en la pieza dentaria] E --> F[Control de la oclusión] F --> G[Recomendaciones] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Aplicación de Flúor Barniz (CDT - D1206) (5000602)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: caso tratado - flúor barniz. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Aplicación de flúor tópico en presentación de barniz, teniendo en cuenta el riesgo de caries, se coloca en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniendo la aparición de caries dental además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentinaria.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 30% de niños CRED de 6 meses a 5 años. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos					

4. Flujo de procesos	 <pre> graph TD A[Seleccionar al paciente (alto riesgo de caries)] --> B[Aislar con tornillos de algodón la boca] B --> C[Secar las piezas dentarias] C --> D[Aplicar el flúor] D --> E[Recomendaciones] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Aplicación de Flúor Gel (CDT -D1204) (5000603)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: caso tratado - flúor gel. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Aplicación tópica en presentación gel fosfato acidulado o gel neutro, teniendo en cuenta el riesgo de caries, se coloca en la superficie dentaria para favorecer su remineralización previniendo la aparición de caries dental además de favorecer el tratamiento de la sensibilidad dentinaria.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I,II y III de atención . La frecuencia de topicación depende del riesgo de caries.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 80 % de niños atendidos en el servicio de Odontología de 6 a 11 años. • 60% de gestantes atendidas en el servicio. ▣ Tendencia etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 15 minutos.					

4. Flujo de procesos	 <pre> graph TD A[Seleccionar al paciente (alto riesgo de caries)] --> B[Secar las piezas dentarias] B --> C[Colocar las cubetas con fluor gel en boca] C --> D[Recomendaciones] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Profilaxis Dental (CDT - D1110) (5000606)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: caso controlado con profilaxis dental. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Pulido de la superficies dentarias con instrumental rotatorio de baja velocidad para eliminar Biofilm (placa bacteriana) y pigmentación superficial.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▣ 30% niños CRED de 3 a 5 años. ▣ 80% de niños atendidos en el servicio de Odontología de 6 a 11 años. ▣ 60% de gestante atendidas en el servicio. ▣ Tendencia etapa de vida adulto mayor. ▣ Frecuencia = 2 veces al año. ▣ Rendimiento = 15 minutos.					

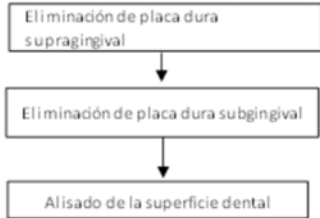
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Eliminación de la placa bacteriana] --> B{Tiene manchas extrínsecas} B -- SI --> C[Eliminación de las manchas extrínsecas] B -- NO --> E[Pulido superficial con esmalte de goma] C --> E E --> F[Pulido final y fluoros con esmalte] F --> G[Recomendaciones] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 01
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Tabla N° 12 - Actividad 01 del Producto 2

Denominación de la actividad	Técnica de Restauración Atraumática (CDT - E1352)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - técnica de restauración atraumática. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento preventivo-restaurador, mínimamente invasivo, utilizando únicamente instrumentales manuales, y en la restauración de la cavidad con un material restaurador adhesivo, el cemento ionómero de vidrio.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en las categorías de establecimientos de salud I-1, I-2, I-3 y I-4. Este procedimiento se realizará de manera extra mural de acuerdo a las consideraciones técnicas establecidas para su ejecución.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • En niños de 6 a 11 años, según tendencia de los 3 últimos años. • Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento = 20 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Aislamiento del campo operatorio] --> B[Examen de la cavidad del diente] B --> C[Acceso a la lesión cariosa] C --> D[Remoción de la dentina blanda] D --> E[Acondicionamiento de la cavidad] E --> F[Restauración de la cavidad con ionómero de vidrio] F --> G[Eliminación de exesos de material] G --> H[Control de oclusión] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad		Raspaje Dental (Destartraje Dental) (CDT - E1311)				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Raspaje Dental Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Eliminación de la placa bacteriana dura o calcificada supra e infra gingival adherida a las superficies dentarias (tártaro) y el alisado de las mismas, realizándose en forma manual o mecánica.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • 60% de gestantes atendidas en el servicio de odontología. • Tendencia en la etapa de vida Adulto Mayor. • Frecuencia = 2 veces al año. • Rendimiento = 20 minutos					

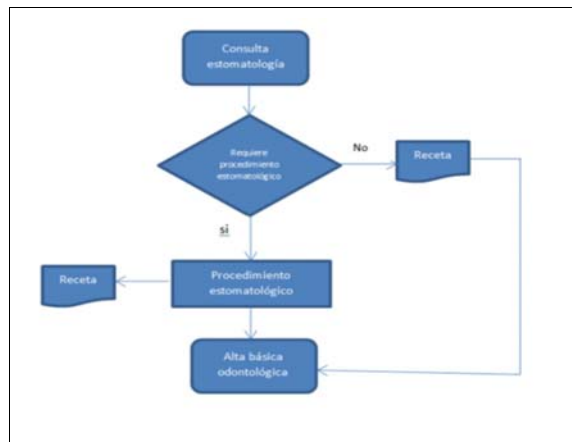
4. Flujo de procesos	 <pre> graph TD A[Eliminación de placa dura supragingival] --> B[Eliminación de placa dura subgingival] B --> C[Alisado de la superficie dental] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Debridación de los Procesos Infecciosos Bucodentales Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Evacuación de fluidos y secreción purulenta puede ser necesaria la incisión a través de mucosa e instalación de dren; incluye el tratamiento antibiótico respectivo.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento = 20 minutos					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta odontológica] Consulta --> Examen[Examen diagnóstico] Examen --> Diagnostico[Diagnóstico de acuerdo a la estructura] Diagnostico --> Plan[Plan de tratamiento] Plan --> Frecuencia[Determinación de la frecuencia de atención] Frecuencia --> Dolor1{¿Presencia de dolor o infección?} Dolor1 -- No --> Ambulatorio[Tratamiento ambulatorio] Ambulatorio --> Reevaluacion[Reevaluación definitiva] Reevaluacion --> Fin1([Fin]) Dolor1 -- Sí --> Cirugia[Exclusión activa o cirugía] Cirugia --> Dolor2{¿Presencia de dolor o infección?} Dolor2 -- No --> Fin1 Dolor2 -- Sí --> ReevaluacionPost[Reevaluación postoperatoria] ReevaluacionPost --> Fin1 </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Consulta Estomatológica					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Consulta Estomatológica Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
1. Definición operacional	Modelo operacional de la actividad Procedimiento clínico de evaluación de las estructuras del Sistema Estomatognático en relación a la salud general, de acuerdo al motivo de consulta, cuya solución es ambulatoria, estableciendo el diagnóstico (con o sin ayuda de exámenes auxiliares), terapia medicamentosa y referencia si fuese necesario. Consulta Estomatológica Especializada (CDT - D0160) Consulta Estomatológica No Especializada (CDT - D0140)					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ☐ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ☐ Frecuencia = 1 vez al año. ☐ Rendimiento = 20 minutos.					

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt

Ver Anexo 02

6. Listado de insumos

Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad		Exodoncia Simple				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – exodoncia simple Se considera caso tratado cuando se realiza la actividad (Exodoncia Simple) a dos piezas dentarias al año.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Consiste en la remoción quirúrgica de la pieza dentaria afectada en su vitalidad, función y capacidad de restaurar con la finalidad de desfocalizar y disminuir la patogenicidad que afecta a la cavidad bucal y salud general. - Extracción de restos coronales (CDT -D7111) - Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (CDT- D7140)					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▣ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▣ Frecuencia = 2 piezas dentarias distintas al año. ▣ Rendimiento = 20 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Caso] --> B[Consulta odontológica] B --> C[Evaluación radiográfica] C --> D[Diagnóstico de piezas deciduas y piezas permanentes a restaurar] D --> E[Retiro anestésico y antiséptico de las piezas] E --> F[Colocación simple] F --> G{Paciente en condiciones de salir a casa?} G -- Si --> H[Remoción de Protector] G -- No --> I[Fin] H --> I </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Restauraciones dentales con ionómero de vidrio					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio Se considera caso tratado cuando se realiza la actividad (Restauraciones Dentales con Ionómero de Vidrio) a tres piezas dentarias al año.					
	Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	Definición Operacional: Consiste en la restauración de la superficie de la estructura dentaria de piezas deciduas con el fin de devolver la función masticatoria mediante la utilización de ionómero de vidrio fotopolimerizable o autopolimerizable. Restauración con ionómero de vidrio fotocurable en una superficie dentaria (primaria o permanente) (CDT - E2395) - Restauración con ionómero de vidrio fotocurable en dos superficies dentarias (primaria o permanente) (CDT - E2396) - Restauración con ionómero de vidrio fotocurable en tres superficies dentarias (primarias o permanentes) (CDT - E2397) - Restauración con ionómero de vidrio autocurable en una superficie dentaria (primarias o permanentes) (CDT - E2398) - Restauración con ionómero de vidrio autocurable en dos superficies dentarias (primarias o permanentes) (CDT - E2399) - Restauración con ionómero de vidrio autocurable en tres superficies dentarias (primarias o permanentes) (CDT - E2400)					

2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: • Según tendencia en las etapas de vida niño. • Frecuencia = 3 piezas dentarias distintas al año. • Rendimiento= 20 minutos.
4. Flujo de procesos	 <pre> graph TD A[Examen de la cavidad del diente] --> B[Acceso a la lesión cariosa] B --> C[Remoción del tejido cariado] C --> D[Aislamiento del campo operatorio] D --> E[Acondicionamiento de la cavidad] E --> F[Restauración de la cavidad con ionómero de vidrio] F --> G[Eliminación de exesos de material] G --> H[Control de oclusión] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Restauraciones Dentales con Resina					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – restauraciones dentales con resina Se considera caso tratado cuando se realiza la actividad (Restauraciones Dentales con Resina) a cuatro piezas dentarias al año.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Se considera restauración de la estructura dentaria de piezas deciduas o permanentes con el fin de devolver la función masticatoria, mediante la utilización de resina fotopolimerizable o autopolimerizable.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ☐ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ☐ Frecuencia = 4 piezas dentarias distintas al año. ☐ Rendimiento= 20 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Examen de la cavidad del diente] --> B[Acceso a la lesión] B --> C[Remoción de tejido cariado] C --> D[Aislamiento del campo operatorio] D --> E[Acondicionamiento de la cavidad] E --> F[Colocación de la resina] F --> G[Eliminación de excesos de material] G --> H[Control de la oclusión] H --> I[Pulido de la superficie restaurada] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Actividades de Atención Estomatológica Especializada

Denominación de la actividad	Pulpotomía (CDT - D3220)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	x	GL	x
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – Pulpotomía Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimientos quirúrgico de excisión de la pulpa cameral y la aplicación de un medicamento, en piezas dentarias posteriores con el propósito de mantener la vitalidad; con el fin de mantener la pieza dentaria, la función masticatoria y la estética.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Es realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Odontopediatría asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Tendencia etapa de vida niño. ▮ Frecuencia = 2 piezas dentarias distintas al año. ▮ Rendimiento = 60 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Examen[Examen estomatológico] Examen --> Evaluación[Evaluación radiográfica] Evaluación --> Diagnostico[Diagnostico de caries de la dentina profunda] Diagnostico --> Pulpotomía[Pulpotomía] Pulpotomía --> Restauración[Restauración dental] Restauración --> fin([fin]) Pulpotomía --> Receta[Receta antiinflamatorios] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Pulpectomía					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	x	GL	x
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – Pulpectomía Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Consiste en la extirpación de la pulpa coronal y radicular de piezas deciduas, luego se obtura con una pasta a base de hidróxido de calcio u óxido de zinc. - Pulpectomía Anterior Diente Deciduo (CDT - D3230) - Pulpectomía Posterior Diente Deciduo (CDT - D3240)					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Odontopediatría asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en la etapa de vida niño ▮ Frecuencia = 2 piezas dentarias distintas al año.					

	⌚ Rendimiento = 60 minutos.
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Examen[Examen estomatológico] Examen --> Evaluación[Evaluación radiográfica] Evaluación --> Diagnostico[Diagnostico de patología pulpar] Diagnostico --> Decision{Probabilidad de tratamiento de conducto} Decision -- no --> exodoncia[exodoncia] Decision -- si --> Pulpectomia[Pulpectomía] Pulpectomia --> Restauración[Restauración dental] Restauración --> fin([fin]) Pulpectomia -.-> Receta[Receta antibióticos] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Anteriores y Bicúspides					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	x	GL	x
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Anteriores y Bicúspides. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico de remoción total del tejido pulpar vital o necrosado en dientes permanentes con una sola raíz para recibir el material obturador definitivo.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Cariología y endodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 1 pieza dentaria al año.					

	▮ Rendimiento = 90 minutos tratamiento concluido.
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta y diagnóstico] Consulta --> Examen[Examen clínico] Examen --> Analisis[Análisis de la oclusión] Analisis --> Plan[Plan de tratamiento] Plan --> Tratamiento[Tratamiento] Tratamiento --> Completado{¿Se completó el tratamiento?} Completado -- No --> Plan Completado -- Sí --> Evaluacion[Evaluación] Evaluacion --> Seguimiento[Seguimiento] Seguimiento --> Fin([Fin]) </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Rehabilitación Protésica					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado con Rehabilitación Protésica Se considera caso tratado cuando se realiza la actividad (Rehabilitación Protésica) una vez al año. Para el cumplimiento de la actividad se realiza una prótesis dental o ambas prótesis de acuerdo a la necesidad del paciente.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Es la rehabilitación de las estructuras perdidas de la cavidad bucal para devolver la estética y función de la capacidad masticatoria de la población adulto mayor, mediante la confección de prótesis parcial o total removible de estructura acrílica o metal.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista o Especialista en Rehabilitación asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: Según tendencia en las etapa de vida adulto mayor. • Frecuencia = 1 vez al año. • Rendimiento = 7 sesiones de 30 min. Total = 210 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta Externa (Atención de pacientes)] Consulta --> Condicion{¿En qué condición se encuentra?} Condicion --> Relativas[Condiciones Relativas] Condicion --> Optimas[Condiciones Óptimas] Condicion --> Absolutas[Condiciones Absolutas] Relativas --> PruebasGen[Pruebas Genéticas del Mieloma] PruebasGen --> Cuantificacion[Cuantificación] Cuantificacion --> InspeccionEstatica[Inspección Estática] Optimas --> InspeccionEstatica InspeccionEstatica --> EIAPI1[EIAPI: Censos Individuales] EIAPI1 --> InspeccionFuncional[Inspección Funcional] InspeccionFuncional --> EIAPI2[EIAPI: Neutrofilos Relativos] EIAPI2 --> RepeticionIntensiva[Repetición Intensiva] RepeticionIntensiva --> EIAPI3[EIAPI: Anticuerpos] EIAPI3 --> PruebasBase[Pruebas de Base y Derivados] PruebasBase --> EIAPI4[EIAPI: Anticuerpos] EIAPI4 --> InspeccionProgreso[Inspección de Progreso] InspeccionProgreso --> PruebasComp1[Pruebas Complementarias] PruebasComp1 --> EIAPI5[EIAPI: Neutrofilos] EIAPI5 --> PruebasComp2[Pruebas Complementarias] PruebasComp2 --> Satisfecho{¿Paciente Satisfecho con Prueba?} Satisfecho -- No --> PruebasComp2 Satisfecho -- Sí --> Fin([Fin]) Absolutas --> InspeccionCond[Inspección sobre Condición] InspeccionCond --> Fin </pre>	
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 03	
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos	

Denominación de la actividad		Curetaje Subgingival (CDT - E4130)					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)		GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física		Unidad de medida: Caso Tratado - Curetaje Subgingival Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
		Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional		Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico de debridamiento y resección del tejido epitelial de la bolsa periodontal y del tejido conectivo subyacente infiltrado e inflamado, el cual usualmente es efectuado bajo anestesia local y por medio de una cureta periodontal, incluye alisado radicular.					
2. Organización para la ejecución de la actividad		Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en periodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación		Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento=120 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD A[Anestesia infiltrativa o troncular] --> B[Eliminación de cálculo supragingival] B --> C[Eliminación de bolsas periodontales] C --> D[Alisado radicular] D --> E[Colocación de apósito] </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Fijación y/o Ferulización de Piezas Dentales con Resina Fotocurable					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Ferulización Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Inmovilización de las piezas dentarias afectadas por traumatismo (luxación, avulsión), traumas oclusales o enfermedad periodontal, mediante el empleo de métodos y aparatos que lo fijen.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento= 60 minutos.					

4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta endodóntica] Consulta --> Examen[Examen radiográfico] Examen --> Diagnostico[Diagnóstico: Tratamiento o Extracción] Diagnostico --> Plan[Plan de endodoncia y extracción] Plan --> Anestesia[Anestesia] Anestesia --> Dec1{¿Presencia o ausencia de tejido endodóntico?} Dec1 -- Si --> Tratamiento[Tratamiento endodóntico] Tratamiento --> Obturacion[Obturación definitiva] Obturacion --> Fin1([Fin]) Dec1 -- No --> Extraccion[Extracción simple o complexa] Extraccion --> Dec2{¿Presencia o ausencia de tejido pulpar?} Dec2 -- Si --> Parodontacion[Parodontación preventiva] Parodontacion --> Fin1 Dec2 -- No --> Fin1 </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Posteriores					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Terapia Endodóntica en Piezas Dentarias Posteriores. Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico de remoción total del tejido pulpar vital o necrosado en dientes permanentes con más de un conducto, con la consiguiente descontaminación, desinfección (en los casos de necrosis) y conformación de los conductos radiculares para recibir el material obturador definitivo conservando la pieza dentaria, la función masticatoria y estética.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Cariología y endodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo, en el I, II y III nivel de atención.					

3. Criterios de programación	Criterio de Programación: - Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. - Frecuencia = 1 vez al año. - Rendimiento = 120 minutos total.
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta odontológica] Consulta --> Examen[Examen radiográfico] Examen --> Diagnostico[Diagnóstico de Patología, etapa 1] Diagnostico --> Plan[Plan de tratamiento y extracción] Plan --> Decision1{¿Hay presencia de patologías de carácter de urgencia?} Decision1 -- No --> Exodoncia1[Exodoncia] Decision1 -- Si --> Decision2{¿Hay dolor intenso?} Decision2 -- No --> Exodoncia2[Exodoncia] Decision2 -- Si --> Tratamiento[Tratamiento endodóntico] Exodoncia1 --> Exodoncia3[Exodoncia de producto] Exodoncia2 --> Exodoncia3 Tratamiento --> Exodoncia4[Exodoncia de producto] Exodoncia3 --> Exodoncia5[Exodoncia de producto] Exodoncia4 --> Exodoncia5 Exodoncia5 --> Fin([Fin]) </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

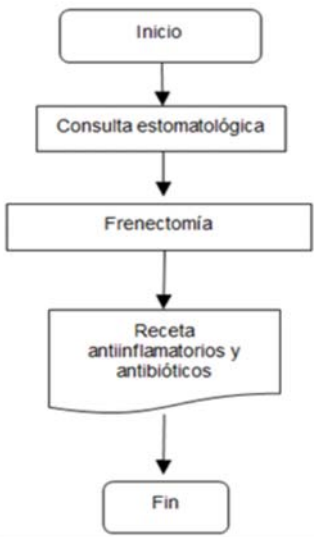
Denominación de la actividad	Exodoncia Compleja					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado – Exodoncia Compleja Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico de remoción de la pieza dentaria afectada en su vitalidad, función y capacidad de restaurar y que además presenta alguna de las siguientes condiciones: impactadas, retenidas o semiretenida, incluidas, supernumerarios, desvitalizadas, malformaciones radiculares, hipercementosis, anquilosis, giro versiones, osteoporosis, apiñamientos que alteran la función masticatoria, y estética o forman focos sépticos, con la finalidad de desfocalizar y disminuir la patogenicidad que afecta la cavidad bucal y salud general. Para su exodoncia es necesario realizar osteotomía y colgajo periodontal.					

2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Cirugía Máxilo Facial asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo realizado en el I, II y III nivel de atención.
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: □ Según tendencia en las etapas de vida niño, gestante y adulto mayor. □ Frecuencia = 1 vez al año. □ Rendimiento = 60 minutos.
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta odontológica] Consulta --> Examen[Examen radiográfico] Examen --> Diagnostico[Diagnóstico de Pericúbito (DUP) / pericúbito, pericúbito o infección] Diagnostico --> Recepcion[Recepción odontológica / atención a la necesidad] Recepcion --> ExamenClinico[Examen clínico] ExamenClinico --> Decision{¿Existe el crecimiento de tejido pulpa?} Decision -- Si --> Reparacion[Reparación pulpa] Decision -- No --> Fin([Fin]) Reparacion --> Fin </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

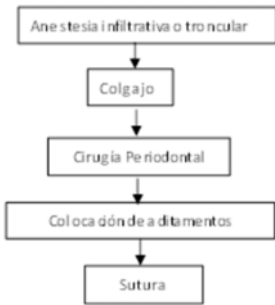
Denominación de la actividad	Apexogénesis					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Apexogénesis Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
	Modelo operacional de la actividad					

1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico que consiste en creación de un entorno para que la pulpa dental pueda continuar con su formación apical y lateral de la raíz; Esto involucra una remoción de la pulpa coronal afectada pero permite que la pulpa sana remanente lleve a un desarrollo y formación apical normal.
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Odontopediatría, Cariología y endodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo realizado en el I, II y III nivel de atención.
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: - Según tendencia en las etapas de vida niñas y gestantes atendidas en el servicio de odontología. - Frecuencia = 1 vez al año. - Rendimiento= 100 minutos.
4. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Examen[Examen estomatológico] Examen --> Evaluacion[Evaluación radiográfica] Evaluacion --> Diagnostico[Diagnostico de patología pulpar] Diagnostico --> Preservacion{Preservación de estructura de conducto} Preservacion -- NO --> TerapiaEndo1[Terapia endodóntica] Preservacion -- SI --> PuntaRaiz{¿punta de raíz madura?} PuntaRaiz -- NO --> TerapiaEndo2[Terapia endodóntica] PuntaRaiz -- SI --> Apicectomia[Apicectomía] Apicectomia --> Receta[Receta antiinflamatorios] TerapiaEndo1 --> Obstruccion[Obstrucción del conducto radicular] Apicectomia --> Obstruccion Obstruccion --> Restauracion[Restauración definitiva] Restauracion --> Fin([Fin]) </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

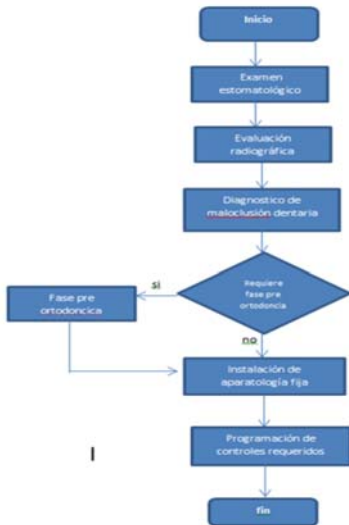
Denominación de la actividad	Apicectomía					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Apicectomía					

Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Frenectomía Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.
Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Definición Operacional: Es el retiro quirúrgico del frenillo (lingual o labial) en casos en que ésta sea la causa de las dificultades de succión (dificultad de amamantamiento), deglución, fonética, inadecuada posición y alineación de los dientes ó problemas de desarrollo de los maxilares.
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialista en Odontopediatría, Cirugía Bucal Máxilo Facial asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en la etapa de vida niño. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento= 60 minutos.
4. Flujo de procesos	 <pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Consulta[Consulta estomatológica] Consulta --> Frenectomia[Frenectomía] Frenectomia --> Receta[/Receta antiinflamatorios y antibióticos/] Receta --> Fin([Fin]) </pre>
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos

Denominación de la actividad	Apexificación					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Apexificación Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Procedimiento quirúrgico de exéresis de la pulpa coronal y desinfección de la porción radicular de piezas permanentes jóvenes con diagnóstico de necrosis pulpar con incompleto desarrollo radicular, para su posterior relleno con una pasta a base de Hidróxido de calcio a fin de inducir la cierre apical o formación de una barrera apical calcificada y de ésta manera conservar la pieza dentaria, la función masticatoria y estética.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista capacitado o especialistas en Odontopediatría, Cariología endodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en las categorías de establecimientos de salud I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2.					
3. Criterios de programación	- Según tendencia en la etapa de vida niño. - Frecuencia = 1 vez al año. - Rendimiento= 100 minutos.					
4. Flujo de procesos	<pre>graph TD Inicio([Inicio]) --> ExamenEstomatologico[Examen estomatológico] ExamenEstomatologico --> ExamenRadiografico[Examen radiográfico] ExamenRadiografico --> Diagnostico[Diagnostico de patología pulpar] Diagnostico --> Posibilidad{Posibilidad de tratamiento de pulpa} Posibilidad -- NO --> TerapiaEndodoncia[Terapia endodóncia] Posibilidad -- SI --> CierreDental{¿cierre dental natural?} CierreDental -- NO --> TerapiaEndodoncia CierreDental -- SI --> Apexificacion[Apexificación] Apexificacion --> RestauracionDefinitiva1[Restauración definitiva] RestauracionDefinitiva1 --> Fin([Fin]) TerapiaEndodoncia --> ObtencionConducto[Obtención del conducto radicular] ObtencionConducto --> RestauracionDefinitiva2[Restauración definitiva] RestauracionDefinitiva2 --> Fin</pre>					
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02					
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos					

Denominación de la actividad	Cirugía Periodontal					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: Caso Tratado - Cirugía Periodontal Se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento quirúrgico a nivel del tejido periodontal de las pieza dental afectada logrando mantener y recuperar la estabilidad de los tejidos periodontales y arquitectura periodontal, manteniendo la pieza dentaria, y la función masticatoria y estética; en caso de la gestante se logra disminuir el riesgo del parto prematuro, aborto, bajo peso al nacer y preclampsia. Las técnicas de cirugía incluyen raspado cerrado, gingivoplastia, varias técnicas de colgajos, cirugía ósea, regeneración tisular guiada y según el caso implantes.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista o especialista en periodoncia asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▣ Según tendencia en las etapas de vida gestante y adulto mayor. ▣ Frecuencia = 1 vez al año. ▣ Rendimiento= 60 minutos.					
4. Flujo de procesos	 <pre>graph TD; A[Anestesia infiltrativa o troncular] --> B[Colgajo]; B --> C[Cirugía Periodontal]; C --> D[Colocación de alfileres]; D --> E[Sutura];</pre>					
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02					
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos					

Denominación de la actividad	Tratamiento con Aparatología Fija de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN		GR	X	GL	X

(Marque con un aspa)						
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad. Se considera caso tratado cuando se cumple la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Procedimiento Clínico que emplea aparatología fija de manera temporal a los dientes para corregir anomalías de posición dentaria o de los maxilares mejorando la función masticatoria, oclusión y estética. Lo que se busca con este tipo de aparatología, es el control individual de la dentición del paciente en los tres planos del espacio, de ahí la necesidad de una unión sólida y exacta entre el diente que recibe la fuerza y el aparato que la produce.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista o especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar, Odontopediatría asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en etapa de vida niño. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento = 240 minutos. ▮ Considerar los controles dependiendo de la clasificación de la Mal oclusión y la necesidad de tratamiento.					
4. Flujo de procesos	 <pre>graph TD Inicio([Inicio]) --> Examen[Examen estomatológico] Examen --> Evaluación[Evaluación radiográfica] Evaluación --> Diagnostico[Diagnostico de maloclusión dentaria] Diagnostico --> Decision{Requiere fase pre ortodoncia} Decision -- si --> FasePre[Fase pre ortodoncia] Decision -- no --> Instalación[Instalación de aparatología fija] FasePre --> Instalación Instalación --> Programación[Programación de controles requeridos] Programación --> fin([fin])</pre>					
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02					
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos					

Denominación de la actividad	Tratamiento con Aparatología Removible de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN		GR	X	GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	Unidad de medida: se considera caso tratado cuando se cumple con la frecuencia establecida de la actividad.					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Definición Operacional: Procedimiento Clínico que emplea aparatología removible de manera temporal empleado en la dentición temporal y mixta para provocar cambios histológicos en los tejidos del órgano masticatorio a través de estímulos mecánicos sobre dientes y periodonto a fin de corregir anomalías de posición dentaria o de los maxilares con el fin de mejorar la función masticatoria, oclusión y estética.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	Realizado por el Cirujano Dentista o especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar, Odontopediatría asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo asistido por la Asistente Dental y/o de personal de apoyo en el I, II y III nivel de atención.					
3. Criterios de programación	Criterio de Programación: ▮ Según tendencia en la etapa de vida niño. ▮ Frecuencia = 1 vez al año. ▮ Rendimiento = 240 minutos. ▮ Considerar los controles dependiendo de la clasificación de la Mal oclusión y la necesidad de tratamiento.					
4. Flujo de procesos	<pre>graph TD Inicio([Inicio]) --> Examen[Examen extraoral y clínico] Examen --> Evaluacion[Evaluación radiográfica] Evaluacion --> Diagnostico[Diagnóstico de maloclusión dentaria] Diagnostico --> Decision{¿Requiere fase pre ortodondica?} Decision -- SI --> FasePre[Fase pre ortodondica] FasePre --> Instalacion[Instalación de aparatología removible] Decision -- NO --> Instalacion Instalacion --> Programacion[Programación de controles requeridos] Programacion --> Fin([fin])</pre>					
5. Diagrama de Gantt	Ver Anexo 02					
6. Listado de insumos	Ver Estructura de Costos					

Promoción de la Salud

Tabla N° 12

TABLA N° 12.1 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD						
Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION Y DIABETES) Subfinalidad: FAMILIAS QUE DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES EN SALUD BUCAL					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida a las familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo de enfermedades de salud bucal (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la mejora de la salud bucal, en temas como: cepillado de dientes, uso del hilo dental y flúor, consumo de alimentos no cariogénicos y acciones preventivas en salud bucal como evaluaciones periódicas de la cavidad oral, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal u otro que considere pertinente.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 1° Sesión Educativa en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa: refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 1° Sesión Demostrativa en cepillado dental, uso de hilo dental y flúor, entre otros, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión demostrativa: refuerzo de la primera sesión demostrativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • Redes de Salud y GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. • MICRORREDES DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las					

	actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles dirigidas a las familias.																																																
3. Criterios de programación	100% de familias con niños (menores de 12 años), gestantes y adultos mayores (mayores de 60 años) de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos de riesgo de la salud bucal (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Para obtener el número de Familias se estima dividiendo la población total ente 4.5 (composición de familia según ENAHO 2012-INEI) o en el caso de Familias con gestante/niño/adolescente/joven/adulto/adulto mayor se estima por ejemplo que para obtener el número de Familias con adolescente es equivalente al mismo número de adolescentes (un adolescente es equivalente a una familia con adolescente).																																																
	Fuente de información para la programación: - Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización - Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) - Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/coqnos/cqi-bin/ppdsqci.exe).																																																
4. Flujo de procesos	Opcional																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr><tr><td>02 Sesión Educativa en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal</td><td>Reunión</td><td>2</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>02 Sesión Demostrativa en cepillado dental, uso de hilo dental y flúor</td><td>Reunión</td><td>2</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	02 Sesión Educativa en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud	X			X									02 Sesión Demostrativa en cepillado dental, uso de hilo dental y flúor	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud		X			X							
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																		
02 Sesión Educativa en alimentos no cariogénicos y medidas preventivas y en salud bucal	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud	X			X																																										
02 Sesión Demostrativa en cepillado dental, uso de hilo dental y flúor	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud		X			X																																									
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																

TABLA N° 12.2 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION Y DIABETES) Subfinalidad: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EVITAR EXPOSICION A METALES PESADOS Y SUSTANCIAS QUIMICAS					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					

Modelo operacional de la actividad	
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida a las familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo de exposición a metales pesados y sustancias químicas (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la disminución de la exposición a metales pesados y sustancias químicas, en temas como: higiene personal, lavado de manos, consumo de agua segura, alimentación y nutrición que incorpore la ingesta adecuada de hierro, calcio, vitamina C y vitamina A, limpieza de la vivienda y medidas preventivas para evitar la contaminación por metales pesados y sustancias químicas, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal u otro que considere pertinente.
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 1° Sesión Educativa en limpieza de la vivienda, manejo de polvos, ropa de trabajo, almacenamiento y medidas preventivas para evitar la contaminación por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa: refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 1° Sesión demostrativa en alimentación y nutrición, lavado de manos, consumo de agua segura; limpieza de la vivienda, entre otros, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración. • 2° Sesión demostrativa: refuerzo de la primera sesión demostrativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD - GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. • MICRORREDES: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles dirigidas a las familias.
3. Criterios de programación	• 100 % de familias de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos en riesgo de exposición a Metales Pesados, metaloides y otras sustancias químicas (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Para obtener el número de Familias se estima dividiendo la población total ente 4.5 (composición de familia según ENAHO 2012-INEI) o en el caso de Familias con gestante/niño/adolescente/joven/adulto/adulto mayor se estima por ejemplo que para obtener el número de Familias con adolescente es equivalente al mismo número de adolescentes (un adolescente es equivalente a una familia con adolescente).
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización • Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) • Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa - HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/coqnos/cqi-bin/ppdscqi.exe).

4. Flujo de procesos	Opcional															
5. Diagrama de Gantt	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	02 Sesión Educativa: En limpieza de la vivienda, manejo de polvos, ropa de trabajo, almacenamiento y medidas	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud	X			X								
	02 Sesión demostrativa: en alimentación y nutrición, Lavado de manos; Consumo de agua	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud		X			X							
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.															

TABLA N° 12.3 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD						
Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION Y DIABETES) Subfinalidad: FAMILIAS CON PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD INTEGRAL Y PREVENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida a las familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la disminución de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, en temas como la alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, actividad física y medidas preventivas para evitar el riesgo de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal u otro que considere pertinente.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: 1° Sesión Educativa en prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, evitar el consumo de alcohol y tabaco, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. 2° Sesión Educativa en actividad física y refuerzo de la primera sesión educativa, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. 1° Sesión Demostrativa en prácticas saludables en alimentación y nutrición enfatizando en el consumo de frutas y verduras, consumo bajo de sal, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración. 2° Sesión Demostrativa en actividad física y medidas preventivas más refuerzo la primera sesión, a un grupo máximo de 15 familias, de 03 horas de duración.					

2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. • MICRORREDES: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles dirigidas a las familias.																																																																																
3. Criterios de programación	• 100 % de familias de los sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos de riesgo de hipertensión arterial y diabetes mellitus (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Para obtener el número de Familias se estima dividiendo la población total ente 4.5 (composición de familia según ENAHO 2012-INEI) o en el caso de Familias con gestante/niño/adolescente/joven/adulto/adulto mayor se estima por ejemplo que para obtener el número de Familias con adolescente es equivalente al mismo número de adolescentes (un adolescente es equivalente a una familia con adolescente).																																																																																
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización • Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) • Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/pdscqi.exe).																																																																																
4. Flujo de procesos	Opcional																																																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MA R</th><th>ABR</th><th>MA Y</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AG O</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NO V</th><th>DIC</th></tr><tr><td>01 Sesión Educativas : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Sesión Educativa: Actividad física y medidas preventivas</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MA R	ABR	MA Y	JUN	JUL	AG O	SEP	OCT	NO V	DIC	01 Sesión Educativas : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X												01 Sesión Educativa: Actividad física y medidas preventivas	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		X											01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			X										01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				X								
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MA R	ABR	MA Y	JUN	JUL	AG O	SEP	OCT	NO V	DIC																																																																		
01 Sesión Educativas : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X																																																																													
01 Sesión Educativa: Actividad física y medidas preventivas	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		X																																																																												
01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			X																																																																											
01 Sesión Demostrativa : Prácticas Saludables en alimentación y nutrición	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				X																																																																										
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																																

TABLA N° 12.4 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD						
Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS EN FAMILIAS EN ZONAS DE RIESGO PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSIO Y DIABETES) Subfinalidad: FAMILIAS DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD OCULAR					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la	GN	X	GR	X	GL	

actividad						
Unidad de medida del indicador de producción física	FAMILIA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida a las familias de sectores priorizados (mapa de sectorización) de los distritos con población en riesgo de enfermedades oculares (priorizando familias con algún miembro con factor de riesgo), la cual consiste en realizar sesiones educativas a un grupo máximo de 15 familias para promover prácticas (conducta saludable: conocimientos, actitudes y prácticas) y entornos (con énfasis en vivienda) saludables para contribuir a la mejora de la salud ocular, en temas como: la detección temprana de errores refractivos y cataratas, entre otros. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la vivienda de alguna de las familias, en el local comunal u otro que considere pertinente.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 1° Sesión educativa en prácticas saludables para el cuidado integral de la salud ocular, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración. • 2° Sesión Educativa: Refuerzo la primera sesión, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. • MICRORREDES DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud en sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de sesiones educativas para la promoción de prácticas saludables para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles dirigidas a las familias.					
3. Criterios de programación	• 100% de familias con niños (menores de 12 años) y adultos mayores (mayor de 60 años) de sectores priorizados (mapa de sectorización) de distritos de riesgo de la salud ocular (determinado por las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Para obtener el número de Familias se estima dividiendo la población total ente 4.5 (composición de familia según ENAHO 2012-INEI) o en el caso de Familias con gestante/niño/adolescente/joven/adulto/adulto mayor se estima por ejemplo que para obtener el número de Familias con adolescente es equivalente al mismo número de adolescentes (un adolescente es equivalente a una familia con adolescente).					
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización • Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) • Reportes epidemiológicos y/o estadísticos o Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cqi-bin/ppdscqi.exe).					

4. Flujo de procesos	Opcional															
5. Diagrama de Gantt	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	01 Sesión educativa en prácticas saludables para el cuidado integral de la salud ocular	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X											
	01 Sesión Educativa: Refuerzo la primera sesion	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		X										
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.															

TABLA N° 12.5 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS) Subfinalidad: INSTIT- EDUCATIVA CON CONEI QUE PROMUEVE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRASMISIBLES (4398901)				
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL
Unidad de medida del indicador de producción física	INSTITUCION EDUCATIVA				
Modelo operacional de la actividad					
1. Definición operacional	Se considera una Institución educativa a los centros de educación básica regular estatal, que está registrada en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona. Esta puede ser del Nivel Inicial, Primario o Secundario. Esta actividad está dirigida a los directivos, responsables de áreas y programas y al Consejo Educativo Institucional (CONEI) de la institución educativa, quienes realizarán acuerdos y elaborarán un plan de trabajo que permita promover prácticas y entornos saludables para para el cuidado y el autocuidado de la salud bucal, salud ocular y salud mental, así como la promoción de la salud en Hipertensión arterial y Diabetes mellitus y exposición a metales pesados y sustancias químicas. La actividad consiste en incorporar la promoción de la alimentación y nutrición saludable en la gestión pedagógica a través de la diversificación curricular y el desarrollo de proyectos educativos; así como en la gestión institucional mediante un proyecto educativo institucional y un plan de trabajo anual. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en el local de la Institución Educativa, local comunal u otros que se considere pertinente.				
Tareas	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 01 Reunión de concertación con directivos, y responsables de áreas y programas de la Institución Educativa donde se establezcan acuerdos y articulen acciones para la promover el cuidado y el autocuidado de la salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión y diabetes y exposición de metales pesados, de 02 horas de duración; • 01 Reunión de incidencia con el CONEI para promover la participación de la comunidad educativa y monitorear el cumplimiento de las actividades programadas, de 02 horas de duración; • 01 Reunión para la elaboración de un plan de trabajo que incluyan actividades relacionadas a fomentar el cuidado y el autocuidado de la salud mental, salud bucal, salud ocular, así como la prevención de hipertensión y diabetes y exposición de metales pesados, de 04 horas de duración; • 02 Visitas de asistencia técnica y acompañamiento a las actividades contenidas en el plan de trabajo utilizando las herramientas de monitoreo disponibles, de 02 horas de duración cada una.				

	• 01 Reunión para evaluar del plan de trabajo a través de la aplicación de la matriz de evaluación de instituciones educativas saludables, de 04 horas de duración. En caso de tener más de un nivel educativo en un mismo local, las acciones de gestión se realizarán con los directivos y Consejo Educativo Institucional (CONEI) de la Institución Educativa Integrada (concertación e incidencia). Las reuniones de elaboración del plan de trabajo, de asistencia técnica y acompañamiento, y evaluación se realizarán por nivel educativo. * Esta tarea deberá desarrollarse durante los meses de octubre y noviembre del año anterior para que las acciones puedan ser plasmadas en los documentos de gestión de la institución educativa (Proyecto Educativo Institucional, Plan Anual de Trabajo, Programación Curricular del Aula).
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras garantizan los bienes y servicios para la entrega del producto. Asimismo capacita al personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • MICRORRED DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud para el manejo de la Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible y en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Instituciones Educativas, para promover el cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: CONEI vigila la gestión de los procesos educativos. Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados al cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados en la diversificación curricular y sus proyectos educativos.
3. Criterios de programación	• 100% de las instituciones educativas estatales (integradas o del nivel inicial, primario y secundario) de los distritos de riesgo de enfermedades no transmisibles. Nota: Esta actividad se programará en correspondencia con la programación del producto Municipios Saludables (Distrito con población en riesgo deben ser los mismos distritos que los programados para la actividad de Concejo Municipal/Comité Multisectorial)
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización • Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
4. Flujo de procesos	Opcional

5. Diagrama de Gantt

Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
01 Reunión de Concertación con directivos, y responsables de áreas y	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X											
01 Reunión de incidencia con el CONEI para promover la participación de la comunidad educativa	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X											
01 Reunión para la elaboración de un plan de trabajo	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X											
01 Visita de monitoreo a las actividades contenidas en el plan de trabajo	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			X									
01 Visita de monitoreo a las actividades contenidas en el plan de trabajo	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud						X						
01 Reunión de Evaluación	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud												X

6. Listado de insumos

Según listado de insumos establecido.

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS) Subfinalidad: DOCENTES DE INSTIT. EDUCATIVAS CAPACITADOS EN PROMOCION DE PRÁCTICAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENF. NO TRANSMISIBLES (4398902)					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	DOCENTE					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida al director y personal docente de servicio de la institución educativa. Esta actividad consiste en realizar sesiones educativas para fortalecer las capacidades que permitan promover prácticas y entornos saludables para para el cuidado y el autocuidado de la salud bucal, salud ocular y salud mental, así como la promoción de la salud en Hipertensión arterial y Diabetes mellitus y exposición a metales pesados y sustancias químicas. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en la institución educativa o en los espacios de la comunidad.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 01 taller de capacitación a docentes, de 12 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Promoción de Convivencia Saludable (06 horas), Módulo de Promoción de Convivencia Saludable para Líderes Escolares (06 horas) • 01 Taller de capacitación a docentes, de hasta 12 horas de duración en los siguientes módulos: Modulo de Promoción de Valores y Buen Trato (12 horas) • 01 Taller de Capacitación a docentes, de hasta 8 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Alimentación Saludable (04 horas), Módulo de Promoción de Actividad Física (02 horas); Módulo de Promoción del Agua Segura (2 horas) • 01 Taller de Capacitación a docentes, de hasta 6 horas de duración, en los siguientes módulos: Módulo de Promoción de la Salud Bucal (02 horas), Módulo de Promoción de Seguridad Vial (03 horas), Cartilla de Promoción de la Salud Ocular (01 hora) • 02 visitas de asistencia técnica y acompañamiento, de 02 horas de duración cada una.					

2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras garantizan los bienes y servicios para la entrega del producto. Asimismo capacita al personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • MICRORRED DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud para el manejo de la Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible y en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Instituciones Educativas, para promover el cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: CONEI vigila la gestión de los procesos educativos. Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados al cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados en la diversificación curricular y sus proyectos educativos.																																																																																																																
3. Criterios de programación	• 50% de docentes de las instituciones educativas programadas.																																																																																																																
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización • Padrón de Instuciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)																																																																																																																
4. Flujo de procesos	Opcional																																																																																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr><tr><td>01 taller de capacitación a docentes</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Taller de capacitación a docentes</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Taller de Capacitación a docentes</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Taller de Capacitación a docentes</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 visita de asistencia técnica y acompañamiento</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 visita de asistencia técnica y acompañamiento</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	01 taller de capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud	X												01 Taller de capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X										01 Taller de Capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud				X									01 Taller de Capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud					X								01 visita de asistencia técnica y acompañamiento	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud						X							01 visita de asistencia técnica y acompañamiento	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud										X		
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																																																																		
01 taller de capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud	X																																																																																																													
01 Taller de capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X																																																																																																											
01 Taller de Capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud				X																																																																																																										
01 Taller de Capacitación a docentes	Taller	1	Jefe/Equipo de salud					X																																																																																																									
01 visita de asistencia técnica y acompañamiento	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud						X																																																																																																								
01 visita de asistencia técnica y acompañamiento	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud										X																																																																																																				
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																																																																

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS) Subfinalidad: ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) PROMUEVEN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	APAFA					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está dirigida a los padres, madres, tutores y/o cuidadores de los escolares de la institución educativa. Consiste en realizar reuniones para fortalecer capacidades que permitan implementar prácticas y entornos saludables para para el cuidado y el autocuidado de la salud bucal, salud ocular y salud mental, así como la promoción de la salud en Hipertensión arterial y Diabetes mellitus y exposición a metales pesados y sustancias químicas. Esta actividad es realizada por el personal de salud capacitado, en el local de la institución educativa.					
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: • 01 reunión educativa con el Consejo Directivo de la APAFA y los presidentes de comité de aula para la promoción de prácticas y entornos saludables en alimentación y nutrición, de 02 horas de duración. • 03 sesiones educativas a los miembros de la APAFA de la institución educativa en alimentación y nutrición saludable, lavado de manos e higiene oral, de 01 hora de duración cada una, en los siguientes temas: Sesión 1: Seguridad Vial, actividad física y salud ocular; Sesión 2: Convivencia saludable, valores y buen trato; Sesión 3: Alimentación saludables y salud bucal • 01 Reunión de Evaluación, para el caso de quioscos, la evaluación se realizará a través de la matriz de evaluación de quioscos saludables, de 04 horas de duración. • 01 sesión demostrativa con los expendedores de alimentos de la institución educativa en técnicas de manipulación, expendio de alimentos y preparación de refrigerios saludables, de 01 hora de duración.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • REDES DE SALUD- GERESA/DIRESA/DISA que sean unidades ejecutoras garantizan los bienes y servicios para la entrega del producto. Asimismo capacita al personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal. • MICRORRED DE SALUD: Brinda capacitación al personal de salud para el manejo de la Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas para el desarrollo sostenible y en los módulos educativos relacionados al programa presupuestal.					

	• ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Instituciones Educativas, para promover el cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: CONEI vigila la gestión de los procesos educativos. Los docentes incluyen los contenidos temáticos relacionados al cuidado y autocuidado de la salud bucal, salud ocular, alimentación y nutrición saludable, higiene, promover la actividad física; y la prevención de enfermedades transmisibles (Hipertensión y diabetes) y la contaminación por metales pesados en la diversificación curricular y sus proyectos educativos.																																																																																																																
3. Criterios de programación	• 100% de las APAFAs de las instituciones educativas programadas. Nota: Para la programación de las APAFAs se debe realizar la equivalencia con la unidad de medida "PADRES", es decir, la unidad de medida "PADRES" equivale a una APAFAs.																																																																																																																
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización • Padrón de Instuciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)																																																																																																																
4. Flujo de procesos	Opcional																																																																																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr><tr><td>01 reunión de incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 sesión educativa Seguridad Vial, actividad física y salud ocular.</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 sesión educativa Convivencia saludable, valores y buen trato.</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 sesión educativa Alimentación saludables y salud bucal</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>01 Reunión de Evaluación</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr><tr><td>01 sesión demostrativa con los expendedores de alimentos</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	01 reunión de incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X												01 sesión educativa Seguridad Vial, actividad física y salud ocular.	Taller	1	Jefe/Equipo de salud		X											01 sesión educativa Convivencia saludable, valores y buen trato.	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X										01 sesión educativa Alimentación saludables y salud bucal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				X									01 Reunión de Evaluación	Taller	1	Jefe/Equipo de salud												X	01 sesión demostrativa con los expendedores de alimentos	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud						X						
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																																																																		
01 reunión de incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X																																																																																																													
01 sesión educativa Seguridad Vial, actividad física y salud ocular.	Taller	1	Jefe/Equipo de salud		X																																																																																																												
01 sesión educativa Convivencia saludable, valores y buen trato.	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X																																																																																																											
01 sesión educativa Alimentación saludables y salud bucal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud				X																																																																																																										
01 Reunión de Evaluación	Taller	1	Jefe/Equipo de salud												X																																																																																																		
01 sesión demostrativa con los expendedores de alimentos	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud						X																																																																																																								
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																																																																

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DE LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	PROMOCION DE PRACTICAS SALUDABLES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (SALUD MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HTA Y DIABETES MELLITUS) Subfinalidad: UNIVERSIDADES PROMUEVEN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	UNIVERSIDAD					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Esta actividad está orientadas a impulsar la organización del Comité de Gestión de la universidad para la promoción de prácticas y entornos saludables en alimentación, nutrición y actividad física; conducentes a mejorar los hábitos alimentarios, como parte de un estilo de vida saludable, la modulación del expendio de productos alimentarios en el campus					

	universitario y la mejora de las condiciones del entorno para el desarrollo de la actividad física y el deporte, con el propósito de contribuir a la disminución de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Está dirigida a la comunidad universitaria conformada por las autoridades, docentes, alumnos y personal administrativo. Es realizada por el personal de salud, en el local de la universidad u otro espacio de la comunidad.
	El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas: -Identificación de líderes universitarios para conformación del Comité de Gestión. -01 reunión de abogacía y conformación del Comité de Gestión, la cual tendrá una duración de 2 horas. -01 reunión para la elaboración del instrumento de línea de base que identificará necesidades de promoción de la Alimentación Saludable y la Actividad Física, la cual tendrá una duración de 4 horas. -01 reunión de elaboración del plan de promoción de la salud, que contenga el componente de la Alimentación Saludable y la Actividad Física, la cual tendrá una duración de 4 horas. - 01 Asistencia técnica al comité de gestión de la universidad, la cual tendrá una duración de 2 horas. -02 reuniones anuales de evaluación de logros en promoción de la Alimentación Saludable y la Actividad Física, cada reunión tendrá una duración de 2 horas. - 01 Reunión de abogacía con los decisores de las universidades para generar la incorporación progresiva de contenidos en la malla curricular y/o realizar cursos, seminarios, diplomas en temas relacionados a la Alimentación Saludable y Actividad Física, la cual tendrá una duración de 2 horas. - 01 Reunión de abogacía con los docentes universitarios para generar la incorporación progresiva de contenidos de contenidos en el plan de estudios y/o incentivar investigaciones en temas relacionados a la Alimentación Saludable y Actividad Física, la cual tendrá una duración de 2 horas. - 01 Reunión de asistencia técnica con decisores de las universidades para impulsar el cumplimiento de los compromisos asumidos, la cual tendrá una duración de 2 horas.
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega de la actividad, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecúa el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto. Asimismo capacita al personal de salud en el Documento Técnico Promoviendo Universidades Saludables. • Redes de Salud: participa en la implementación de las intervenciones. • Universidad: Comité de Gestión de la universidad planifica y gestiona la promoción de prácticas y entornos saludables en alimentación, nutrición y actividad física.
3. Criterios de programación	100% de las universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables del ámbito de la RED de salud. Fuente de información para la programación: • Listado de Universidades reconocidas por la Asamblea Nacional de Rectores. • Listado de Universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables. • Listado de Universidades adscritas a la Red de Universidades Saludables que

	incorporan en la malla curricular y/o planes de estudios contenidos de promoción de la salud sexual y reproductiva.
4. Flujo de procesos	Opcional
5. Diagrama de Gantt	Opcional
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	ACCIONES DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS DE MUNICIPIOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL) Subfinalidad: CONCEJO MUNICIPAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCION ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	MUNICIPIO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	El personal de salud de la Red de Salud y/o microred informará, motivará y capacitará a los integrantes del concejo municipal para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud; orientado a promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular y metales pesados y otras sustancias químicas); incluye la planificación e implementación de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y el de alimentación saludable. La Capacitación al Concejo Municipal incluye las siguientes tareas: • 01 visita de coordinación para programar una reunión con el concejo municipal distrital o provincial para informar, motivar y despertar interés frente al problemas de las enfermedades no trasmisibles, de 02 horas de duración. • 01 reunión de abogacía con el Concejo Municipal provincial y distrital, conducido por el jefe del establecimiento de salud, para exponer el diagnóstico de la situación local actualizada sobre el problema de las enfermedades no trasmisibles en el distrito o provincia y plantear intervenciones efectivas de salud pública orientadas a promover prácticas y entornos saludables para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles y establecer acuerdos y compromisos en el marco de su rol en la Gestión Municipal, de 04 horas de duración, en el local de la municipalidad • 01 reunión técnica con el Concejo Municipal para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial reconocido con Ordenanza Municipal, que permita promover e implementar prácticas y entornos saludables, abordando los determinantes sociales de la salud, para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no trasmisibles de 04 horas de duración, en un ambiente de la municipalidad.					

2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles y elabora los criterios técnicos para la implementación de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, brinda capacitación para la implementación de los programas de promoción de actividad física en espacios públicos y alimentación saludable. • Redes y Microredes de salud: Brinda capacitación al personal de salud en temas de gestión territorial y determinantes sociales de la salud asociados a enfermedades no transmisibles, políticas públicas (diseño, implementación y evaluación), orientación de la inversión pública. Realiza monitoreo y seguimiento de las actividades realizadas por los Municipios en la implementación de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable en función de los criterios técnicos del Ministerio de Salud. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega la actividad y desarrolla las reuniones técnicas y de capacitación dirigido al Consejo Municipal, para promover prácticas y generar entornos saludables para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles. Promueve el funcionamiento de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable, participa en su equipo de trabajo, realiza sesiones educativas y demostrativas relacionadas a actividad física y alimentación saludable, analiza la información y promueve la toma de decisiones.																																																																
3. Criterios de programación	• 100% de los Concejos Municipales de los distritos con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Tomar como referencia: Distrito de riesgo cuando haya un número igual o mayor a cincuenta (50) casos de enfermedades hipertensivas o diez (10) casos de Diabetes Mellitus, en el año inmediatamente anterior (Fuente HIS), o de acuerdo al Análisis Situacional de Salud (ASIS) de cada distrito o provincia.																																																																
4. Flujo de procesos	Opcional																																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr><tr><td>Visita de coordinación a la Municipalidad</td><td>Visita</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión de abogacía con el Concejo Municipal</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión técnica con el Concejo Municipal</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Visita de coordinación a la Municipalidad	Visita	1	Jefe/Equipo de salud	x												Reunión de abogacía con el Concejo Municipal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		x											Reunión técnica con el Concejo Municipal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			x									
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																		
Visita de coordinación a la Municipalidad	Visita	1	Jefe/Equipo de salud	x																																																													
Reunión de abogacía con el Concejo Municipal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud		x																																																												
Reunión técnica con el Concejo Municipal	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud			x																																																											
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD						
Denominación de la actividad	ACCIONES DIRIGIDAS A FUNCIONARIOS DE MUNICIPIOS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL) Subfinalidad: COMITE MULTISECTORIAL CAPACITADO PARA PROMOVER PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO Y PREVENCION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	MUNICIPIO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	El personal de salud de la Red de Salud y/o microred informará, motivará y capacitará a los integrantes del concejo municipal para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud; orientado a promover prácticas y entornos saludables para contribuir a la disminución de las enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, salud bucal, salud ocular y metales pesados y otras sustancias químicas); incluye la planificación e implementación de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y el de alimentación saludable. El personal de salud capacitado realiza las siguientes tareas con el Comité Multisectorial: • 01 reunión de abogacía con el Comité Multisectorial, conducido por el Jefe del Establecimiento de Salud, para presentar información actualizada sobre el problema de las enfermedades no transmisibles en el distrito o provincia, la misma que será elaborada con la información disponible, y luego, de manera participativa, se identificarán las causas y efectos del problema y se propondrá intervenciones efectivas de salud pública orientadas a promover prácticas y entornos saludables para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y finalmente establecer acuerdos y compromisos, de 03 horas de duración; • 01 taller de planificación participativa con el Comité Multisectorial y actores sociales para planificar las actividades basadas en intervenciones efectivas priorizadas para contribuir en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, de 04 horas de duración; • 01 taller de capacitación en generación de entornos saludables en agua y saneamiento, espacios públicos para actividad física y recreación, alimentación saludable, quioscos saludables, limpieza y ordenamiento de la vivienda, Servicios de Salud, entre otros, para contribuir en la prevención y control las enfermedades no transmisibles, de 03 horas de duración; • 02 reuniones de monitoreo y seguimiento acerca de las actividades planificadas de 03 horas de duración. • 01 reunión de evaluación acerca de las actividades planificadas identificando logros de la ejecución, de 03 horas de duración. Estas actividades son realizadas por el personal de salud capacitado en un ambiente del local municipal.					
2. Organización para la ejecución de la actividad	• MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, además difunde en medios cibernéticos, impresos y magnéticos (según necesidad), e implementa las normas a través de reuniones técnicas (incluyendo la identificación de las necesidades de capacitación y asistencia técnica), en coordinación con los demás niveles y elabora los criterios técnicos para la implementación de los programas de promoción de la actividad					

	física en espacios públicos y alimentación saludable. • GERESA/DIRESA/DISA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados, brinda capacitación para la implementación de los programas de promoción de actividad física en espacios públicos y alimentación saludable. • Redes y Microredes de salud: Brinda capacitación al personal de salud en temas de gestión territorial y determinantes sociales de la salud asociados a enfermedades no transmisibles, políticas públicas (diseño, implementación y evaluación), orientación de la inversión pública. Realiza monitoreo y seguimiento de las actividades realizadas por los Municipios en la implementación de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable en función de los criterios técnicos del Ministerio de Salud. • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado entrega la actividad y desarrolla las reuniones técnicas y de capacitación dirigido al Comité Multisectorial, para promover prácticas y generar entornos saludables para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles. Promueve el funcionamiento de los programas de promoción de la actividad física en espacios públicos y alimentación saludable, participa en su equipo de trabajo, realiza sesiones educativas y demostrativas relacionadas a actividad física y alimentación saludable, analiza la información y promueve la toma de decisiones.																																																																																																												
3. Criterios de programación	• 100% de los Comités Multisectoriales de los distritos con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (de acuerdo a la priorización que realice las instancias correspondientes de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces). Nota: Tomar como referencia: Distrito de riesgo cuando haya un número igual o mayor a cincuenta (50) casos de enfermedades hipertensivas o diez (10) casos de Diabetes Mellitus, en el año inmediatamente anterior (Fuente HIS), o de acuerdo al Análisis Situacional de Salud (ASIS) de cada distrito o provincia.																																																																																																												
4. Flujo de procesos	Opcional																																																																																																												
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th><th>ENE</th></tr><tr><td>Reunión de abogacía con el Comité Multisectorial</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Taller de planificación participativa con el Comité Multisectorial</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Taller de capacitación en generación de entornos saludables con el Comité Multisectorial</td><td>Taller</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reuniones de monitoreo y seguimiento con el Comité Multisectorial</td><td>Reunión</td><td>2</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión de evaluación del Comité Multisectorial</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Jefe/Equipo de salud</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	Reunión de abogacía con el Comité Multisectorial	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X														Taller de planificación participativa con el Comité Multisectorial	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X												Taller de capacitación en generación de entornos saludables con el Comité Multisectorial	Taller	1	Jefe/Equipo de salud				X											Reuniones de monitoreo y seguimiento con el Comité Multisectorial	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud						X						X			Reunión de evaluación del Comité Multisectorial	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud														
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE	ENE																																																																																												
Reunión de abogacía con el Comité Multisectorial	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud	X																																																																																																									
Taller de planificación participativa con el Comité Multisectorial	Taller	1	Jefe/Equipo de salud			X																																																																																																							
Taller de capacitación en generación de entornos saludables con el Comité Multisectorial	Taller	1	Jefe/Equipo de salud				X																																																																																																						
Reuniones de monitoreo y seguimiento con el Comité Multisectorial	Reunión	2	Jefe/Equipo de salud						X						X																																																																																														
Reunión de evaluación del Comité Multisectorial	Reunión	1	Jefe/Equipo de salud																																																																																																										
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																																																												

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD

Denominación de la actividad	IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESPACIOS PUBLICOS Subfinalidad: MUNICIPALIDAD IMPLEMENTA PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA EN ESPACIOS PUBLICOS					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN		GR		GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	MUNICIPIO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	El programa de promoción de la actividad física en espacios públicos corresponde con el desarrollo de fechas de Ciclovías Recreativas. La Ciclovía Recreativa es un programa de Salud Pública que consiste en abrir temporalmente las calles a los habitantes de la ciudad y reutilizar plazas y parques, para que disfruten de un espacio seguro y gratuito para la recreación, el deporte y el fortalecimiento de estilos de vida saludables de las familias. Se realiza un día fijo a la semana (día domingo) y tiene una duración promedio de 4 horas, se cuenta con áreas de actividad física y promoción de la salud para todas las etapas de vida; y se programa en una extensión acorde a la población del distrito: cuando el distrito cuenta con menos de 80,000 habitantes lo implementará en un kilómetro y medio, cuando el distrito cuenta con población entre 80,000 a 160,000 habitantes se implementará en dos kilómetros y cuando la población del distrito supere los 160,000 habitantes lo implemente en tres kilómetros. Asimismo se complementa con el desarrollo de "activaciones" que viene a ser espacios de promoción de la actividad física (baile, aeróbicos, gimnasia rítmica, secuencia de ejercicios, tai chi, biodanza, entre otros) desarrollados en parques, plazas, lozas deportivas o dentro de locales de instituciones públicas y privadas de la jurisdicción del distrito programados por un tiempo de hora y media (día, tarde o noche) entre lunes a viernes y dirigido para un mínimo de 25 personas, se considera un mecanismo de difusión y promoción de la Ciclovía Recreativa. Tanto las fechas de ciclovías recreativas y activaciones se desarrolla registros de los participantes acorde a los instrumentos proporcionados por el Ministerio de Salud. El personal de salud de la Red de Salud y/o microred designado y capacitado informará, motivará y capacitará a los integrantes del concejo municipal y/o comité multisectorial y al coordinador del programa para la implementación y funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos, asimismo asesora para implementar otras políticas públicas, programas y proyectos de inversión en el marco de la gestión territorial. La responsabilidad de la implementación y funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos desde el Municipio se dará de la designación realizada por la Gerencia de Desarrollo Social o el Coordinador del Plan de Incentivos o el Gerente/Sub Gerente de Deportes/o quien haga sus veces. El responsable designado será el coordinador del programa. El coordinador del programa realizará las siguientes tareas para la implementación del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos: - 01 reunión con miembro del Comité Multisectorial para conformar su equipo de trabajo, el cual puede ser reconocido por Resolución de Alcaldía o Resolución de Gerencia Municipal. - 04 reuniones de planificación con miembros del Comité Multisectorial para selección del					

	lugar, coordinaciones con la comunidad, plan de desvío vehicular, programación y relación de recursos necesarios para la implementación. - 01 reunión de trabajo con el Gerente de Desarrollo Social y el gerente de planificación o quien haga sus veces para programar los recursos acerca del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. - 01 reunión de capacitación al equipo operativo de la implementación del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. - 01 actividad de inauguración del programa de promoción de la actividad física, con participación de los integrantes del comité multisectorial y la población en general. El coordinador del programa en coordinación con el equipo de trabajo conformado y su equipo operativo, realizará las siguientes tareas para el funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos: - 12 fechas de Ciclovías Recreativas programadas continuas (como mínimo) en la extensión establecida, por cuatro horas continuas de duración solamente en días domingos, que integra las siguientes acciones: ✓ 01 espacio público (parque, plaza o loza deportiva) para promoción de la actividad física implementado en un mínimo de 45 minutos entre lunes a viernes. ✓ 05 módulos para promoción de la actividad física o recreativos implementados en un mínimo de 45 minutos dentro de la Ciclovía Recreativa en cada una de sus fechas. ✓ Integra en página web institucional un espacio para promoción de la actividad física con la programación de sus actividades. ✓ 01 reunión de coordinación inicial en cada fecha, para instrucciones del cierre de vías, esta reunión se desarrolla entre el coordinador del programa y su equipo de trabajo. ✓ 01 reunión de coordinación final en cada fecha, de evaluación de las incidencias o problemas encontrados durante el funcionamiento, esta reunión se desarrolla entre el coordinador del programa y su equipo de trabajo. - 01 reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial, el coordinador del programa y el Gerente de Desarrollo Social.
2. Organización para la ejecución de la actividad	Gobierno Local • La Municipalidad designa al funcionario municipal responsable (coordinador) y aprueba el plan de trabajo mediante la Resolución de Alcaldía o Acuerdo de Concejo, para la implementación y funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. • El equipo de trabajo (representantes de salud, comunidad y municipalidad) con el apoyo del comité multisectorial elabora el plan de trabajo, ejecuta el plan de trabajo, monitorea y evalúa el funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos. • El alcalde emite informe a la DIRESA/GERESA acerca del funcionamiento del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos.
3. Criterios de programación	100% de Municipalidades con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). Programa de actividad física en espacios públicos • Con 12 fechas de Ciclovías Recreativas en funcionamiento acorde a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. Si se requieren más fechas se programará y suma la meta de la actividad.
4. Flujo de procesos	FLUJO DE PROCESO PARA EL PROGRAMA DE PROMOCION DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ESPACIOS PÚBLICOS

	MUNICIPALIDAD		MINSA/GERESA/DIRESA/RED		MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
	Participa activamente en la elaboración del plan de trabajo para implementación del programa de promoción de la actividad física en espacios públicos				Conjuntamente elabora el plan de trabajo, participan en fechas del programa con sesiones educativas y demostrativas, elaboran reporte periódico de funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos.	
5. Diagrama de Gantt	Alcalde y funcionarios capacitados por equipos de Diresa/Geresa/Disa aprueba el plan de trabajo e invierte recursos.					
	Envía informe del funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos a la Diresa/Geresa/Disa con copia a la Red de Salud.		Diresa/Geresa/Red de Salud recepciona los reportes periódicos acerca del funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos.			
6. Listado de insumos						

TABLA N° 12 – MODELO OPERACIONAL DEL LA ACTIVIDAD						
Denominación de la actividad	IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN ESPACIOS PUBLICOS Subfinalidad: MUNICIPALIDAD IMPLEMENTA PROGRAMA DE PROMOCION DE LA ALIMENTACION SALUDABLE					
Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad	GN		GR		GL	X
Unidad de medida del indicador de producción física	MUNICIPIO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	El programa de alimentación saludable corresponde con el desarrollo de acciones de planificación, capacitación e implementación del programa que incluye acciones de promoción de alimentación saludable y el fortalecer las acciones de instituciones educativas que hayan decidido implementar la estrategia de quioscos saludables. El personal de salud de la Red de Salud y/o microred designado y capacitado informará, motivará y capacitará a los integrantes del concejo municipal y/o comité multisectorial y al coordinador del programa para la implementación y funcionamiento del programa de alimentación saludable, asimismo asesora para implementar otras políticas públicas, programas y proyectos de inversión en el marco de la gestión territorial.					

	La Municipalidad desarrollará las siguientes acciones para el programa de alimentación saludable: • Implementación del Programa de Alimentación Saludable: - 03 reuniones de planificación con miembros del Comité Multisectorial para selección de espacios públicos estratégicos, coordinaciones con las organizaciones y comerciantes de rubros de alimentación, programación y relación de recursos necesarios para la implementación, de 3 horas de duración cada una. - 01 reunión de trabajo con el Gerente de Desarrollo Social y el gerente de planificación o quien haga sus veces para programar los recursos acerca del programa de alimentación saludable, de 2 horas de duración. - 05 reuniones de capacitación dirigida a las organizaciones sociales de base, comités de vaso de leche, comedores populares, comerciantes de desayunos y restaurantes respecto a la importancia de la alimentación saludable y recomendaciones para su preparación, de cuatro horas cada una. - 01 actividad de inauguración del programa de alimentación saludable, con participación de los integrantes del comité multisectorial y la población en general, de cuatro horas continuas. • Funcionamiento del Programa de Alimentación Saludable: El programa cuenta con las siguientes acciones: - 12 ferias de alimentación saludable programadas (como mínimo) en espacio público seleccionado teniendo como temas centrales: loncheras saludables(06 fechas), desayunos saludables(03 fechas) y almuerzos saludables (03 fechas) solamente en días domingos por cuatro horas continuas, la cual contiene como mínimo: ✓ 03 espacios para muestra de alimentos saludables preparados acorde al tema central definido. ✓ 01 espacio para sesiones educativas de alimentación saludable. ✓ 01 espacio para sesiones demostrativas de alimentación saludable. ✓ 03 espacios de promoción y/o venta de productos naturales. - 05 instituciones educativas capacitadas y fortalecidas en la implementación de quioscos saludables de acuerdo a criterios del Ministerio de Salud, de cuatro horas. - 01 reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial, el coordinador del programa y el Gerente de Desarrollo Social, de tres horas. La responsabilidad de la implementación y funcionamiento del programa de promoción de actividad física en espacios públicos desde el Municipio se dará de la designación realizada por la Gerencia de Desarrollo Social o quien haga sus veces. El responsable designado será el coordinador del programa.
2. Organización para la ejecución de la actividad	Gobierno Local • La Municipalidad designa al funcionario municipal responsable y aprueba el plan de trabajo mediante la Resolución de Alcaldía o Acuerdo de Concejo, para la implementación y funcionamiento del programa de alimentación saludable. • El equipo de trabajo (representantes de salud, comunidad y municipalidad) con el apoyo del comité multisectorial elabora el plan de trabajo, ejecuta el plan de trabajo, monitorea y evalúa el funcionamiento del programa de alimentación saludable. • El alcalde emite informe a la Diresa/GERESA acerca del funcionamiento del programa de alimentación saludable, de acuerdo a los criterios técnicos del MINSA.

3. Criterios de programación	100% de Municipalidades con población en riesgo de enfermedades no transmisibles (bucal, ocular, metales pesados, hipertensión arterial y diabetes mellitus). Programa de alimentación saludable Con 12 ferias de alimentación saludable y 05 instituciones educativas fortalecidas para implementación de quioscos saludables acorde a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. Si se requieren más fechas o instituciones educativas se programará y suma la meta de la actividad.																																																																																																																																
4. Flujo de procesos	FLUJO DE PROCESO PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE <table><tr><th>MUNICIPALIDAD</th><th>MINSA/GERESA/DIRESA/RED</th><th>MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD</th></tr><tr><td> Participa activamente en la elaboración del plan de trabajo para implementación del programa de alimentación saludable. </td><td></td><td rowspan="3"> Conjuntamente elabora el plan de trabajo, participan en fechas del programa con sesiones educativas y demostrativas, elaboran reporte periódico de funcionamiento del programa de alimentación saludable. </td></tr><tr><td> Alcalde y funcionarios capacitados por equipos de Diresa/Geresa/Disa aprueba el plan de trabajo e invierte recursos. </td><td></td></tr><tr><td> Eleva informe del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable a la Diresa/Geresa/Disa con copia a la Red de Salud. </td><td> Diresa/Geresa/Red de Salud recepciona los reportes periódicos acerca del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable. </td></tr></table>	MUNICIPALIDAD	MINSA/GERESA/DIRESA/RED	MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Participa activamente en la elaboración del plan de trabajo para implementación del programa de alimentación saludable.		Conjuntamente elabora el plan de trabajo, participan en fechas del programa con sesiones educativas y demostrativas, elaboran reporte periódico de funcionamiento del programa de alimentación saludable.	Alcalde y funcionarios capacitados por equipos de Diresa/Geresa/Disa aprueba el plan de trabajo e invierte recursos.		Eleva informe del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable a la Diresa/Geresa/Disa con copia a la Red de Salud.	Diresa/Geresa/Red de Salud recepciona los reportes periódicos acerca del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable.																																																																																																																						
MUNICIPALIDAD	MINSA/GERESA/DIRESA/RED	MICRORED/ESTABLECIMIENTO DE SALUD																																																																																																																															
Participa activamente en la elaboración del plan de trabajo para implementación del programa de alimentación saludable.		Conjuntamente elabora el plan de trabajo, participan en fechas del programa con sesiones educativas y demostrativas, elaboran reporte periódico de funcionamiento del programa de alimentación saludable.																																																																																																																															
Alcalde y funcionarios capacitados por equipos de Diresa/Geresa/Disa aprueba el plan de trabajo e invierte recursos.																																																																																																																																	
Eleva informe del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable a la Diresa/Geresa/Disa con copia a la Red de Salud.	Diresa/Geresa/Red de Salud recepciona los reportes periódicos acerca del funcionamiento del programa de promoción de alimentación saludable.																																																																																																																																
5. Diagrama de Gantt	<table><tr><th>Tareas/acciones</th><th>Unidad de medida</th><th>Cantidad</th><th>Responsable</th><th>ENE</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>ABR</th><th>MAY</th><th>JUN</th><th>JUL</th><th>AGO</th><th>SEP</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th></tr><tr><td>Reuniones de planificación participativa con el Comité Multisectorial.</td><td>Reunión</td><td>3</td><td>GDS/funcionario municipal</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión de trabajo para programación de recursos.</td><td>Taller</td><td>1</td><td>GDS/funcionario municipal</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión de capacitación</td><td>Reunión</td><td>5</td><td>Funcionario municipal</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Actividad de inauguración del programa de alimentación saludable</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>Funcionario municipal</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ferias alimentación saludable programadas</td><td>Fecha programada</td><td>12</td><td>Funcionario municipal</td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Instituciones educativas capacitadas y fortalecidas</td><td>Reunión</td><td>5</td><td>GDS/funcionario municipal</td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial</td><td>Reunión</td><td>1</td><td>GDS/funcionario municipal</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Reuniones de planificación participativa con el Comité Multisectorial.	Reunión	3	GDS/funcionario municipal	X												Reunión de trabajo para programación de recursos.	Taller	1	GDS/funcionario municipal	X												Reunión de capacitación	Reunión	5	Funcionario municipal	X												Actividad de inauguración del programa de alimentación saludable	Reunión	1	Funcionario municipal		X											Ferias alimentación saludable programadas	Fecha programada	12	Funcionario municipal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Instituciones educativas capacitadas y fortalecidas	Reunión	5	GDS/funcionario municipal			X	X	X	X	X						Reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial	Reunión	1	GDS/funcionario municipal						X						X
Tareas/acciones	Unidad de medida	Cantidad	Responsable	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																																																																																		
Reuniones de planificación participativa con el Comité Multisectorial.	Reunión	3	GDS/funcionario municipal	X																																																																																																																													
Reunión de trabajo para programación de recursos.	Taller	1	GDS/funcionario municipal	X																																																																																																																													
Reunión de capacitación	Reunión	5	Funcionario municipal	X																																																																																																																													
Actividad de inauguración del programa de alimentación saludable	Reunión	1	Funcionario municipal		X																																																																																																																												
Ferias alimentación saludable programadas	Fecha programada	12	Funcionario municipal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																																																																		
Instituciones educativas capacitadas y fortalecidas	Reunión	5	GDS/funcionario municipal			X	X	X	X	X																																																																																																																							
Reunión de evaluación del programa con participación del comité multisectorial	Reunión	1	GDS/funcionario municipal						X						X																																																																																																																		
6. Listado de insumos	Según listado de insumos establecido.																																																																																																																																

TABLA N° 13 INDICADORES DE DESEMPEÑO

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR (DESEMPEÑO)
RESULTADO FINAL	
Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso u obesidad según medición efectuada al momento de la encuesta

NIVEL DE OBJETIVO		NOMBRE DEL INDICADOR (DESEMPEÑO)
Enfermedades Transmisibles	No	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud médico
		Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan haber sido diagnosticados de diabetes o azúcar alta en la sangre por un médico
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver
		Proporción de menores de 12 años con valores de plomo mayor a 10YG/DL en sangre+C50
		Porcentaje de personas con Alta Básica Odontológica.
RESULTADO INTERMEDIO		
Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT		Consumo de frutas (en días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más
		Consumo de verduras o vegetales (en días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.
		Consumo de frutas (en porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.
		Consumo de verduras y vegetales (en porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más. que reportan consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales.
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más. con sobrepeso de acuerdo al IMC.
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más. con obesidad de acuerdo al IMC.
Mayor población con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus con tratamiento y control de su patología		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico.

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR (DESEMPEÑO)
Mayor número de personas con problemas de salud bucal manejadas satisfactoriamente	Proporción de Gestantes con Alta Básica Odontológica
Reducción de la incidencia anual de ROP	Número de casos reportados anualmente de ROP
Menor población mayor de 50 años con impedimento visual y ceguera por catarata	Porcentaje de personas de 50 años o más que han recibido un diagnóstico de cataratas
Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo corregido	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes.
Mayor número de personas con diabetes con diagnóstico oportuno de Retinopatía Diabética.	Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que reciben atención por servicio de oftalmología en los últimos 12 meses.
Mayor población con diagnóstico de Glaucoma	Porcentaje de personas que han recibido consulta oftalmológica en los últimos 12 meses.
Mayor número de personas con expuestas a metales pesados que reciben atención médica oportuna	Porcentaje de mujeres gestantes y niños menores de 12 años que reciben atención médica integral por personal de salud capacitado en la temática
RESULTADO INMEDIATO	
Población mayor de 50 años con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de ceguera por cataratas y que reciben manejo de calidad por profesionales de salud	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses
Mayor población de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de errores refractivos no corregidos por personal de salud	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud en los últimos 12 meses.
Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud.
	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes en forma permanente.

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR (DESEMPEÑO)
Mayor población de recién nacidos (as) prematuros con Diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que reciben manejo de calidad por profesionales de salud	Porcentaje de recién nacidos con factores de riesgo para ROP que son evaluados por oftalmología en el establecimiento de salud
Mayor número de personas con diabetes con diagnóstico oportuno de Retinopatía Diabética.	Porcentaje de personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus que reciben atención por servicio de oftalmología en los últimos 12 meses.
Mayor población con diagnóstico de Glaucoma	Porcentaje de personas que han recibido consulta oftalmológica en los últimos 12 meses.
Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con problemas de salud bucal	Porcentaje de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses.
	Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses
Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador
	Porcentaje de niñas y niños de 2 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de salud bucal
	Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.
Mayor población con valoración clínica y tamizaje de enfermedades crónicas no transmisibles	Número de personas con valoración clínica y tamizaje laboratorial de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles /número de personas programadas para valoración clínica y tamizaje laboratorial de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles
Mayor población con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes que reciben tratamiento para su enfermedad	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico.
Mayor proporción de población en riesgo de exposición a metales pesado que reciben tamizaje y evaluación de exposición.	Porcentaje de mujeres gestantes y niños menores de 12 años expuestos a metales pesados que han recibido tamizaje y evaluación de exposición por laboratorio toxicológico en los últimos 12 meses.

TABLA N° 14 FICHA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MÁS CON PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DE ACUERDO A MEDICIÓN EFECTUADA AL MOMENTO DE LA ENCUESTA
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
Ministerio de salud Gobiernos regionales Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. Presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales, de la presión sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. La PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 satisface esta definición. Al menos dos mediciones completas deben efectuarse (donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD) y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial. Condiciones estándares de medición se refiere al conjunto de pautas sobre cómo debe realizarse la medición de la presión arterial en personas adultas (Ver pautas de la American Heart Association publicadas en la revista "Hipertensión" el año 2005)
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Hipertensión arterial en sujetos de 20 años a mas es 9.5% en base a una única medición matutina. Estudio PERU MIGRANT (2007-2008) conducido por UPCH en Lima y Ayacucho: Prevalencia de Diabetes Mellitus en sujetos de 30 años a mas es 13.1% en base a tres mediciones de presión arterial con un dispositivo oscilométrico y usando el promedio de las dos últimas mediciones. Con el ENDES no se tienen valores históricos.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
JUSTIFICACIÓN
Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Puede verse afectada por la validez del instrumento portátil que será utilizado.
PRECISIONES TÉCNICAS
Presión arterial elevada se refiere al registro cuantificado, por encima de valores normales, de la presión sistólica (PAS) y/o diastólica (PAD) en una persona bajo condiciones estándares para la medición. La PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 satisface esta definición. Al menos dos mediciones completas deben efectuarse (donde cada medición implica la medición de la PAS y PAD) y se utiliza el valor promedio de PAS y el valor promedio de PAD para determinar el valor de la presión arterial. Condiciones estándares de medición se refiere al conjunto de pautas sobre cómo debe realizarse la medición de la presión arterial en personas adultas (Ver pautas de la American Heart Association publicadas en la revista "Hypertension" el año 2005). La determinación de este indicador se basa en lo medido de forma objetiva y con un instrumento portátil durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que cumplan con la definición operacional indicada previamente.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas con presión arterial elevada. Se considera presión arterial elevada cuando cumple el criterio de medición promedio de la PAS mayor o igual a 140mmHg y/o criterio de medición promedio de la PAD mayor o igual a 90mmHG. La identificación de personas con presión arterial elevada sigue los siguientes pasos: Paso 1: Calcular la diferencia de la 1ra presión sistólica y la 2da presión diastólica, así como la diferencia de la 1ra presión diastólica y la 2da presión diastólica. Paso 2: Clasificar el nivel de diferencia. Si la diferencia de presión sistólica de 20mmHg a más. Diferencia de presión diastólica de 10mmHg a más. Paso 3: Decidir presión sistólica. Si la diferencia en la presión diastólica es de 20mmHg a más utilizar el valor de la 2da presión sistólica, si es menor de 20mmHg utilizar el promedio de las presiones sistólicas. Paso 4: Decidir presión diastólica. Si la diferencia en la presión diastólica es de 10mmHg a más utilizar el valor de la 2da presión diastólica, si es menor de 10mmHg utilizar el promedio de las presiones diastólicas. Paso 5: Clasificar el nivel de presión sistólica: - Hasta 119.9 normal. - De 120 a 139.9 pre hipertensión sistólica. - De 140 a 159.9 hipertensión sistólica estadio 1. - De 160 a más hipertensión sistólica estadio 2.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Paso 6: Clasificar el nivel de presión diastólica.

- Hasta 79.9 normal. De 80 a 89.9 pre hipertensión diastólica.
- De 90 a 99.9 hipertensión diastólica estadio 1.
- De 100 a más hipertensión diastólica estadio 2.

Paso 7: Clasificar el nivel de presión arterial. Si al menos un tipo de presión arterial es clasificada como hipertensión, se clasifica como PRESIÓN ALTA.

Paso 8: Calcule la prevalencia. Considere en el numerador a aquellos con resultado de PRESIÓN ALTA y en el denominador a las personas con las 4 mediciones válidas.

Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL			
PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PRG0	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900	PESO (KILÓGRAMOS)		
901	TALLA (CENTÍMETROS)		
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO 1 NO PRESENTE 2 RECHAZADO 3 FUE EVALUADA EN C. Hogar 4 OTRO 5 (SÍ/NO/OTRO)	
903	PRIMERA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mmHg DIASTÓLICA mmHg	
904	HORA DE LA MEDICIÓN	HORA MINUTOS	
905	SEGUNDA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mmHg DIASTÓLICA mmHg	
906	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL	MEDIDO 1 NO PRESENTE 2 RECHAZADO 3 FUE EVALUADA EN C. Hogar 4 OTRO 5 (SÍ/NO/OTRO)	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas con mediciones de presión arterial compatible con HTA al momento de la encuesta (Pregunta 1)

Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta y a quienes se les ha medido la presión arterial de acuerdo a las pautas establecidas

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD</i>
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnostico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. Reporte de presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "presión arterial elevada", "presión arterial alta", "presión alta" o "hipertensión arterial" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Hipertensión Arterial en sujetos de 20 años a más es 13.8% según auto reporte. Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnostico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Potencial subreporte por desconocimiento de la enfermedad
PRECISIONES TÉCNICAS
Reporte de presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "presión arterial elevada", "presión arterial alta", "presión alta" o "hipertensión arterial" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado y por ello debe ser acompañado por una determinación de la presión arterial in situ además de la historia de tratamiento. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten el antecedente.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum (QS102=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.			
100	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	102
101	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... Minsa..... 10 Essalud..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS (ESPECIFIQUE)..... 42 OTRO (ESPECIFIQUE)..... 96 NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
102	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado " hipertensión arterial " o " presión alta "? NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
103	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene hipertensión arterial o " presión alta "? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
104	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	107
105	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
106	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener hipertensión arterial diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud (Ver preguntas 4 y 5)

Denominador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta

Tabla 38

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER DIABETES MELLITUS DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD</i>
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica y endocrinológica caracterizada por hiperglicemia (altos niveles de glucosa o "azúcar" en la sangre). Esto se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o a una respuesta inadecuada del organismo ante esta hormona. Reporte de diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "diabetes mellitus", "diabetes", o "azúcar alta en la sangre" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de Diabetes Mellitus en sujetos de 20 años a mas es 2.8% en base a autoreporte. Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el diagnostico. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la dirección del reporte; pero podría ser más probable un subreporte. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente con algún indicador bioquímica.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Para construir el indicador no se requiere la medición de HbA1C en sangre. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia); pero si se requiere que esta pregunta sea investigada en conjunto con otros marcadores bioquímicos de enfermedad (como glicemia y hemoglobina glicosilada). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten positivamente el antecedente de enfermedad.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum (QS109=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	109
108	¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez? CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
110	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene diabetes o "azúcar alta" en la sangre? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	200
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA..... 1 SIN RECETA MEDICA..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud (Ver preguntas 4 y 5).
Denominador: Tabulación y conteo del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 50 AÑOS O MAS QUE REPORTAN DIFICULTADES PARA VER</i>
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver Dificultad para ver se refiere a reportar el menos un grado leve de dificultad en poder ver o distinguir perfectamente personas u objetos Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan esta dificultad para ver, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión. Algunas de estas incluyen a las cataratas, presbicia u otras. La información de este indicador dará una visión sobre la magnitud general de salud ocular en esta población. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para la promoción de la salud ocular.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara diagnósticos específicos sino síntomas que podrían estar relacionados a alguna enfermedad ocular. Las dificultades para ver podrían ser transitorias o permanentes, lo cual sugiere diferentes enfermedades de fondo y ello no podrá ser distinguido por el indicador.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre dificultades para ver reportadas por la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje (Se utilizan varias definiciones de dificultad para ver).

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta dificultad en los siguientes intervalos: últimos 30 días, últimos 6 meses y últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado. Varias de las preguntas han sido tomadas de la Encuesta Mundial de Salud, adaptadas al español y modificadas en cuanto a su margen de tiempo (últimos 30 días, últimos 6 meses y últimos 12 meses)
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas de 50 años a más que en los últimos 12 meses ha tenido dificultad para ver. $\sum(QS306=1 \text{ ó } QS308=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas 50 años a más
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS

SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS AMÁS DE EDAD ☐	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD ☐	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELL-EN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 O MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 O MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MNSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 O MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 O MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan una respuesta positiva a cualquiera de las Preguntas 1a-1e

Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 AÑOS VULNERABLES CON VALORES DE PLOMO MAYOR A 10 µg/dl EN SANGRE
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud Gobiernos Regionales: Ancash , Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca , Callao , Cusco, Huancavelica , Huánuco , Ica, Junín , La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco , Piura, Puno, Tacna, Lima .
DEFINICIÓN
Proporción de niños menores de 12 años con concentración de plomo en sangre mayor a 10 ug/dl, realizado por la Diresa en el marco del PpR.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
El número de casos diagnosticados con intoxicación por metales pesados, es una medida de la prevalencia de este problema priorizando un grupo poblacional vulnerable específico, niños menores de 12 años, etapa de vida en el marco de la RM N° 538-2009 – Modificatoria de Etapas de Vida, reflejando así la magnitud del tema que involucra no sólo al sector salud, sino también a los Ministerios como Medio ambiente, Trabajo, Energía y Minas y Producción. Su utilidad estriba en que se utiliza para determinar la magnitud del problema así como para medir el impacto de las intervenciones sanitarias dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas expuestas a fuentes contaminantes, siendo la población más vulnerable los niños menores de 12 años. En países en vías de desarrollo como el Perú, los casos de intoxicación por metales pesados se encuentran en un subregistro debido a diferentes variables, siendo la principal causa la falta de recursos humanos y económicos para hacer un adecuado diagnóstico, débil sistema de registro de casos, etc.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La limitación de cálculo del indicador, se centra en la falta de recursos para capacitar al personal de salud así como la asignación de presupuesto para las intervenciones sanitarias. En preciso anotar que la contaminación por metales pesados involucra un abordaje integral multisectorial. Los datos que se tienen en cuenta al momento para estimar y proyectar intervenciones sanitarias son en base a los datos recogidos por la ENAHO- INEI, información de las Diresas (diagnósticos situacionales) de la población vulnerable y expuesta a por lo menos una fuente de contaminación a metales pesados. Aunque una encuesta nacional para estimar este indicador implicará una inversión grande de recursos, es necesario realizarla para poder establecer la magnitud del problema ya que se estima que es bastante extensivo por razones de la explotación de minerales, la industria poco regulada y poco conocimiento sobre la prevención de este problema tanto por la población general como por las autoridades.
PRECISIONES TÉCNICAS
Recursos humanos, quienes recogerán y sistematizan la información, deben generarse. Se debe establecer también laboratorios accesibles y acreditados para realizar este tipo de pruebas en cada región.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de niños menores de 12 años con concentración de plomo en sangre mayor a 10 ugr/dl
Denominador: Total de la población de niños <12 años en riesgo x 100
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Cada 5 años
FUENTE DE DATOS
Actualmente, no existe un estudio poblacional que mida este indicador.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
No aplicable
SINTAXIS

PROPORCIÓN DE GESTANTES EN ZONAS DE RIESGO CON VALORES DE PLOMO MAYOR 10YG/DL EN SANGRE
RESULTADO FINAL ESPERADO Reducción de la Prevalencia de Enfermedades No Transmisibles (Intoxicación por Metales pesados, Metaloides y Otras Sustancias Químicas)
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO (con recursos asignados en el presupuesto 2011) Ministerio de Salud Sistema Integral de Salud Gobiernos Regionales: Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, Tacna, Lima.
DEFINICIÓN Proporción de gestantes con concentración de plomo en sangre mayor a 10 ugr/dL
VALOR DEL INDICADOR Para el cálculo de este indicador en el numerador se considera datos consignados en los informes de las DIRESAs, en el marco de la finalidad establecida por la estrategia. Para el cálculo del denominador, se considera los datos de población gestante expuesta a fuentes contaminantes, usando la información de la encuesta ENAHO/INEI y estudios de prevalencia publicados. La metodología de cálculo de la población expuesta, involucra la suma de la proyección de la población ocupacionalmente expuesta y de la no ocupacionalmente expuesta. El presente calculo será calculado a partir del 2011 luego de implementada las actividades de detección a nivel regional.
JUSTIFICACIÓN Una mujer gestante expuesta a una fuente contaminante de metales pesados significa doble exposición humana, puesto que los metales pesados tienen la capacidad de pasar la barrera transplacentaria y afectar al producto. Se han encontrado valores de plomo en sangre de cordón umbilical en recién nacidos de madres gestantes con valores altos de plomo en sangre en un estudio realizado en la ciudad de La Oroya. Sin embargo a la fecha no se tiene un registro de debido a la falta de recursos para este tipo de intervenciones, traduciendo así un grave riesgo para este grupo vulnerable. La necesidad de abordar problemas de salud publica en metales pesados, significa buscar la recuperación de la población afectada a etapas tempranas, la misma que debe ser medida en base a indicadores para valorar el impacto de las intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida. En países en vías de desarrollo como el nuestro, la problemática de la contaminación por metales pesados aun no han sido considerados como prioridad en la Salud Publica, hecho que estaría justificado por las manifestaciones subclínicas que presentan las personas expuestas, situación que se espera cambiar con las nuevas estrategias de intervención y gestion de resultados.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS La limitación de cálculo del indicador, se centra en las fuentes de verificación, puesto que, debe ser un trabajo articulado entre diferentes sectores en el marco de las competencias. La falta de presupuesto hasta la fecha ha sido el punto central del problema, para el análisis de metales pesados en fuidos corporales. Los datos que se tienen en cuenta al momento para estimar y proyectar intervenciones sanitarias son en base a los datos recogidos por la ENAHO- INEI, información de las DIRESAS (diagnósticos situacionales) de a población vulnerable y expuesta a por lo menos una fuente de contaminación a metales pesados.
PRECISIONES TÉCNICAS Recursos humanos, quienes recogerán la información
MÉTODO DE CÁLCULO Numerador: Número de gestantes con concentración de plomo en sangre mayor a 10 ugr/dl Denominador: Total de la población de gestantes en riesgo x 100
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES Anual. El estimado nacional de este indicador estará disponible hacia el cuarto trimestre de 2011, cuando se tendrán disponibles los datos completos de las diferentes instituciones y se haya implementado un sistema de diagnostico periódico.

FUENTE DE DATOS
Informes de la DIRESA Encuesta Nacional de Hogares, ENAHO Estudios de prevalencia en Publicaciones Oficiales.
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en niños de 12 años (CPOD)
Indicador de resultado final: Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas (CPO-D-12) para la edad de 12 años
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
En un estudio epidemiológico en escolares peruanos se encontró un CPO-D-12 de 5.84 (EE-0,3).
JUSTIFICACIÓN
Conocer el CPO-D-12 permite monitorear el acceso a servicios de calidad de la población, especialmente de los niños, en salud bucal.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El estudio poblacional requiere un gran despliegue de recursos puesto que se debe emplear cirujanos dentistas estandarizados para realizar las evaluaciones, lo que puede limitar la frecuencia con que se puede realizar este tipo de estudio.
PRECISIONES TÉCNICAS
Para este indicador se debe realizar un estudio multi-etápico basado en escuelas, donde se muestrean escuelas estandarizadas por zona rural y urbana, pública y privada, para luego elegir aleatoriamente niños dentro de cada escuela.
MÉTODO DE CÁLCULO
Promedio: sumatoria de número de piezas cariadas, perdidas y obturadas, entre el número de participantes en el estudio.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Cada 5 años
FUENTE DE DATOS
Estudio epidemiológico ad-hoc
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
No aplicable
SINTAXIS
No aplicable

Indicadores de Resultados Intermedios

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CONSUMO DE FRUTAS (EN DÍAS POR SEMANA) REPORTADO POR PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MÁS
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Consumo de frutas (en días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Reportado por el entrevistado: Número de días por semana (en la última semana) que consume frutas y/o jugos de frutas
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
El consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Las frutas aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es posible una sobreestimación del indicador por deseabilidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de frutas de las personas de 15 años a más. ($\sum QS213C$). Si la persona no comió fruta se reemplaza $QS213C=0$. Denominador: Número de personas de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.	
	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS 1 CINCO O MÁS UNIDADES..... 2 NO SABE / NO RECUERDA 8
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO TOMÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO 1 NO SABE / NO RECUERDA 8
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA 1 NO SABE / NO RECUERDA 8
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 NO SABE / NO RECUERDA 8

SINTAXIS

Numerador: Sumatoria simple del número de días por semana reportados por los entrevistados, en los que consumen frutas y/o jugos de frutas

Denominador: Conteo del número de sujetos entrevistados

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CONSUMO DE VERDURAS (DÍAS POR SEMANA) REPORTADO POR PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Consumo de verduras o vegetales (en días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a mas
Consumo de verduras o vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles (hojas, tallos y en ocasiones raíces) de productos de origen vegetal obtenidos por cultivos o en forma silvestre.
Reportado por el entrevistado: Número de días por semana (en la última semana) que consume verduras o vegetales
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
El consumo de verduras o vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles (hojas, tallos y en ocasiones raíces) de productos de origen vegetal obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Las verduras y vegetales aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es posible una sobreestimación del indicador por deseabilidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de verduras de las personas de 15 años a más. ($\sum QS219C$). Si la persona no comió verduras se reemplaza $QS219C=0$.
Denominador: Número de personas de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		
213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.	
	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 215
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS1 CINCO O MÁS UNIDADES.....2 NO SABE / NO RECUERDA8
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO TOMÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 217
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO1 NO SABE / NO RECUERDA8
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 219
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA1 NO SABE / NO RECUERDA8
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 300
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES.....1 NÚMERO DE CUCHARADAS.....2 NO SABE / NO RECUERDA8
SINTAXIS Numerador: Sumatoria simple del número de días por semana reportados por los entrevistados, en los que consumen verduras o vegetales Denominador: Conteo del número de sujetos entrevistados		

Tabla 56

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CONSUMO DE FRUTAS (EN PORCIONES POR DÍA) REPORTADO POR PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Consumo de frutas (en porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Reportado por el entrevistado: Número de porciones por día (en la última semana) que consume frutas y/o jugos de frutas
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
El consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Las frutas aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es posible una sobreestimación del indicador por discapacidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Sumatoria del número de porciones de frutas consumidos diariamente por las personas de 15 años a más. ($\sum QS214C * QS213/7$). - Si la persona no comió porciones de fruta ($QS213="NO COMIÓ"$) se reemplaza en $QS213=0$ y $QS214C=0$. - Si la persona comió 5 o más porciones de fruta se reemplaza $QS214C=5$. Denominador: Número de personas de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.	
	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 215
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS1 CINCO O MÁS UNIDADES.....2 NO SABE / NO RECUERDA8
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO TOMÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 217
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO1 NO SABE / NO RECUERDA8
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 219
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA1 NO SABE / NO RECUERDA8
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS.....1 NO COMIÓ.....3 NO SABE / NO RECUERDA8 → 300
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES.....1 NÚMERO DE CUCHARADAS.....2 NO SABE / NO RECUERDA8

SINTAXIS

Numerador: Sumatoria simple del número de porciones por día reportados por los entrevistados, en los que consumen frutas y/o jugos de frutas, durante los últimos 7 días (Preguntas #1b y #2b)

Denominador: 7

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
CONSUMO DE VERDURAS Y VEGETALES (EN PORCIONES POR DÍA) REPORTADO POR PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno
DEFINICIÓN
Consumo de verduras y vegetales (en porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a mas Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Reportado por el entrevistado: Numero de porciones por día (en la última semana) que consume verduras y vegetales
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
El consumo de verduras o vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles (hojas, tallos y en ocasiones raíces) de productos de origen vegetal obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Las verduras y vegetales aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es posible una sobreestimación del indicador por deseabilidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Sumatoria del número de porciones de verduras consumidos diariamente por las personas de 15 años a más. ($\sum QS220C * QS219/7$). • Si la persona no comió porciones de verdura (QS219="NO COMIÓ") se reemplaza QS219=0 y QS220=0. • Si la persona comió cucharadas de verduras se reemplaza QS220C=QS220CC/4. Denominador: Número de personas de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.	
	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → 215
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS..... 1 CINCO O MÁS UNIDADES..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO TOMÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → 217
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO..... 1 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → 219
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA..... 1 NO SABE / NO RECUERDA..... 8
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 → 300
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8

SINTAXIS

Numerador: Sumatoria simple del numero de porciones por día reportados por los entrevistados, en los que consumen verduras y vegetales, durante los últimos 7 días (Pregunta #4). Denominador: 7

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN CONSUMIR AL MENOS 5 PORCIONES DIARIAS DE FRUTAS Y/O VERDURAS O VEGETALES.</i>
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales. Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. La recomendación estándar es consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales. Reportado por el entrevistado: En base al número de porciones por día y número de días por semana (en la última semana) que consume frutas, verduras o vegetales reportados por los entrevistados se determina el porcentaje de personas que siguen la recomendación estándar.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
NO existe información previa sobre el indicador
JUSTIFICACIÓN
Consumo de verduras y vegetales se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (hojas, tallos y en ocasiones raíces) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. Consumo de frutas se refiere a la ingesta de las partes comestibles de productos de origen vegetal (frutos) obtenidos por cultivos o en forma silvestre. La recomendación estándar es consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales. Ellos aportan la mayor parte de vitaminas requeridas por el organismo y son una fuente saludable de carbohidratos.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es posible una sobreestimación del indicador por deseabilidad social. Para posteriores estudios más específicos se recomienda uso de inventarios de recordación más detallado. Otra limitación es que el indicador solo se refiere a lo consumido en los últimos 7 días y por ello las respuestas no necesariamente reflejan el patrón de consumo del sujeto a lo largo de su vida.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten consumo de estos alimentos.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas de 15 años a más que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras diarias. Multiplicado por 100. Se considera que una persona consume al menos 5 porciones de frutas y/o verduras si cumple la siguiente condición: $\frac{1}{7} \sum (QS214C * QS213 + QS220C * QS219) \geq 5$ Dónde: • Si la persona no comió porciones de fruta (QS213="NO COMIÓ") se reemplaza en QS213=0 y QS214C=0. • Si la persona comió 5 o más porciones de fruta se reemplaza QS214C=5. • Si la persona no comió porciones de verdura (QS219="NO COMIÓ") se reemplaza QS219=0 y QS220=0. • Si la persona comió cucharadas de verduras se reemplaza QS220C=QS220CC/4. Denominador: Número de personas de 15 años a más.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Anual			
FUENTE DE DATOS			
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
213	A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus hábitos de consumo de frutas y verduras; ya sea en unidades, tajadas, racimos y/o porciones.		
	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió frutas? Si es que ha comido.	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8	215
214	¿Cuántas unidades, tajadas ó racimos de frutas comió por día? SI COMIÓ PLÁTANO SANCOCHADO CONSIDERE COMO O FRUTA SI COMIÓ CINCO O MÁS UNIDADES, CIRCULE EL CÓDIGO "2". CONVIERTA LOS KILOS EN UNIDADES/ RACIMOS.	NÚMERO DE UNIDADES/ TAJADAS/ RACIMOS 1 CINCO O MÁS UNIDADES 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	
215	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días tomó jugo de frutas? Si es que ha tomado INCLUYE EXTRACTOS DE FRUTA	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO TOMÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8	217
216	¿Cuántos vasos de jugo de frutas tomó por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A VASOS	NÚMERO DE VASOS DE JUGO 1 NO SABE / NO RECUERDA 8	
217	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de frutas? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8	219
218	¿Cuántas porciones de ensalada de frutas comió por día? CONVIERTA LAS OTRAS UNIDADES A PORCIONES.	NÚMERO DE PORCIONES DE ENSALADA 1 NO SABE / NO RECUERDA 8	
219	En los últimos 7 días, es decir, desde el ____ pasado hasta el día de ayer, ¿Cuántos días comió ensalada de verduras? Si es que ha comido	NÚMERO DE DÍAS..... 1 NO COMIÓ..... 3 NO SABE / NO RECUERDA 8	300
220	¿Cuántas porciones de ensalada de verduras comió por día? TENGA EN CUENTA QUE UNA PORCIÓN EQUIVALE A 4 CUCHARADAS	NÚMERO DE PORCIONES..... 1 NÚMERO DE CUCHARADAS..... 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	
SINTAXIS			
Primera etapa: Construir el indicador de consumo por cada persona Sumatoria del número de porciones de fruta + número de vasos de jugo de fruta*2 + número de porciones de ensalada y dividir ello entre 7. Seleccionar a los sujetos para los que este indicador es mayor o igual a 5. (Preguntas 1a, 1b, 2a, 2b, 3 y 4)			
Segunda etapa: Construir el indicador de porcentaje de personas que cumplen la recomendación Numerador: Conteo y tabulación del número de personas cuyo indicador de consumo es mayor o igual a 5. (Preguntas 1a, 1b, 2a, 2b, 3 y 4)			
Denominador: Numero de sujetos entrevistados			

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MÁS CON SOBREPESO DE ACUERDO AL IMC
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso de acuerdo al IMC El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Sobrepeso: Medición de IMC mayor o igual a 25 Kg/m² y menor a 30 Kg/m² Nota técnica: Para menores de 20 años existen los estándares Z de la OMS
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Porcentaje de sujetos de 20 años a mas con SOBREPESO según el IMC es 35.3%. Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Este correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas. Está relacionado a la ingesta y actividad física también. Todos estos temas están cubiertos en los indicadores restantes.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Solamente inherentes al proceso de medición y para ello será vital entrenar bien a los sujetos que realizaran esto y la respectiva validación y calibración de los instrumentos. Probablemente la valoración de los sujetos de 15 a 19 años se puede ver importantemente afectada si no se usan los estándares Z de la OMS
PRECISIONES TÉCNICAS
Resultado de dividir el peso (expresado en kilogramos) y el valor cuadrado de la talla (expresado en metros) de una persona. La determinación de este indicador se basa en lo medido en forma objetiva durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación de los sujetos que realizan la medición si es que esta no ha sido hecha antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran a todos los sujetos para quienes se registra el IMC.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso, es decir si el IMC es mayor o igual a 25 Kg/m² y menor a 30 Kg/m². Multiplicado por 100. El IMC= (10,000 x (QS900/QS901²)). Denominador: Número de personas de 15 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL			
PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
900	PESO (KILOGRAMOS)		
901	TALLA (CENTÍMETROS)		

SINTAXIS
 Numerador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC es compatible con sobrepeso según la definición operacional (Preguntas #1 y #2, excluir a personas de pregunta #3 y pregunta #4 tal y como se ha indicado en Indicador 01 de Obesidad)
 Denominador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC fue valorado

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MÁS CON OBESIDAD DE ACUERDO AL IMC.</i>
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con obesidad de acuerdo al IMC El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Obesidad: Medición de IMC mayor o igual a 30 Kg/m2 Nota técnica: Para menores de 20 años existen los estándares Z de la OMS
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Porcentaje de sujetos de 20 años a mas con OBESIDAD según el IMC es 16.5%
JUSTIFICACIÓN
El índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Este correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas. Está relacionado a la ingesta y actividad física también. Todos estos temas están cubiertos en los indicadores restantes.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Solamente inherentes al proceso de medición y para ello será vital entrenar bien a los sujetos que realizaran esto y la respectiva validación y calibración de los instrumentos. Probablemente la valoración de los sujetos de 15 a 19 años se puede ver importantemente afectada si no se usan los estándares Z de la OMS.
PRECISIONES TÉCNICAS
Resulta de dividir el peso (expresado en kilogramos) y el valor cuadrado de la talla (expresado en metros) de una persona. La determinación de este indicador se basa en lo medido en forma objetiva durante la entrevista. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación de los sujetos que realizan la medición si es que esta no ha sido hecha antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran a todos los sujetos para quienes se registra el IMC.
MÉTODO DE CÁLCULO

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES															
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con obesidad de acuerdo al IMC, es decir si el IMC es mayor o igual a 30 Kg/m². Multiplicado por 100. El IMC= (10,000 x (QS900/QS901²)). Denominador: Número de personas de 15 años a más.															
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES															
Anual															
FUENTE DE DATOS															
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES															
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN															
SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD <table border="1"> <thead> <tr> <th>PREG</th><th>PREGUNTAS Y FILTROS</th><th>CATEGORÍAS Y CÓDIGOS</th><th>PASE A</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>900</td><td>PESO (KILOGRAMOS)</td><td> </td><td></td></tr> <tr> <td>901</td><td>TALLA (CENTÍMETROS)</td><td> </td><td></td></tr> </tbody> </table>				PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	900	PESO (KILOGRAMOS)			901	TALLA (CENTÍMETROS)		
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A												
900	PESO (KILOGRAMOS)														
901	TALLA (CENTÍMETROS)														
SINTAXIS															
Numerador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC es compatible con obesidad según la definición operacional (Preguntas #1 y #2, excluir a personas de pregunta #3 y pregunta #4 tal y como se ha indicado en Indicador 01 de Obesidad) Denominador: Tabulación y conteo de personas cuyo IMC fue valorado															

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE ACTUALMENTE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>			
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.			
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL			
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud			
DEFINICIÓN			
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnostico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. El tratamiento de la HTA implica varias estrategias entre ellas consejería sobre estilos de vida saludable, tratamiento farmacológico, tratamiento de comorbilidades y cuando el caso lo amerita también el tratamiento de la enfermedad de fondo que origina a la HTA. Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la HTA que han sido indicados por un profesional de la salud.			
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO			
Eficacia			
VALOR DEL INDICADOR			
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicas, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de recibir actualmente tratamiento para controlar la presión arterial elevada (en aquellos que reportan un diagnóstico de presión arterial elevada) es 39.0%			

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Potencial sobrereporte por encubrir el no tratamiento para el caso de quienes reporten acertadamente el antecedente de enfermedad. No se considera la adherencia al tratamiento ya que la persona puede no haber seguido las indicaciones del médico respecto a la toma de los medicamentos.
PRECISIONES TÉCNICAS
Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la HTA que han sido indicados por un profesional de la salud. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado y por ello debe ser acompañado por una determinación de la presión arterial in situ además de la historia de tratamiento. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del instrumento si es que este no ha sido validado antes. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten el antecedente de enfermedad y su tratamiento.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS104=1 \ \& \ QS105=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS102=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 1. HIPERTENSIÓN Y DIABETES

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.			
100	¿En los últimos 12 meses es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	102
101	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	
102	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado " hipertensión arterial " o " presión alta "? NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIÓN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	107
103	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene hipertensión arterial o " presión alta "? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 O MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 O MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
104	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial ?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	107
105	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MÉDICA..... 1 SIN RECETA MÉDICA..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
106	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: Cuento y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener Hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico (Ver pregunta 1)

Denominador: Cuento y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta que reportan tener Hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 15 AÑOS A MAS QUE REPORTAN TENER DIABETES MELLITUS DIAGNOSTICADA POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD Y QUE ACTUALMENTE RECIBEN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>
Indicador de resultado intermedio: Mayor población con hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica y endocrinológica caracterizada por hiperglicemia (altos niveles de glucosa o "azúcar" en la sangre). Esto se puede deber a un funcionamiento incorrecto del páncreas (glándula que normalmente produce la hormona insulina) o a una respuesta inadecuada del organismo antes esta hormona. El tratamiento de la DM implica varias estrategias entre ellas consejería sobre estilos de vida saludable, tratamiento farmacológico, y tratamiento de comorbilidades. Recibir actualmente tratamiento farmacológico se refiere a reportar la experiencia de estar tomando medicamentos para tratar la diabetes mellitus y que han sido indicados por un profesional de la salud
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados con las Enfermedades Crónicas (2005) conducido por INS-CENAN: Prevalencia de recibir actualmente tratamiento para controlar el nivel de glucosa (en aquellos que reportan un diagnóstico de diabetes) es 65.4%. Con el ENDES no se tienen valores históricos.
JUSTIFICACIÓN
La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el tratamiento. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la dirección del reporte; pero podría ser más probable un sobrerreporte por deseabilidad social. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente con algún indicador bioquímico.
PRECISIONES TÉCNICAS
La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. Para construir el indicador no se requiere la medición de HbA1C en sangre ni de algún marcador bioquímico de tratamiento. Sin embargo la determinación de HbA1C será útil para verificar este indicador reportado. Dada la naturaleza del tema a investigar no se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia); pero si se requiere que esta pregunta sea investigada en conjunto con otros marcadores bioquímicos de enfermedad (como glicemia y hemoglobina glicosilada). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la validación del lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideraran aquellos sujetos que reporten positivamente el antecedente de enfermedad.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS111=1 \ \& \ QS112=1 \ \& \ QS113=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS109=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
107	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	109
108	¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez? CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA 10 ESSALUD 11 FFAA Y PNP 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA 40 CAMPAÑA DE ESSALUD 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA 98	
109	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	200
110	¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene diabetes o "azúcar alta" en la sangre? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS) 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	
111	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?	SI 1 NO 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	200
112	¿En los últimos 12 meses usted recibió o compró los medicamentos con receta médica al menos una vez?	CON RECETA MEDICA 1 SIN RECETA MEDICA 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	
113	¿En los últimos 12 meses usted tomó sus medicamentos tal como le indicó el médico? CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO EL INFORMANTE MANIFIESTA QUE SE INYECTA INSULINA	SI 1 NO 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	

SINTAXIS

Numerador: Cuento y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico (Ver pregunta 1)

Denominador: Cuento y tabulación del número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas elegibles e identificables al momento de la encuesta que reportan tener Diabetes Mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y en un establecimiento de salud

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES		
Proporción de Gestantes con Alta Básica Odontológica. ABO		
Indicador de resultado intermedio: Mayor número de personas con problemas de salud bucal manejadas satisfactoriamente		
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL		
- Ministerio de Salud - Sistema Integral de Salud - Gobiernos Regionales		
DEFINICIÓN		
El abordaje de los factores de riesgo individuales de la gestante permitirán lograr una eliminación de los focos infecciosos de la cavidad bucal para contribuir con el nacimiento de un recién nacido sano, evitando la transmisión de la carga bacteriana de la madre al niño y la concomitante aparición de las enfermedades en el sistema estomatognático del recién nacido. Asimismo se sabe que: “Los tejidos periodontales son vulnerables a las variaciones fisiológicas en los niveles de hormonas esteroideas circulantes ; por ello, debido a los cambios hormonales propios del embarazo, se presentan alteraciones vasculares en la encía y cambios microbiológicos en la composición de la placa bacteriana que exageran la respuesta a los irritantes locales, favoreciendo el progreso de la enfermedad periodontal durante la gestación” 55 En ese sentido la Alta Básica Odontológica (ABO), consiste en eliminar focos infecciosos, tanto de Enfermedad periodontal como de caries, contribuyendo a la atención integral y previniendo la futura infección del recién nacido.		
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO		
Indicador de cobertura		
VALOR DEL INDICADOR		
No se tienen valores previos de este indicador		
JUSTIFICACIÓN		
• Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud. • Resolución Ministerial N°178-2011/MINSA, aprueba documento técnico “Definiciones Operacionales y criterios de Programación de los Programas Estratégicos: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis, Enfermedades No trasmisibles, Prevención y Control de la Tuberculosis y VIH – SIDA y Prevención y Control del Cáncer”. • Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, que aprueba el documento denominado “GUIAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”.		
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS		
Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, indican que la gestante debe asistir mínimamente a 2 exámenes odontológicos, partiendo del supuesto de cumplimiento de esta norma, se tendría un tamizaje del 100% de gestantes que acuden a EESS del MINSA a nivel nacional, de lo cual se puede determinar la cantidad de carga de enfermedad oral que se tiene, sin embargo no hay la cantidad suficiente de recursos humanos en salud oral para atender esta demanda, por lo cual el umbral de este indicador, se estima en 10%.		
PRECISIONES TÉCNICAS		
ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA (ABO) Código de Procedimiento U510. ⁵⁶		
MÉTODO DE CÁLCULO		
	DESCRIPCIÓN	FACTOR
Numerador:	N° de Gestantes con Alta Básica Odontológica.	X100
Denominador:	N° de Gestantes Atendidas en el servicio de odontología.	
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES		

⁵⁵Robles JJ, Salazar F, Proaño D. Enfermedad periodontal como factor de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino. Rev. Estomatológica Herediana 2004;14(1-2) : 27 - 34. Visitado el 08 feb. 13 en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/revh/v14n1-2/a06v14n1-2.pdf>

⁵⁶MINSA. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la consulta externa. HIS. 2013. Visitado el 08 de feb. 2013 en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/oei/SistemaHis3.05/Manuales_Actualizados_2013/0ESN_Salud_Bucal_2013.pdf

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Anual
FUENTE DE DATOS
Reporte estadístico HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
SINTAXIS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Número de casos reportados anualmente de Retinopatía de la Prematuridad
Indicador de resultado intermedio: Reducción de la incidencia anual de ROP
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
La guía de práctica del MINSA, 2005, especifica que la "ROP (del inglés Retinopathy of Prematurity) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro causando en sus estadios finales neovascularización, vaso proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina tradicional y cicatrización, pudiendo resultar en pérdida visual en 1 ó los 2 ojos, la cual varía en severidad pudiendo llegar a ceguera total."
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Indicador de Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
Se da en 27.3% en neonatos menos de 1200 gramos
JUSTIFICACIÓN
La ROP ha aumentado en las últimas décadas debido a que ha mejorado la supervivencia de los niños prematuros. Debido a que la ROP tiene un manejo efectivo, el beneficio del manejo radica en que haya acceso a una buena calidad de atención y tratamiento del niño prematuro. Se debe medir y monitorear este acceso para poder tomar medidas que lo potencien desde el sistema de salud.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La medición de este indicador depende de la validez y consistencia de los registros de los establecimientos de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se debe capacitar al personal de salud pertinente de manera periódica en el registro de la información concerniente a la ROP, de tal manera que esta información tenga validez y consistencia.
MÉTODO DE CÁLCULO
Conteo del registro de los establecimientos de salud.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
No aplicable
SINTAXIS
No aplicable

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 50 AÑOS O MÁS QUE HAN RECIBIDO UN DIAGNÓSTICO DE CATARATAS
Indicador de resultado intermedio: Menor población mayor de 50 años con impedimento visual y ceguera por catarata
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido un diagnóstico de cataratas Reporte de diagnóstico de cataratas se refiere a la experiencia reportada de haber sido diagnosticado con esta enfermedad por un profesional de la salud. Catarata se refiere a la enfermedad caracterizada por opacidad del lente cristalino del ojo debida a depósitos de restos celulares u otros que pueden alterar sus propiedades transparentes Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan haber recibido este diagnóstico, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener esta enfermedad ocular específica. Esta enfermedad es una de las pocas causas de ceguera que puede ser completamente tratada con una cirugía. La ceguera en adultos mayores afecta significativamente la calidad de vida de los mismos y puede llegar a producir dependencia con los consecuentes costos sociales y económicos de esta. La información de este indicador dará una visión sobre la carga de esta enfermedad. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos para la lucha contra la catarata.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara un diagnóstico específico sino solo la referencia verbal del sujeto sobre esta condición.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido este diagnóstico en la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador esperando la recordación inequívoca de este diagnóstico al evocar la palabra "catarata". No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para ver la aceptación de esta palabra "catarata") En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que indican que han recibido este diagnóstico independientemente de cuando lo recibieron y según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas de 50 años a más con diagnóstico de Catarata. $\sum(QS304=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas de 50 años a más.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS

SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS O MÁS DE EDAD ☐	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD ☐ →	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 } → NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluarón o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluarón o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 } → NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI LE ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 } → NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI LE ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas reportan haber recibido diagnóstico de catarata por un profesional de la salud (Pregunta 1)

Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas encuestadas

Tabla 66

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES</i>
Indicador de resultado intermedio: Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo corregido
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes Errores refractivos son los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo. El tratamiento correctivo con lentes se refiere al uso de lentes accesorios externos ("anteojos", "gafas", "lentes"). Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (reportado por el cuidador)
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. El uso de correctores (lentes, anteojos, gafas) permite al usuario poder tener una agudeza visual nuevamente aceptable y que permita actividades. En el caso de menores de edad una de esas actividades es la lectura. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones. También permitirá conocer el grado de cobertura de tratamiento.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectará o medirá el tipo de corrector que use o sus características (como medidas de lentes, curvaturas, ángulos y otras propiedades físicas de los lentes) que intervienen en la visión. El indicador mide la probabilidad de tener este tratamiento (uso de lentes correctores) dado que ha tenido la oportunidad de tener un descarte previamente (y se complementa con el indicador 05 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte doble "by proxy" es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos y que la información referida por el cuidado es acertada también respecto al uso de lentes (No se evalúa en forma objetiva u observada el uso de los lentes por los menores). El indicador no indaga desde cuando se usan los lentes con respecto al diagnóstico de la enfermedad ni con qué frecuencia se hace la verificación del estado de los lentes (por ejemplo cuando se requiere cambio de medidas debido a una variación de la severidad del error refractivo de fondo a lo largo del tiempo). Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reporte en los casos en que los lentes no sean usados aun cuando fueron indicador por personal de salud en establecimiento de salud.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre el uso actual de correctores (anteojos, gafas y lentes) en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años) que ha tenido la experiencia de haber recibido estos diagnósticos. Será un dato reportado en forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

sobre el uso de correctores por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para evaluar la receptividad del término "problema o enfermedad ocular que requiera uso de lentes" por los encuestados).

En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador, se debe considerar que este indicador se construye sobre el indicador 05 de salud ocular. La población numerador en el indicador 05 de salud ocular sirve de denominador en este indicador 06. Solo se consideraran aquellos sujetos para los que el cuidador indica que además de haber recibido un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que requiere uso de correctores (lentes, gafas o anteojos), y que el cuidador también reporte que el menor los usa.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes. $\sum(QS824=1)$. Multiplicado por 100.
Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo. $\sum(QS820=1 \& QS802A=1 \& QS802D \geq 3 \& QS802D \leq 11)$.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS . VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA.	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C 6 OTRA (ESPECIFIQUE) 9	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C 6 OTRA (ESPECIFIQUE) 9
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... MINUTOS.....	HORA..... MINUTOS.....
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS)	EDAD (EN AÑOS)

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN	N° DE ORDEN
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) _____ OTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____ NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 OPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) _____ OTRO 96 (ESPECIFIQUE) _____ NO SABE / NO RECUERDA..... 98
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud y que usan tratamiento correctivo con lentes (Pregunta 1)
Denominador: Misma sintaxis que para el numerador del indicador de salud ocular 05

Indicadores de Resultado Inmediato

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE PERSONAS (VARONES Y MUJERES) DE 50 AÑOS O MAS QUE REPORTAN HABER RECIBIDO VALORACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES</i>
Indicador de resultado inmediato: Población mayor de 50 años con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de ceguera por cataratas y que reciben manejo de calidad por profesionales de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales
DEFINICIÓN
Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses Reporte de valoración de agudeza visual se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un examen, administrado por personal de salud, para medir su agudeza visual. Agudeza visual se refiere a la claridad para distinguir letras y números en una cartilla de evaluación de Snellen Cociente entre el número de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que reportan haber recibido esta valoración dentro de los últimos 12 meses, y el número total de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas identificadas mediante la encuesta
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población objetivo es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión. A esto se agrega que la recomendación estándar es que las personas tengan una valoración de agudeza visual una vez al año. Esta valoración es la forma más simple e inocua de identificar problemas de la visión. La información de este indicador dará una visión sobre el alcance (cobertura) de esta práctica preventiva-promocional de salud ocular en esta población. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para la promoción de la salud ocular.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara diagnósticos específicos que hayan sido indicados o referidos al sujeto entrevistado en el momento que le hicieron la evaluación de la agudeza visual si es que acaso hubo algún diagnóstico.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido una prueba de valoración de agudeza visual por la población beneficiaria (adultos de 50 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador y mostrarles una versión pequeña de la cartilla de Snellen esperando que la recordación inequívoca de este correlacione bien con el examen visual realizado. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para determinar si la cartilla es apropiada para esto. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió esta experiencia en los últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas de 50 años a más cuya agudeza visual ha sido efectuada por un personal de salud en los últimos doce meses. Multiplicado por 100. La identificación de personas con valoración de agudeza visual realizada por un profesional de salud sigue los siguientes pasos: Paso 1: recodificar la pregunta QS303 en "realizado por un profesional de salud". Recodificar las respuestas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 40, 41 en QS313prof =1, y las opciones 21, 42, 96 en QS313prof=2 y la respuesta 98 en QS313prof=3.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Paso 2: Clasificar "Valoración de Agudeza Visual por personal de salud", cuando se realizó la prueba de agudeza visual (QS301=1), en los últimos 12 meses (QS302U=1, QS302C<=12) y atendido por profesional de salud (QS303prof=1).
Denominador: Número de personas de 50 años a más.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 3. SALUD OCULAR Y BUCAL EN ADULTOS			
SALUD OCULAR PARA LAS PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
300	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 50 AÑOS A MÁS DE EDAD ☐	MENOS DE 50 AÑOS DE EDAD ☐	400
301	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	304
302	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
303	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG..... CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD..... CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	
304	¿Alguna vez en su vida a usted, un médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? EL OFTALMÓLOGO ES EL ÚNICO MÉDICO ESPECIALISTA DE LA VISTA	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	306
305	¿Hace cuánto tiempo el médico especialista de la vista le ha diagnosticado catarata? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
306	¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido dificultad para ver y reconocer el rostro de alguna persona a una distancia aproximada de 6 metros? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	308
307	¿Usted ha continuado con esta dificultad en los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer? SI EL ENTREVISTADO UTILIZA LENTES, CONSIDERE LA DIFICULTAD PARA VER UTILIZANDO SUS LENTES	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 50 años a mas que han tenido valoración de la agudeza visual (Pregunta 1) Y que esta ha ocurrido dentro de los últimos 12 meses (Pregunta 2)
Denominador: tabulación y conteo de las personas (arones y mujeres) de 50 años a mas encuestadas

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS QUE HAN RECIBIDO VALORACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL EFECTUADA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
Indicador de resultado inmediato: Mayor población de niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual que ha sido tamizada para identificar casos de errores refractivos no corregidos por personal de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud en los últimos 12 meses Reporte de valoración de agudeza visual se refiere a la experiencia del niño o niña, reportada por el cuidador encuestado, de haber recibido un examen para medir su agudeza visual por personal de salud en un establecimiento de salud. Agudeza visual se refiere a la claridad para distinguir letras y números en una cartilla de evaluación de Snellen o equivalente (por ejemplo figuras) Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud dentro de los últimos 12 meses (reportado por el cuidador), y el número total de las niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Existen enfermedades oculares que pueden ser detectadas tempranamente en la vida y corregidas si es que se detectan en forma activa. La experiencia de haber recibido un examen de agudeza visual indicara la oportunidad y alcance que ha tenido la población beneficiaria para descartar otras enfermedades oculares. La información de este indicador dará un panorama sobre el alcance de esta buena práctica y sobre la implementación de la recomendación estándar de tener una valoración de agudeza visual por cada año. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos a su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara diagnósticos específicos de enfermedades sino solo la oportunidad de haber sido diagnosticado o descartado enfermedades oculares en general. El indicador se basa en un reporte "by proxy" es decir en donde la información referida por el cuidador se asume ser fidedigna de la experiencia del menor y ello podría llevar a un sub-reporto o sub-valoración. Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social y que esto lleve a un sobre-reporto.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido este procedimiento en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años). Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre la cartilla y asume que el cuidado sabe de esta experiencia y/o estuvo presente en el momento de la misma. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para ver la facilidad de uso de la cartilla) En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que indican que han recibido esta valoración de agudeza visual dentro de los últimos 12 meses según la información proporcionada por el cuidador.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses. $\sum(QS817=1 \ \& \ QS818 \leq 12)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niños y niñas de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
(responsable presente).
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD

N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801		PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN	N° DE ORDEN
		NOMBRE	NOMBRE
816	VERIFIQUE PREGUNTA 8020	DE 3 A 11 AÑOS ☐ Menor de 3 años ☐ PASE A 838A	DE 3 A 11 AÑOS ☐ Menor de 3 años ☐ PASE A 838A
817	¿A (NOMBRE) alguna vez en su vida, un médico u otro personal de salud le ha evaluado o medido la vista con esta cartilla? (MOSTRAR CARTILLA SNELLEN)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 (PASE A 828)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 3 (PASE A 828)
818	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 NO SABE / NO RECUERDA 8
819	¿Dónde le evaluaron o midieron la vista a (NOMBRE) la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA..... 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98
820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828)
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y
822	¿Hace cuánto tiempo le indicaron el uso de lentes o anteojos a (NOMBRE)? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 NO SABE / NO RECUERDA 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑO) 2 NO SABE / NO RECUERDA 8

SINTAXIS

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS VALORADOS EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro Integral de Salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos valorados en establecimiento de salud. Errores refractivos se refiere a los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo. Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) valorados en establecimiento de salud, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidado.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. La experiencia de haber recibido un diagnóstico de una enfermedad ocular compatible con estos errores refractivos permitirá entender la magnitud del problema a nivel poblacional. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para monitorear y evaluar programas específicos dirigidos a su cobertura y tratamiento pues servirá de base para otros indicadores (como los indicadores 06 y 07 de salud ocular).
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectará diagnósticos específicos de enfermedades pues ello implicaría o la aplicación de pruebas de valoración de capacidad refractiva (que son difíciles de implementar en el contexto de una encuesta en hogares) y o recordación exacta del nombre de los errores refractivos propiamente diagnosticados si es que estos han ocurrido (miopía, hipermetropía, astigmatismo). El indicador mide la probabilidad de tener este diagnóstico: pero partiendo de base que el menor tuvo la oportunidad de ser diagnosticado o descartado enfermedades oculares en general (lo cual se complementa con el indicador 04 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte "by proxy" es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos. Adicionalmente es posible que exista un sesgo de recuerdo son subsecuente sub-reporte sobre todo en los casos en los que los menores realmente hayan recibido la indicación de uso de correctores; pero que por diversos motivos (acceso, económicos, incomodidad, etc.) los menores no los usan.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de haber recibido estos diagnósticos en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años) de forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que haya requerido el uso de lentes por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia y/o estuvo presente en el momento de la misma. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para valorar comprensión de los términos de indagación por parte de los cuidadores entrevistados). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que el cuidador indica que ha recibido un diagnóstico de enfermedad o problema ocular que requiere uso de correctores (lentes,

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

gafas o anteojos) y que esta haya ocurrido en tipos de establecimiento de salud específicos.

MÉTODO DE CÁLCULO

Numerador: Número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado. $\sum(QS820=1)$. Multiplicado por 100.

Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... MINUTOS.....	HORA..... MINUTOS.....
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMFNTO DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS)	EDAD (EN AÑOS)

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

820	¿A (NOMBRE) le han diagnosticado un problema de visión y además le han indicado el uso de lentes o anteojos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 828) ←
821	¿Qué problema de visión le diagnosticaron a (NOMBRE)? ¿Algún otro problema?	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y	HIPERMETROPIA..... A MIOPIA..... B ASTIGMATISMO..... C PRESBICIA..... D OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... Y

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud (Preguntas 1 y 3)

Denominador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años sobre las cuales se hace la indagación

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE ERRORES REFRACTIVOS Y QUE RECIBEN TRATAMIENTO CORRECTIVO CON LENTES EN FORMA PERMANENTE

Indicador de resultado inmediato: Mayor población niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud

PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

- Ministerio de Salud
- Gobierno regional
- Seguro Integral de Salud

DEFINICIÓN

Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con diagnóstico de errores refractivos y que reciben tratamiento correctivo con lentes en forma permanente

Errores refractivos son los procesos que afectan el enfoque de la luz y las imágenes en la retina del ojo. Estos pueden derivar principalmente de alteraciones en las dimensiones, forma o curvaturas del globo ocular y la córnea. Como consecuencia de ello se afecta la agudeza visual. En personas de 3 a 11 años las más frecuentes son: Miopía, Hipermetropía y Astigmatismo. El tratamiento correctivo con lentes se refiere al uso de lentes accesorios externos ("anteojos", "gafas", "lentes"). Uso permanente de los lentes se refiere a usarlos de manera constante y consistente para permitir el normal desenvolvimiento y funcionamiento de la persona en su entorno.

Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes y que los usan en forma permanente, y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.

JUSTIFICACIÓN

Los errores refractivos afectan la agudeza visual y pueden desarrollarse de forma silente y afectar la calidad de vida. Cuando esto sucede en las etapas pre-escolar y escolar pueden afectar la recreación, el rendimiento escolar y en general el desenvolvimiento y desarrollo del menor. Este tipo especial de enfermedades y problemas oculares son tratables con correctores. El uso de correctores (lentes, anteojos, gafas) permite al usuario poder tener una agudeza visual nuevamente aceptable y que permita actividades. Estos deben ser usados en forma constante. Este indicador dará

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
información sobre el grado de adherencia al tratamiento y será base para futuras mediciones y para monitoreo y evaluación de programas dirigidos a promover esta buena práctica en aquellos menores que requieren y usan lentes.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no detectara o medirá el tipo de corrector que use o sus características (como medidas de lentes, curvaturas, ángulos y otras propiedades físicas de los lentes) que intervienen en la visión. El indicador mide la probabilidad de tener este tratamiento (uso de lentes correctores) y usarlo siempre dado que ha tenido la oportunidad de tener un descarte previamente (y se complementa con el indicador 05 y 06 de salud ocular). El indicador se basa en un reporte doble "by proxy" es decir en donde la información sobre uso de correctores se asume como reflejo de un diagnóstico de errores refractivos y que la información referida por el cuidado es acertada también respecto al uso de lentes (No se evaluara en forma objetiva u observada el uso de los lentes por los menores). El indicador no indaga las oscilaciones en el uso de lentes a lo largo del tiempo y asume que la frecuencia de uso es constante lo cual no necesariamente es cierto. Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reportes en los casos en que los lentes no sean usados siempre.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la frecuencia de uso de los lentes correctores (anteojos, gafas y lentes) en la población beneficiaria (niños y niñas de 3 a 11 años) que ha tenido la experiencia de haber recibido diagnósticos de enfermedad ocular y uso actual de lentes. Será un dato reportado en forma indirecta (ver reactivos) según el reporte del cuidador. Para construir el indicador se requiere entrevistar al cuidador y no se requiere la presencia del menor. Este indicador se basa en la recordación inequívoca del cuidador sobre la frecuencia del uso de correctores por parte del menor a cargo, y asume que el cuidador sabe de esta experiencia. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto y prueba conceptual (para evaluar la receptividad de la pregunta por los encuestados). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador, se debe considerar que este indicador se construye sobre el indicador 06 de salud ocular. La población numerador en el indicador 06 de salud ocular sirve de denominador en este indicador 07. Solo se consideraran aquellos sujetos para los que el cuidador indica que el uso de correctores (lentes, gafas o anteojos) es siempre.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes y los usan permanentemente. $\sum(QS826=3) \cdot \text{Multiplicado por } 100.$ Denominador: Número total de las personas (varones y mujeres) de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo que reciben tratamiento correctivo con lentes. $\sum(QS824=1 \& QS802A=1 \& QS802D \geq 3 \& QS802D \leq 11).$
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA.	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(C) 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... MINUTOS.....	HORA..... MINUTOS.....
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS)	EDAD (EN AÑOS)

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)		SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	
	N° DE ORDEN		N° DE ORDEN	
	NOMBRE		NOMBRE	
823	¿Dónde le diagnosticaron el problema de visión a (NOMBRE)?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ÓPTICA 21 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	
824	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos para mejorar su problema de visión?	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	SI..... 1 PASE A 826 ← NO..... 2	
825	¿Por qué motivo (NOMBRE) no está usando lentes o anteojos para corregir su problema de visión?	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←	NO COMPRÓ POR EL PRECIO..... 1 SE ROMPIERON..... 2 NO LE GUSTAN..... 3 LE MOLESTAN EN EL COLEGIO..... 4 OTRO 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 8 PASE A 828 ←	
826	¿(NOMBRE) está usando lentes o anteojos, a veces, casi siempre o siempre?	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←	A VECES..... 1 CASI SIEMPRE..... 2 SIEMPRE..... 3 PASE A 828 ←	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo valorado en establecimiento de salud y que usan tratamiento correctivo con lentes en forma permanente (Pregunta 1. Opción=Siempre)

Denominador: Misma sintaxis que para el numerador del indicador de salud ocular 06

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE ADULTOS (VARONES Y MUJERES) DE 60 AÑOS A MAS ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con problemas de salud bucal
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses. Servicio odontológico se refiere al entorno físico de un establecimiento de salud en donde se proporcionan medidas de promoción y prevención de salud bucal así como medidas terapéuticas y recuperativas ante problema de salud bucal detectados. Cociente entre el número de adultos de 60 años a mas atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según auto reporte y el número de adultos de 60 años a mas identificados en la encuesta, y multiplicado por 100%
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La población adulta mayor es más propensa a tener enfermedades de dientes y encías y por lo tanto a requerir tratamientos. La información de este indicador dará una visión sobre la cobertura de tratamientos para la población objetivo. El grado en que esto se ejecuta no ha sido medido antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá la práctica reportada y no la razón específica por la que ocurrió esta visita (que podría tener fines preventivos-promocionales o terapéuticos-recuperativos).
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre las visitas a servicios odontológicos por la población beneficiaria (adultos de 60 años o más). Para construir el indicador se requiere entrevistar directamente a los sujetos objetivos del indicador. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje (El término "odontológico" podría no ser muy coyuntural). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió al menos una visita durante los últimos 12 meses según la información proporcionada por el mismo sujeto entrevistado.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas identificados en la encuesta que reportan haber sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses. $\sum(QS311=1 \& QS312U=1 \& QS312C \leq 12)$. Multiplicado por 100. Denominador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SALUD BUCAL PARA LAS PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 60 AÑOS A MÁS DE EDAD ☐	MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD ☐ → 400	400
311	¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? CONSIDERE SOLO SI FUE ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	400
312	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	
313	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRA MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de los adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas identificados en la encuesta que reportan haber sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses (Preguntas 1 y 2)

Denominador: tabulación y conteo de los adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas identificados en la encuesta

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD QUE HAN SIDO ATENDIDOS EN UN SERVICIO ODONTOLÓGICO DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con problemas de salud bucal
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Seguro integral de salud
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses Determinar la proporción de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según reporte del cuidador entrevistado Cociente entre el número de niñas y niños de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses según reporte del cuidador entrevistado, y el número de niñas y niños de 0 a 11 años de edad identificados en la encuesta por reporte del cuidador entrevistado, y multiplicado por 100%
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud bucal a los cuidadores de menores (por ejemplo como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. Parte de estas prácticas debería implicar la prevención y promoción efectuada en establecimientos o servicios odontológicos. La información de este indicador junto a la del indicador 02 de Salud Bucal dará una visión más amplia sobre el cumplimiento de prácticas preventivas y promocionales de salud bucal en menores. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá la práctica reportada y no la razón específica por la que ocurrió esta visita (que podría tener fines preventivos-promocionales o terapéuticos-recuperativos). El indicador se basa en un reporte "by proxy" en donde se asume que el encuestado reporta fidedignamente lo que realmente ha ocurrido con el menor.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre las visitas a servicios odontológicos por la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje (El término "odontológico" podría no ser muy coyuntural). En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos para los que se reporta que ocurrió al menos una visita durante los últimos 6 meses según la información proporcionada por el cuidador.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses. $\sum(QS803=1 \& QS804U=1 \& QS804C \leq 6)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.			
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 100 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 100 DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA.	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C..... 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZÓ..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C..... 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)	
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS	HORA..... MINUTOS.....	HORA..... MINUTOS.....	
802C	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS)	EDAD (EN AÑOS)	
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806) ←	
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? RESPIRAC. EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 O MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 DOS O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 DOS O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8	
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAF..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG..... CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAF..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG..... CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de las niñas y los niños de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico (Pregunta 1) durante los últimos 6 meses según reporte del cuidador entrevistado (Pregunta 2)

Denominador: tabulación y conteo de las niñas y los niños de 0 a 11 años de edad identificados en la encuesta por

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
reporte del cuidador entrevistado
PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD OCULAR REPORTADAS POR EL CUIDADOR</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobiernos regionales - Gobiernos locales
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador Prácticas adecuadas de salud ocular se refiere a los hábitos y conductas que, ejecutados de forma correcta y consistente, pueden prevenir el desarrollo de afecciones oculares o retrasar su aparición. Cociente entre el número de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular (reportado por el cuidador), y el número total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud ocular a los cuidadores de menores (por ejemplo como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador no permite verificar si realmente las prácticas se ejecutan y en qué medida o si estas son correcta o incorrectamente ejecutadas. Es posible que en diferentes edades y diferentes entornos las condiciones que determinen prácticas de salud ocular sean diferentes (urbanismo, transporte, electrificación, etc.). Adicionalmente es posible que exista un sesgo de deseabilidad social con subsecuente sobre-reporte de buenas prácticas.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre las prácticas para el fin mencionado (cuidado de salud ocular) que son aplicadas en la población beneficiaria (niñas y niños de 3 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que reporten cumplir las prácticas clave de acuerdo a los dos grupos etáreos considerados y la según la información proporcionada por el cuidador.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular. Multiplicar por 100. La identificación de personas con prácticas adecuadas de salud ocular sigue los siguientes pasos: Paso 1: Clasifique el no cumplir con al menos una práctica adecuada de salud ocular con QS828=1 o QS829=1 o QS831=2 o QS832=1 (P_OCULAR=0). Paso 2: Clasifique "Prácticas adecuadas de salud ocular" como aquellos que cumplen con todas las prácticas (P_OCULAR=1), es decir los que no cumplen con la condición del Paso 1. Paso 3: Sumar P_OCULAR=1. Denominador: Número total niñas y niños de 3 a 11 años. $\sum(QS802A=1 \& QS802D \geq 3 \& QS802D \leq 11)$.

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES			
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES			
Anual			
FUENTE DE DATOS			
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			
828	¿(NOMBRE) ve televisión/ computadora/ laptop/ tablet muy de cerca, es decir, a menos de 30 centímetros? SIMULE LA DISTANCIA DE 30 CM CON EL LARGO DEL CUESTIONARIO	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC/ ETC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO VE TV/ PC..... 3 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
829	¿Con qué frecuencia (NOMBRE) usa gorro con visera, sombrero o lentes de sol durante todo el año cuando está en un lugar sin techo, nunca, a veces o siempre? CONSIDERE LOS LENTES CON MEDIDA SIEMPRE QUE TENGAN PROTECCIÓN ULTRAVIOLETA (PROTECCIÓN UV)	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3	NUNCA..... 1 A VECES..... 2 SIEMPRE..... 3
24			
	Nº DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN NOMBRE
SALUD OCULAR PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD			
830	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 6 A 11 AÑOS ↓ PASE A 838A	DE 6 A 11 AÑOS ↓ PASE A 838A
831	¿Considera usted que (NOMBRE) tiene buena iluminación en el ambiente donde lee?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE LEER..... 3 (PASE A 833) ←
832	¿(NOMBRE) acostumbra leer un texto mientras está caminando, en el carro o en el mototaxi? CONSIDERE TEXTO A: LIBRO CUADERNO, REVISTA, FOLLETO, SEPARATAS, ETC.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
SINTAXIS			
Numerador: tabulación y conteo de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador (Pregunta 1, 2 y 4 según edades. Opciones=NO excluyendo a los niños que aún no saben leer)			
Denominador: tabulación y conteo de total de niñas y niños de 3 a 11 años sobre los cuales se hace la indagación al cuidador			

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 2 A 11 AÑOS DE EDAD CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE SALUD BUCAL</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Porcentaje de niñas y niños de 2 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de salud bucal. Las prácticas de salud bucal se refieren a las estrategias activas que se implementan sobre la boca, lengua, dientes y encías para preservar su higiene y funcionalidad así como prevenir su deterioro. Cociente entre el número de niñas y niños de 2 a 11 años de edad que actualmente ejecutan estas prácticas y el número de niñas y niños de 2 a 11 años de edad identificados en la encuesta por reporte del cuidador, y multiplicado por 100%
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
De forma regular se proporciona (o se debería proporcionar) información sobre cuidados de salud bucal los cuidadores de menores (por ejemplo como parte del programa de control y desarrollo del niño sano) y también a los propios menores (por ejemplo en campañas escolares). Se espera que estas se reflejen en prácticas apropiadas en el menor. La información de este indicador junto a la del indicador 01 de Salud Bucal dará información sobre la medida en que la información recibida es ejecutada o implementada. El grado en que los menores (población beneficiaria) tiene estas prácticas no ha sido medido antes y servirá no solo de referencia para futuras comparaciones sino además para re-evaluar o proponer estrategias para su promoción.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un sobre-reporte debido a un sesgo de respuesta por deseabilidad social. El indicador solo medirá la práctica reportada y no la forma en que esta es realmente ejecutada (por ejemplo mediante verificación de la técnica del cepillado). Finalmente el indicador se basa en un reporte "by proxy" en donde se asume que el encuestado reporta fidedignamente las prácticas que realmente tiene el menor.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre las prácticas para el fin mencionado (cuidado de salud bucal) que son aplicadas en la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. También se requiere la verificación de algunos bienes como cepillos y pasta de dientes por ejemplo. No se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos que reporten cumplir las 4 prácticas clave (lavarse la boca, con cepillos, con paste de dientes y después de las comidas) según la información proporcionada por el cuidador.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de salud bucal. $\sum(QS809=1 \text{ } QS810=1 \text{ } QS11 \geq 3 \text{ } \& \text{ } QS812U=1 \text{ } \& \text{ } QS812C \leq 6 \text{ } \& \text{ } QS813=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS ☐	MENOR DE 1 AÑO ☐ PASE A 838A	DE 1 A 11 AÑOS ☐	MENOR DE 1 AÑO ☐ PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816)		SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 816)	
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812)		SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 (PASE A 812)	
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4		UNA VEZ AL DÍA..... 1 DOS VECES AL DÍA..... 2 TRES VECES AL DÍA..... 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA..... 4	
812	¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes? SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental? REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO	MESES (SI ES < DE 1 AÑO) 1 UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8		MESES (SI ES < DE 1 AÑO) 1 UNO O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA. 8	
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2		SOLO LA NIÑA O EL NIÑO..... 1 MÁS DE UNA PERSONA..... 2	
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI..... 1 NO..... 2		SI..... 1 NO..... 2	

SINTAXIS

Numerador: Tabulación y conteo de las niñas y los niños de 2 a 12 años que cumplen con las preguntas 1, 2, 4 y 5 (todas con respuestas positivas) por reporte de los cuidadores

Denominador: Tabulación y conteo de las niñas y los niños de 2 a 12 años elegibles e identificados por reporte de los cuidadores

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
<i>PORCENTAJE DE CUIDADORES DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD QUE HAN RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.</i>
Indicador de resultado inmediato: Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL
- Ministerio de Salud - Gobierno regional - Gobierno local
DEFINICIÓN
Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO
Eficacia
VALOR DEL INDICADOR
No existen estimaciones directas o indirectas a nivel nacional de este indicador o información reciente que sea comparable.
JUSTIFICACIÓN
La información sobre prácticas de salud bucal se refiere a los conceptos teóricos que ha recibido el cuidador de menores para el cuidado bucal de ellos independientemente de la fuente o medio de donde proviene esta información. Es esperable que esta información sea recibida por los cuidadores y/o personas que pasan más tiempo con los menores (por ejemplo a partir de un proveedor de salud en un establecimiento de salud) y que la apliquen en forma práctica en el cuidado de boca, lengua, dientes y encías de los menores.
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
El indicador solo medirá lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un sub-reporte debido a un sesgo del recuerdo. El indicador solo medirá la recepción de información y no la forma en que estas son implementadas o practicadas por (o con) el menor lo cual podría tener una mejor utilidad.
PRECISIONES TÉCNICAS
Se recogerá información sobre la experiencia de los cuidadores sobre haber recibido información para el fin mencionado (cuidado de salud bucal) para la población beneficiaria (niñas y niños de 0 a 11 años). Para construir el indicador solo se requiere entrevistar a los cuidadores y no es requerida la presencia del menor. Tampoco se requiere privacidad para recoger la información como sucede en otros tópicos (por ejemplo sobre violencia). De todos modos es necesario e ideal realizar un estudio piloto para la prueba conceptual y validación de lenguaje. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador solo se consideraran aquellos sujetos en los que la información fue recibida dentro de los últimos 12 meses.
MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: Número de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. $\sum(QS806=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años. $\cdot \sum(QS802D \geq 0 \ \& \ QSD802D \leq 11 \ \& \ QS802A=1)$.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Anual
FUENTE DE DATOS
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN ESTÁN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIEN NACIDOS). A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.	
801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN NOMBRE	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN NOMBRE
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 2 Y 10B DEL QUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA. N° DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	N° DE ORDEN NOMBRE NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZO..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C..... 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE..... 1 RESPONSABLE NO PRESENTE..... 2 RESPONSABLE RECHAZO..... 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA..... 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA/C..... 6 OTRA..... 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS HORA..... MINUTOS.....	HORA..... MINUTOS.....
802C	¿En que día, mes y año nació (NOMBRE)? FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? EDAD (EN AÑOS)	EDAD (EN AÑOS)
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806)	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806)
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? RESPONDA EN: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 O MÁS AÑOS MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 DOS O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) 1 DOS O MÁS AÑOS..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez? SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAF..... 15 SECTOR PRIVADO CLINICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLINICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL..... MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA ESSALUD/ UBAF..... 15 SECTOR PRIVADO CLINICA/ CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLINICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98

PROGRAMA ESTRATÉGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

18

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) N° DE ORDEN <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOMBRE _____
806	En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA: SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "9" Y PASE A LA PREGUNTA 808	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 (PASE A 808) ←	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8 MISMA/O INFORMANTE..... 9 (PASE A 808) ←
807	¿Dónde recibió la información? ¿En algún otro lugar?	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	MINISTERIO DE SALUD..... A ESSALUD..... B FF. AA. Ó FF. PP..... C MUNICIPALIDAD..... D SECTOR PRIVADO..... E ONG / IGLESIA..... F ORGANIZACIONES DE BASE..... G MEDIOS DE COMUNICACIÓN..... H INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS..... J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y

SINTAXIS

Numerador: tabulación y conteo de los cuidadores que cumplen con la pregunta 2 MAS cualquiera de las preguntas 3a a 3f; pero dentro de un margen de tiempo menor o igual a 12 meses.

Denominador: tabulación y conteo de los cuidadores elegibles e identificados en la encuesta

INDICADORES DE PRODUCCION FISICA

PROMOCIÓN DE LA SALUD

TABLA N° 15

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	3043988. FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Código de producto / actividad	3043988
Unidad de medida	FAMILIA
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Familia Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Familias que recibieron segunda sesión demostrativa en promoción de la salud en Hipertensión arterial y Diabetes mellitus
Fuente de información de la programación	Registro actualizado de Familias según mapa de sectorización Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Vida Sana - Oficina General de Estadística e Informática

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	3043989. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Código de producto / actividad	3043989
Unidad de medida	INSTITUCION EDUCATIVA
Código de la unidad de medida	236

Denominación de producto / actividad	3043989. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS, según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Institución educativa Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Instituciones educativas con CONEI que participaron 01 reunión para evaluar el plan de trabajo (última tarea de la actividad trazadora)
Fuente de información de la programación	Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos.
Forma de recolección de información para la ejecución	El Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Educación para la Salud - Oficina General de Estadística e Informática

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	3043990. MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Código de producto / actividad	3043990
Unidad de medida	MUNICIPIO
Código de la unidad de medida	215
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS, según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Municipio Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Municipio con Comité Multisectorial que participaron en 01 reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora)
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos

Denominación de producto / actividad	3043990. MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)
Forma de recolección de información para la ejecución	El Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Participación Comunitaria - Oficina General de Estadística e Informática

SALUD BUCAL

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA
--

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA PREVENTIVA
Código de producto / actividad	3000006
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Se considera la sumatoria de todas las actividades trazadoras (atención estomatológica básica más aplicación de barniz fluorado o aplicación de flúor gel) de acuerdo al grupo priorizado (Niño, gestante, adulto mayor).
Fuente de información de la programación	Evaluación Anual Estrategia Sanitaria Nacional Salud Bucal ; Registro histórico del desarrollo de las 7 actividades (subproductos) de acuerdo a su frecuencia para el cumplimiento del producto de atenciones estomatológica preventiva
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS, Pecosas de distribución de materiales e insumos
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información de la Oficina general de Estadística e Informática.
Responsable de medición	OGEI

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA
--

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA
Código de producto / actividad	3000007
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Se considera la sumatoria de todas las actividades trazadoras (Debridación de los procesos infecciosos bucodentales, consulta estomatológica, exodoncia dental simple, restauraciones dentales con ionómero de vidrio, restauraciones dentales de resina) de acuerdo al grupo priorizado (Niño, gestante, adulto mayor)
Fuente de información de la programación	Evaluación Anual Estrategia Sanitaria Nacional Salud Bucal ; Registro histórico del desarrollo de las 7 actividades (subproductos) de acuerdo a su frecuencia para el cumplimiento del producto de atenciones estomatológica recuperativa

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA RECUPERATIVA
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS, Pecosas de distribución de materiales e insumos
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información de la Oficina general de Estadística e Informática.
Responsable de medición	OGEI

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA
Código de producto / actividad	3000008
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Se considera la sumatoria de todas las actividades trazadoras (Pulpotomía, Pulpectomía y Rehabilitación protésica) de acuerdo al grupo priorizado (Niño, gestante, adulto mayor).
Fuente de información de la programación	Evaluación Anual Estrategia Sanitaria Nacional Salud Bucal; Registro histórico del desarrollo de las 15 actividades (subproductos) de acuerdo a su frecuencia para el cumplimiento del producto de atenciones estomatológicas especializadas.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS, Pecosas de distribución de materiales e insumos, Ficha de reporte del plan Vuelve a Sonreír
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de Información de la Oficina general de Estadística e Informática; aplicativo de la base de datos Vuelve a Sonreír para la rehabilitación Oral con prótesis Removible en el Adulto Mayor.
Responsable de medición	OGEI, Cirujano Dentista que realizan a actividad.

SALUD OCULAR

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO
Código de producto / actividad	3000009
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	NUMERO DE RECIEN NACIDOS CON FACTORES DE RIESGO PARA RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD QUE SON TAMIZADOS
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO
ejecución	
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA
--

Denominación de producto / actividad	CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO
Código de producto / actividad	3000010
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	NUMERO DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS CON DIAGNOSTICO DE RETINOPATIA DE LA PREMATURIDAD CON TRATAMIENTO ESPECIALIZADO
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA
--

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS
Código de producto / actividad	3000011
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD AFILIADAS AL SIS CON VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES Y ESNSO
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS
Código de producto / actividad	3000012
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS DE 50 AÑOS A MÁS DE EDAD AFILIADAS AL SIS OPERADAS POR CEGUERA POR CATARATAS
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS
Código de producto / actividad	3000013
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	NUMERO DE NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD CON VALORACIÓN DE AGUDEZA VISUAL EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS
Código de producto / actividad	3000014
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	NUMERO DE NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS DE EDAD AFILIADAS AL SIS CON ERRORES REFRACTIVO EN TRATAMIENTO (LENTE ENTREGADOS) SEGÚN CON DIAGNOSTICO DE ERROR REFRACTIVO.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA
Código de producto / actividad	XXX
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS CON TIEMPO DE ENFERMEDAD IGUAL O MAYOR DE 5 AÑOS AFILIADAS AL SIS CON TAMIZAJE EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES Y ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA
Código de producto / actividad	XXX
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS AFILIADAS AL SIS CON DIAGNOSTICO DE RETINOPATÍA DIABETICA QUE RECIBE TRATAMIENTO.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES.
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES.
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON GLAUCOMA
Código de producto / actividad	XXX
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS DE EDAD AFILIADAS AL SIS CON VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL EFECTUADA POR PERSONAL DE SALUD.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES Y ESNSOPC
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON GLAUCOMA
Código de producto / actividad	XXX
Unidad de medida	PERSONA TRATADA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON GLAUCOMA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	NUMERO DE PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS EDAD AFILIADAS AL SIS CON DIAGNOSTICO DE GLAUCOMA QUE ESTAN EN TRATAMIENTO.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HIS e INFORMACION DE LAS REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA DE SOPC

SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES E HIPERTENSIÓN

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
Código de producto / actividad	3000015
Unidad de medida	PERSONA TAMIZADA
Código de la unidad de medida	438
Método de medición	Número de personas en las que se realiza la identificación de factores de riesgos clínicos o de laboratorio relacionados con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADISTICOS E REGISTO DE INFORMES DE LAS REGIONES
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD
Código de producto / actividad	XXXX
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	XXX

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD
Método de medición	Porcentaje de personas de 5 años a más con diagnóstico de sobrepeso u obesidad que reciben tratamiento para el control de su enfermedad, respecto al número de personas de 5 años a más con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, respectivamente, priorizando población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	REPORTE ESTADÍSTICOS Y REGISTRO DE INFORMES DE LAS REGIONES BASE DE DATOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DE PACIENTES
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESNPCDNT

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL
Código de producto / actividad	3000016
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Porcentaje de personas mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que reciben tratamiento para el control de su enfermedad, respecto al número de personas mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial, en población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	BASE DE DATOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA TENDENCIA DE LOS 3 ULTIMOS AÑOS DEL HIS
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

Tabla 91

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES
Código de producto / actividad	3000017
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Porcentaje de personas mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben tratamiento para el control de su enfermedad, respecto al número de personas mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, en población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	BASE DE DATOS DE REGISTRO DE ATENCIONES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y LA TENDENCIA DE LOS 3 ULTIMOS AÑOS DEL HIS.
Fuente de información para la ejecución	HIS/ SIS/ Y REPORTES ESTADÍSTICOS
Forma de recolección de información para la ejecución	SISTEMA DE INFORMACION HISS y LA INFORMACION DE LA REGIONES
Responsable de medición	COORDINADOR DE LA ESTRATEGIA SNPCDNT

METALES PESADOS

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Denominación de producto / actividad	TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS
Código de producto / actividad	3043997
Unidad de medida	PERSONA TRATADA
Código de la unidad de medida	394
Método de medición	Porcentaje de personas priorizadas (Niños y Gestantes) que son evaluadas en el Primer nivel de atención, con dosaje de muestra biológica y que reciben tratamiento en los diversos niveles de atención según al tipo de metal expuesto (Plomo, Arsénico, Mercurio y Cadmio) , en población pobre y extremo pobre (afiliadas al SIS).
Fuente de información de la programación	SIGA PpR
Fuente de información para la ejecución	Reporte Estadísticos HIS – SIS y Registro de Informes Regionales.
Forma de recolección de información para la ejecución	Sistema de información HIS – SIS
Responsable de medición	Coordinadora Nacional de la ESNVCRCPPOSQ

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

TABLA N° 21

Nivel de objetivo	Enunciado del 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 FINAL	Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso u obesidad según medición efectuada al momento de la encuesta	Caso de sobrepeso u obesidad	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Personas de 15 años a más con mediciones de IMC en rango de sobrepeso u obesidad. Denominador: tabulación y conteo de las personas (varones y mujeres) de 15 años a más elegibles e identificables al momento de la encuesta y a quienes se les ha medido el IMC de acuerdo a las pautas establecidas	Si	No aplicable	No
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud	Caso de hipertensión diagnosticada por profesional de salud	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Si	No aplicable	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud	Caso de diabetes mellitus	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Si	No aplicable	No
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan dificultades para ver	Caso de visión baja	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas de 50 años a más que en los últimos 12 meses ha tenido dificultad para ver. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas 50 años a más.	Si	Numerador: Número de personas de 50 años a más que en los últimos 12 meses ha tenido dificultad para ver. $\sum(QS306=1 \text{ ó } QS308=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas 50 años a más.	No
		Proporción de menores de 12 años con valores de plomo mayor a 10YG/DL en sangre+C50	Caso de intoxicación	No	MINSA	Por determinar	Numerador: Número de niños menores de 12 años con concentración de plomo en sangre mayor a 10 ugr/dl x 100. Denominador: Total de la población de niños <12 años en riesgo	No	No aplicable	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
		Promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en niños de 12 años (CPOD)	Personas	Estudio de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencias de tratamiento en escolares	MINSA	DGI	Promedio: sumatoria de número de piezas cariadas, perdidas y obturadas, entre el número de participantes en el estudio.	Si	No aplicable	Si
RESULTADO INTERMEDIO	Mayor población con estilos de vida saludables y con menos factores de riesgo de ENT	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que son actualmente fumadores (durante los últimos 30 días).	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que son actualmente fumadores. Denominador: Número de personas de 15 años a más (varones y mujeres).	Si	No aplicable	No
		Consumo de frutas (en días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de frutas de las personas de 15 años a más. Denominador: Número de personas de 15 años a más.	Si	Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de frutas de las personas de 15 años a más. ($\sum QS213C$). Si la persona no comió fruta se reemplaza $QS213C=0$. Denominador: Número de	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
									personas de 15 años a más.	
		Consumo de verduras (días por semana) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de verduras de las personas de de 15 años a más. Denominador: Número de personas de 15 años a más.	Si	Numerador: Sumatoria del número de días a la semana del consumo de verduras de las personas de 5 años a más. ($\sum QS219C$). Si la persona no comió verduras se reemplaza $QS219C=0$. Denominador: Número de personas de 5 años a más.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
		Consumo de frutas (porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Sumatoria del número de porciones de frutas consumidos diariamente por las personas de 15 años a más. Denominador: Número de personas de 15 años a más.	Si	Numerador: Sumatoria del número de porciones de frutas consumidos diariamente por las personas de 5 años a más. ($\sum QS214C * QS213/7$). Si la persona no comió porciones de fruta (QS213="NO COMIÓ") se reemplaza en QS213=0 y QS214C=0. Si la persona comió 5 o más porciones de fruta se reemplaza QS214C=5. Denominador: Número de personas de 5 años a más.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
		Consumo de verduras y vegetales (en porciones por día) reportado por personas (varones y mujeres) de 15 años a más.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Sumatoria del número de porciones de verduras consumidos diariamente por las personas de 15 años a más. ($\sum QS220C * QS219/7$). Denominador: Número de personas de 5 años a más.	Si	Numerador: Sumatoria del número de porciones de verduras consumidos diariamente por las personas de 5 años a más. $\sum QS220C * QS219/7$. Si la persona no comió porciones de verdura ($QS219 = "NO COMIÓ"$) se reemplaza $QS219=0$ y $QS220=0$. Si la persona comió cucharadas de verduras se reemplaza $QS220C=QS220CC/4$. Denominador: Número de personas de 5 años a más.	No
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que son actualmente fumadores (durante los	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que son actualmente fumadores. Denominador: Número de personas de 15 años a más (varones y mujeres).	Si	No aplicable	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
		últimos 30 días).								
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que fuman diariamente.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que fuman diariamente. Denominador: Número de personas de 15 años a más (varones y mujeres).	Si	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que fuman diariamente. $\sum(QS202=1)$. Denominador: Número de personas de 15 años a más (varones y mujeres).	
		Edad media del inicio del hábito de fumar diariamente	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Mediana de edad de inicio de consumo de tabaco	Si	No aplicable	No
		Número medio de cigarrillos consumidos diariamente en la población que fuma diariamente.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Sumatoria del número de cigarrillos consumidos por personas de 15 años y más que fuman diariamente. Denominador: Número de personas de 15 años a más que fuman diariamente.	Si	Numerador: Sumatoria del número de cigarrillos consumidos por personas de 15 años y más que fuman diariamente.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
								$\sum QS205C$. Denominador: Número de personas de 15 años a más que fuman diariamente. $\sum (QS\geq 15$ &QS202=1).		
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 5 años a más. que reportan consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o verduras o vegetales.	Personas	ENDES	MINSA-INS	INEI	Numerador: Número de personas de 15 años a más. que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras diarias. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas de 5 años a más.	Si	$\frac{1}{2} \sum (QS214C + QS213 + QS202C + QS219) \geq 5$	No
	Mayor población con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes controlada satisfactoriamente.	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener sobrepeso u obesidad diagnosticada por el médico y que actualmente reciben tratamiento.	Caso de sobrepeso u obesidad que reciben una intervención	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener sobrepeso u obesidad diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben un intervención Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener sobrepeso u obesidad diagnosticada por un	Si	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 5 años a más que reportan tener sobrepeso u obesidad diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben una intervención.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
							profesional de la salud.		Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 5 años a más que reportan tener sobrepeso u obesidad diagnosticada por un profesional de la salud.	
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico	Caso de hipertensión controlado	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud.	Si	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS104=1 \& QS105=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
								personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS102=1 \& QS23 \geq 15)$.		
		Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico.	Caso de diabetes mellitus controlado	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud.	Si	Numerador: Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud y que actualmente reciben tratamiento farmacológico. $\sum(QS111=1 \& QS112=1 \& QS113=1)$. Multipl icado por 100. Denominador: Número de personas (varones y mujeres) de 15	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
								años a más que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud. $\sum(QS109=1 \ \& \ QS23 \geq 15)$.		
	Mayor número de personas con problemas de salud bucal manejadas satisfactoriamente	Porcentaje personas con de Alta Básica Odontológica	Gestantes	Sistema de información del HIS	MINSA	Oficina general de estadística e informática	Numerador: Número de Gestantes con Alta Básica Odontológica. Multiplicado por 100. Denominador: Número de Gestantes Atendidas en el establecimiento de Salud.	Si	No aplicable	No
	Recién nacido con diagnóstico de Retinopatía de la Prematuridad que recibe tratamiento oportuno	Recién nacidos con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad que son tamizados	Prematuros	Sistema de información del HIS	MINSA	Oficina general de estadística e informática	Numerador: recién nacidos prematuros con diagnóstico de retinopatía de la prematuridad. Multiplicado por 100. Denominador: número de recién nacidos prematuros con factores de riesgo para retinopatía de la prematuridad tamizados	Si	No aplicable	Si
	Población de 50 años a más con tratamiento de ceguera por	Porcentaje de población de 50 años a más con tratamiento de	Caso de catarata	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de personas de 50 años a más con diagnóstico de Catarata Tratada.	Si	Numerador: Número de personas de 50 años a más con	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
	catarata	ceguera por catarata sobre población de 50 a más años con diagnóstico de ceguera por catarata.					Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas de 50 años a más con diagnostico de catarata		diagnóstico de Catarata. $\sum(QS304=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas de 50 años a más	
	Niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo que recibe tratamiento corrector (lentes)	Porcentaje de niños de 3 a 11 años con tratamiento de error refractivo diagnosticado sobre el número de niños de 3 a 11 años con diagnóstico de error refractivo.	Personas	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Numero de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo.	Si	Numerador: Numero de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo (reportado por el cuidador) y que reciben tratamiento correctivo con lentes. $\sum(QS824=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido un diagnóstico de al menos un tipo de error refractivo. $\sum(QS820=1 \& QS802A=1 \& QS802D \geq 3 \& QS802D \leq 11)$.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
	Mayor número de personas con intoxicación con metales pesados manejadas satisfactoriamente									
RESULTADO INMEDIATO	Personas de 50 años a más con valoración de agudeza visual para la detección precoz de ceguera por cataratas	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan haber recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses					Numerador: Número de personas de 50 años a más cuya agudeza visual ha sido efectuada por un personal de salud en los últimos doce meses. Multiplicado por 100. Denominador: Número de personas de 50 años a más.	Si	No	

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible
								15, 30, 31, 40, 41 en QS313prof=1, y las opciones 21, 42, 96 en QS313prof=2 y la respuesta 98 en QS313prof=3. Paso 2: Clasificar "Valoración de Agudeza Visual por personal de salud", cuando se realizó la prueba de agudeza visual (QS301=1), en los últimos 12 meses (QS302U=1, QS302C<=12) y atendido por profesional de salud (QS303prof=1). Denominador: Número de personas de 50 años a más.

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
	Niños de 3 a 11 años con valoración de agudeza visual para identificar casos de errores refractivos no corregidos	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud en los últimos 12 meses.					Numerador: niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niños y niñas de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).	Si	Numerador: niñas y niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada por personal de salud dentro de los últimos 12 meses. $\sum(QS817=1 \& QS818 \leq 12)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de niños y niñas de 3 a 11 años. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).	No
	Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con problemas de salud bucal	Porcentaje de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses.	Persona	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas identificados en la encuesta que reportan haber sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12 meses. Multiplicado por 100. Denominador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más.	Si	Numerador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a mas identificados en la encuesta que reportan haber sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 12	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
								meses. $\sum(QS311=1 \& QS312U=1 \& QS312C \leq 12)$. Multiplicado por 100. Denominador: Numero de adultos (varones y mujeres) de 60 años a más.		
		Porcentaje de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han sido atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses	Persona	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses. Multiplicado por 100. Denominador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad.	Si	Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad atendidos en un servicio odontológico durante los últimos 6 meses. $\sum(QS803=1 \& QS804U=1 \& QS804C \leq 6)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número de niños y niñas de 0 a 11 años de edad. Solo se considera a los niños y niñas cuando en QS802A=1 (responsable presente).	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible	
	Mayor población que reciben información acerca de estilos de vida saludables	Porcentaje de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular reportadas por el cuidador					Numerador: Número de niñas y niños de 3 a 11 años con prácticas adecuadas de salud ocular. Multiplicar por 100. Denominador: Número total niñas y niños de 3 a 11 años.	Si	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
									(P_OCULAR=1), es decir los que no cumplen con la condición del Paso 1. Paso 3: Sumar P_OCULAR=1. Denominador: Número total niñas y niños de 3 a 11 años. $\sum(QS802A=1 \ \& \ QS802D \geq 3 \ \& \ QS802D \leq 11)$).	
		Porcentaje de niñas y niños de 2 a 11 años de edad con prácticas adecuadas de salud bucal	Persona	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de salud bucal. Multiplicado por 100. Denominador: Numero de niñas y niños de 2 a 11 años.	Si	Numerador: Numero de niñas y niños de 1 a 11 años con prácticas adecuadas de salud bucal. $\sum(QS809=1 \ 6 \ QS810=1 \ \& \ QS11 \geq 3 \ \& \ QS812U=1 \ \& \ QS812C \leq 6 \ \& \ QS813=1)$. Multiplicado por	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
									100. Denominador: Numero de niñas y niños de 2 a 11 años.	
		Porcentaje de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años de edad que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses.	Persona	ENDES	MINSA	INEI	Numerador: Número de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años que que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años.	Si	Numerador: Número de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años que han recibido información sobre prácticas de salud bucal en los últimos 12 meses. $\sum(QS806=1)$. Multiplicado por 100. Denominador: Número total de cuidadores de niñas y niños de 0 a 11 años. . $\sum(QS802D \geq 0 \ \& \ QSD802D \leq 11 \ \& \ QS802A=1)$.	No

Nivel de	Enunciado del	Nombre del	U.M.	Fuente de	Responsable	Responsable	Método de calculo	Disponible		
	Mayor proporción de personas tamizadas y diagnosticadas con intoxicación con metales pesado que han recibido manejo de calidad por profesionales de salud	Porcentaje de personas expuestas a metales pesados tamizadas que han recibido manejo de calidad por profesionales de la salud.	Persona tamizada	HIS	MINSA	INEI	Numerador: numero de personas expuestas a metales pesados que reciben atención por profesional de la salud. X 100 Denominador: numero de personas tamizadas	No	No aplicable	No

TABLA N° 28

PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

Actualmente, no se tienen valores históricos que tengan alcance nacional con la metodología estandarizada con la que la Encuesta Nacional de Salud Familiar-ENDES está midiendo desde el 2014 los indicadores especificados, para monitorear el impacto final del programa presupuestan de enfermedades no-transmisibles.

Los únicos indicadores de los que se tienen un valor histórico generados con metodología similar a como serán medidos en el futuro es el de violencia física de pareja y el índice de piezas cariadas, perdidas y obturadas.

El primer indicador del que se tiene información histórica es el de violencia física de pareja. El estudio que recabo este indicador fue realizado en el 2006 y contó con metodología epidemiológica poblacional, donde se incluye a hombres y mujeres y con un instrumento que recaba la información de manera concisa y objetiva muy similar al utilizado en el ENDES del 2014. Este estudio de violencia física de pareja encuentra que el 12.05% de la población de 5 ciudades urbanas del Perú ha sido víctima de este tipo de violencia en los últimos 12 meses. Se espera que con las medidas de salud pública orientadas a reducir este tipo de violencia, se logre reducir esta prevalencia anual en 1% cada 2 años. En la Tabla 94 se muestra esta proyección asumiendo que para el 2013 la prevalencia anual se ha mantenido en 12.05%.

El segundo indicador con información histórica, que recaba con una metodología similar a la que se planea continuar en el futuro es el índice de piezas cariadas, perdidas u obturadas a la edad de 12 años (CPOD-12). La información histórica con que se cuenta de este indicador fue generada en un estudio realizado en el 2002, donde se encuentra que el CPOD-12 fue de 3.67. Se espera que con las acciones orientadas a mejorar la salud bucal, este índice disminuya al menos 0.1 puntos por año. En la Tabla 94 se muestra dicha proyección asumiendo que para el 2013 se ha mantenido en 3.67 dicho índice.

Estimación de la meta Proyectada

Resultado final	Indicador	Valores históricos		Metas proyectadas	
		2013	2014	2015	2016
Reducción de la morbilidad, mortalidad y discapacidad por Enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con sobrepeso u obesidad de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta	52	52.7	53.4	53.6
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a más con presión arterial elevada de acuerdo a medición efectuada al momento de la encuesta	16.6	16.6	16.0	15.8
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un médico	12.2	12.2	12.5	13.0
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un médico	2.8	3.3	4	4.9
	Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años o más que reportan tener dificultades para ver	11.5--	--	11.4	11.3
	Proporción de menores de 12 años con valores de plomo mayor a 10YG/DL en sangre+C50	--	--	--	--
	Promedio de piezas cariadas, perdidas y obturadas en niños de 12 años (CPOD)	3.67	3.57	3.47	3.37

Comentado [JRJF2]: La meta se incrementa en vez de mantenerse o disminuir

Comentado [JRJF3]: En el 2013, debe ser 16.6%, 2014, 16.6, 2015- 16% y 2016-15.8%.

Comentado [JRJF4]: En 2013 es 12.2%, 2016: 13%

TABLA N° 29

Programación Multianual de la Meta Física

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	Total Promedio de META 2013	Total Suma de META 2014	Total Suma de META 2015	Total Suma de META 2016
	3000001. ACCIONES COMUNES	0	6,186	5,920	6,098
	3000006. ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA	147,853	5,371,101	5,542,976	5,720,351
	3000007. ATENCION ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA	14,138	3,580,734	3,598,637	3,616,630
	3000008. ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA	1,736	69,843	70,848	71,868
	3000009. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	84	9,800	10,224	10,610
	3000010. CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA	65	4,288	3,154	3,226

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	Total Promedio de META 2013	Total Suma de META 2014	Total Suma de META 2015	Total Suma de META 2016
	OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO				
	3000011. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	4,853	1,061,022	1,002,728	1,053,400
	3000012. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	869	65,454	91,664	94,130
	3000013. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	13,668	1,442,022	1,545,986	1,607,710
	3000014. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	7,124	246,424	229,368	241,606
	XXXXXX TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON RETINOPATÍA DIABÉTICA			188,125	197,531
	XXXXXX TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA			12,029	12,630
	XXXXXX TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES CON GLAUCOMA			70,547	74,074.18
	XXXXXX TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTE CON GLAUCOMA			3,866	4,059
	3000015. VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	12,355	2,067,208	2,014,376	2,121,096
	XXXXX TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD	XXXX	XXXXX	XXXXX	XXXXXX
	3000016. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	4,917	552,532	568,030	598,026
	3000017. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	1,452	363,852	273,752	288,696
	3043985. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	2,490	0	0	0
	3043986. DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1,170	0	0	0
	3043987. POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	191,773	19,565,122	10,149,866	10,218,720
	3043988. FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	6,219	774,400	1,244,052	1,296,388

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	Total Promedio de META 2013	Total Suma de META 2014	Total Suma de META 2015	Total Suma de META 2016
	3043989. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	311	33,248	37,090	37,992
	3043990. MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	36	2,192	1,954	2,060
	3043997. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS	1,124	270,426	281,140	294,222

TABLA N° 30

Programación Multianual de la Meta Financiera

PRODUCTOS	2014	2015	2016
3000001. ACCIONES COMUNES	22,502,237	44324791	44241489
3000006. ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA BASICA	39,695,578	69132507	70001549
3000007. ATENCION ESTOMATOLOGICA RECUPERATIVA BASICA	18,716,872	49702958	50683187
3000008. ATENCION ESTOMATOLOGICA ESPECIALIZADA BASICA	11,657,948	34076084	35792654
3000009. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	2,555,724	5405497	5087683
3000010. CONTROL Y TRATAMIENTO DE PACIENTE CON RETINOPATIA OFTAMOLOGICA DEL PREMATURO	1,534,539	3926572	4062706
3000011. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON CATARATAS	12,253,234	29371592	29710169
3000012. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON CATARATAS	7,386,836	24948280	25373918
3000013. TAMIZAJE Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	5,535,469	21158226	22093716
3000014. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES CON ERRORES REFRACTIVOS	5,723,350	13596315	13965663
3000015. VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES	18,777,992	35072630	35812560
3000016. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	39,158,292	64422110	69620803
3000017. TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES	28,045,056	54647897	59348021

PRODUCTOS	2014	2015	2016
3043987. POBLACION INFORMADA Y SENSIBILIZADA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	16,794,440	25260350	26661920
3043988. FAMILIA EN ZONAS DE RIESGO INFORMADA QUE REALIZAN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	6,914,515	23683906	23338580
3043989. INSTITUCIONES EDUCATIVAS QUE PROMUEVEN PRACTICAS HIGIENICAS SANITARIAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	4,308,174	8703133	9484649
3043990. MUNICIPIO QUE DESARROLLAN ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (MENTAL, BUCAL, OCULAR, METALES PESADOS, HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)	2,973,936	6779528	6922283
3043997. TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PACIENTES AFECTADOS POR METALES PESADOS	9,521,789	23487585	24046633
Total General	282,677,248	601,479,418	622,066,270

TABLA N° 31
Estructura Programática

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
0018. enfermedades no transmisibles	3000001. acciones comunes		5004452. monitoreo, supervisión, evaluación y control de enfermedades no transmisibles	060. informe	20. salud	004. planeamiento gubernamental	0005. planeamiento institucional	0043985. monitoreo, supervisión, evaluación y control de enfermedades no trasmisibles
	3000001. acciones comunes		5004453. desarrollo de normas y guías técnicas en enfermedades no	080. norma	20. salud	43. salud colectiva	0093. regulación y control	0043986. desarrollo de normas y guías técnicas en

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
			transmisibles				sanitario	enfermedades no trasmisibles
	3000001. acciones comunes		Vigilancia, Investigación y tecnologías en Enfermedades No Transmisibles	060. informe	20. salud	004. planeamiento gubernamental	0005. planeamiento institucional	Vigilancia, Investigación y tecnologías en Enfermedades No Transmisibles
	Atención estomatológica preventiva	394. persona tratada	Atención estomatológica preventiva en niños, gestantes y adultos mayores	394. persona tratada	20. salud	44. salud individual	0096. atención medica básica	Atención estomatológica preventiva
	Atención estomatológica recuperativa	394. persona tratada	Atención estomatológica recuperativa en niños, gestantes y adultos mayores	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0096. atención medica básica	Atención estomatológica recuperativa
	Atención estomatológica especializada	394. persona tratada	Atención estomatológica especializada en niños, gestantes y adultos mayores	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0096. atención medica básica	Atención estomatológica especializada
	3000009. tamizaje y diagnóstico de paciente con retinopatía oftalmológica del prematuro	438. persona tamizada	5000107. exámenes de tamizaje y diagnostico en pacientes con retinopatía oftalmologica del prematuro	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055930. tamizaje y diagnóstico de paciente con retinopatía oftalmologica del prematuro

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	3000010. control y tratamiento de paciente con retinopatía oftalmologica del prematuro	394. persona tratada	5000108. brindar tratamiento a niños prematuros con diagnóstico de retinopatía oftalmologica	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055931. control y tratamiento de paciente con retinopatía oftalmologica del prematuro
	3000011. tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas	438. persona tamizada	5000109. evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0053991. tamizaje y diagnóstico de pacientes con cataratas
	3000012. tratamiento y control de pacientes con cataratas	394. persona tratada	5000110. brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de cataratas	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055927. tratamiento y control de pacientes con cataratas
	3000013. tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos	438. persona tamizada	5000111. exámenes de tamizaje y diagnóstico de personas con errores refractivos	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0053992. tamizaje y diagnóstico de pacientes con errores refractivos
	3000014. tratamiento y control de pacientes con errores refractivos	394. persona tratada	5000112. brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de errores refractivos	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055928. tratamiento y control de pacientes con errores refractivos
	tamizaje y diagnóstico de pacientes con retinopatía diabética	438. persona tamizada	5000109. evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con retinopatía diabética	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	tamizaje y diagnóstico de pacientes con retinopatía diabética

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	tratamiento y control de paciente con retinopatía diabética	394. persona tratada	5000110. brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de retinopatía diabética	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	tratamiento y control de paciente con retinopatía diabética
	tamizaje y diagnóstico de pacientes con glaucoma	438. persona tamizada	5000109. evaluación de tamizaje y diagnóstico de pacientes con glaucoma	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	tamizaje y diagnóstico de pacientes con glaucoma
	tratamiento y control de paciente con glaucoma	394. persona tratada	5000110. brindar tratamiento a pacientes con diagnóstico de glaucoma	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	tratamiento y control de paciente con glaucoma
	3000015. valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles	438. persona tamizada	5000113. evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles	438. persona tamizada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0055929. valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles
	XXXX Tratamiento y control de personas con sobrepeso y obesidad	394. Persona tratada	Brindar intervención y tratamiento a las personas con sobrepeso u obesidad	394. Persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	XXXX Tratamiento y control de personas con sobrepeso y obesidad
	3000016. tratamiento y control de personas con hipertensión arterial	394. persona tratada	5000114. brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0054002. tratamiento y control de personas con hipertensión arterial

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	3000017. tratamiento y control de personas con diabetes	394. persona tratada	5000115. brindar tratamiento a personas con diagnóstico de diabetes mellitus	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0054001. tratamiento y control de personas con diabetes
	3043987. población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	259. persona informada	5000098. información y sensibilización de la población en para el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	259. persona informada	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043987. población informada y sensibilizada en el cuidado de la salud de las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
	3043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial)	056. familia	5000099. promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias en zonas de riesgo para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes)	056. familia	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043988. familia en zonas de riesgo informada que realizan prácticas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial)

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	y diabetes mellitus)							y diabetes mellitus)
	3043989. instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)	236. institución educativa	5000100. promoción de prácticas saludables en instituciones educativas para la prevención de las enfermedades no transmisibles (salud mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hta y diabetes mellitus)	236. institución educativa	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043989. instituciones educativas que promueven practicas higiénicas sanitarias para prevenir las enfermedades no trasmisibles (mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
	3043990. municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no transmisibles (	215. municipio	5000101. acciones dirigidas a funcionarios de municipios para prevenir las enfermedades no transmisibles (mental, bucal, ocular, metales	215. municipio	20. salud	043. salud colectiva	0095. control de riesgos y daños para la salud	0043990. municipio que desarrollan acciones dirigidas a prevenir las enfermedades no trasmisibles (mental,

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO/ACCIONES COMUNES	UNIDAD DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD	FUNCIÓN	DIVISIÓN FUNCIONAL	GRUPO FUNCIONAL	FINALIDAD
	mental, bucal, ocular, metales pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)		pesados, , sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)					bucal, ocular, metales pesados, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus)
	3043997. tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados	394. persona tratada	5000103. exámenes de tamizaje y tratamiento de personas afectadas por intoxicación de metales pesados	394. persona tratada	20. salud	044. salud individual	0097. atención médica especializada	0043997. tamizaje y tratamiento de pacientes afectados por metales pesados