

Anexo I

Listado de indicadores de desempeño (ID), compromisos de mejora de los servicios (CM) y fichas técnicas del Año 2026

Contenido en la Carpeta 1 del siguiente enlace:

<https://files.minsa.gob.pe/s/JRWDdYdHqkntGri>



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 20:11:46 -05:00

Diciembre 2025

**ANEXO I: LISTADO DE INDICADORES DE DESEMPEÑO (ID), COMPROMISOS DE MEJORA (CM) Y FICHAS TÉCNICAS
DEL AÑO 2026**

N°	TIPO DE INDICADOR (Según Art. 15 DL 1153)	INDICADOR
1	Indicador de desempeño	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado.
2	Indicador de desempeño	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminan el esquema completo de 6 meses y se mantienen sin anemia
3	Indicador de desempeño	Porcentaje de recién nacidos con tamizaje neonatal metabólico
4	Indicador de desempeño	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.
5	Indicador de desempeño	Porcentaje de niñas/niños de 24 meses de edad, que reciben vacunas para su edad
6	Indicador de desempeño	Porcentaje de recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento.
7	Indicador de desempeño	Tasa de éxito de tratamiento para TB Sensible
8	Indicador de desempeño	Porcentaje de contactos de TB que culminan Terapia Preventiva para TB (TPTB).
9	Indicador de desempeño	Cobertura de la Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas adultas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral
10	Indicador de desempeño	Porcentaje de niñas y niños (6 meses a 6 años, 11 meses y 29 días) que reciben procedimientos estomatológicos preventivos.
11	Indicador de desempeño	Porcentaje de personas que acceden a algún método anticonceptivo moderno de planificación familiar.
12	Indicador de desempeño	Porcentaje de gestante atendidas con 2 o más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital, referidas por factores de riesgo
13	Indicador de desempeño	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo básico, priorizado
14	Indicador de desempeño	Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia) que inician tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico) en menor o igual a 37 días.
15	Indicador de desempeño	Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje
16	Indicador de desempeño	Porcentaje niñas y niños de 9 años de edad vacunados contra el virus de papiloma humano (VPH).
17	Indicador de desempeño	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación
18	Indicador de desempeño	Egresos de personas por problemas de salud mental en Hospitales con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA).
19	Indicador de desempeño	Porcentaje de personas con diagnóstico de depresión que reciben el paquete estándar de intervenciones
20	Indicador de desempeño	Porcentaje de Resolutividad
21	Indicador de desempeño	Rendimiento de Sala de Operaciones
22	Indicador de desempeño	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
23	Indicador de desempeño	Porcentaje de Ocupación Cama

N°	TIPO DE INDICADOR (Según Art. 15 DL 1153)	INDICADOR
24	Indicador de desempeño	Intervalo de Sustitución Cama
25	Indicador de desempeño	Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un paciente referido
26	Indicador de desempeño	Utilización de consultorios externos de medicina
27	Indicador de desempeño	Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
28	Indicador de desempeño	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (%DME)
29	Indicador de desempeño	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información
30	Indicador de desempeño	Porcentaje de concordancia entre los aplicativos informáticos del Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano del Sector Público (AIRHSP), Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) y de la Planilla de Haberes (PLH).
31	Indicador de resultado	Porcentaje de concordancia del número del personal médico consignado en el Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS), la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales (TUA SUSALUD), el aplicativo del SIS, el HIS MINSA y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA
32	Indicador de desempeño	Tasa de uso de los servicios de telemedicina
33	Indicador de desempeño	Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa de medicina y Atención Prenatal del SIHCE del MINSA.
34	Indicador de desempeño	Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa del SIHCE del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
35	Compromiso de mejora	DIRESA, GERESA, DIRIS y Redes de Salud cuentan con servicios de atención integral de ITS, VIH y Hepatitis
36	Compromiso de mejora	Establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad en servicios de cuidado integral de salud para adolescentes
37.1	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores regionales y seguimiento de réplicas a profesionales de salud de los establecimientos de salud de las DIRIS de Lima, DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y Atención del recién nacido sano y con complicaciones
37.2	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia
37.3	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel la atención en el manejo de las emergencias pediátricas y su referencia oportuna
37.4	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de las REDES INTEGRADAS DE SALUD, mejorando las competencias del personal profesional de salud, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), de los tres niveles de atención
37.5	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención en la identificación, evaluación y manejo rehabilitador de patologías prevalentes en la infancia
38	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (EES Amigos de la Madre, la Niña y el Niño)
39	Compromiso de mejora	Implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención

N°	TIPO DE INDICADOR (Según Art. 15 DL 1153)	INDICADOR
40	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de la articulación del centro de salud mental comunitaria, establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado en salud mental y de los Hogares Protegidos
41	Compromiso de mejora	Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a nivel nacional
42	Compromiso de mejora	Fortalecimiento del equipamiento informático y la conectividad en los establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y Gobiernos Regionales
43	Compromiso de mejora	Fortalecimiento del sistema de información en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los Gobiernos Regionales
44	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente
45	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud
46	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de las acciones de fomento de la investigación en salud
47	Compromiso de mejora	Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a través de la estrategia de RIS iniciadoras en las regiones y en Lima Metropolitana
48	Compromiso de mejora	Fortalecimiento de las acciones desde los espacios de articulación territorial y los establecimientos de salud para la implementación de las Políticas de Salud

Ficha N° 01: Porcentaje de niñas/niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud; EESS del I nivel de atención y Hospitales con población asignada. Se excluirá aquellos EESS del I Nivel de atención, cuyos distritos no tengan nacimientos el año 2025, según CNV en línea.
Definición	Determina el porcentaje de niños de 12 a 18 meses que, habiendo tenido un diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, se han recuperado luego de 6 meses a partir del diagnóstico. Para el cálculo del indicador se considera a las niñas/niños registrados con DNI en el padrón nominal y HIS, con tipo de seguro, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal y con diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 180 y 364 días de edad.
Justificación	La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 1 año es un problema de salud pública que afecta negativamente el desarrollo infantil temprano, siendo de 51.8% (Nueva directriz OMS 2024). El manejo terapéutico de la anemia desde los servicios de salud, de acuerdo a la NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, aprobada por RM N°251-2024-MINSA y modificada por RM N°429-2024-MINSA, comprende la administración de suplementos de hierro a razón de 3 mg/kg/día, durante 06 meses, se acompaña de dosaje de hemoglobina control, consulta médica, consulta nutricional, visita domiciliaria y/o telemonitoreo y acciones de promoción de salud como asegurar las practicas instituciones durante el parto y atención del recién nacido, corte oportuno de cordón umbilical, contacto piel a piel, promoción y protección de la lactancia materna, promover la alimentación complementaria, consumo de alimentos ricos en hierro, sesiones demostrativas, promover el autocuidado, articulaciones con los gobierno local y otros sectores. Un factor determinante para la efectividad del tratamiento que conlleva la recuperación del niño con anemia es la adherencia al tratamiento; la misma que se afecta porque el nivel de conocimiento de las madres sobre los beneficios del suplemento de hierro es insuficiente por lo cual el incumplimiento en el tratamiento es recurrente y en la mayoría de los casos se debe a los efectos asociados a su consumo. Monitorear el proceso del tratamiento hasta alcanzar la recuperación, nos garantiza que el niño ha recuperado sus reservas de hierro y le confiere mejores oportunidades de desarrollo físico e intelectual y una mejor calidad de vida. La medición del indicador se hace desde el 2019, incrementándose la proporción de 0.8% a 24.8% (2023) y al mes de agosto la proporción se ha incrementado a 30%, razón por la cual se debe mantener como indicador para la medición del desempeño.
Fórmula del indicador	Niñas/niños del denominador con diagnóstico definitivo de anemia, iniciaron oportunamente tratamiento y registran en HIS su recuperación con dosaje de hemoglobina entre 180 y 209 días a partir del diagnóstico. ----- X 100 Niñas/niños de 12 a 18 meses en el período de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro, registrados en el padrón nominal con DNI, que cumplen hasta 209 días a partir del primer diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación. Se excluye casos con código CIE X: D649 y Lab: RF dentro de los 6 meses de tratamiento.
Construcción del indicador	Numerador: Suma de DNI / CNV que forman parte del denominador que, 1. Iniciaron oportunamente tratamiento: Diagnóstico de anemia (primer diagnóstico): CIE X: D509 o D649 + Tipo Dx: D, Inicio de tratamiento (primera entrega de hierro): CPMS: 99199.17 + Lab (diferente a vacío). La diferencia de fechas entre el diagnóstico de anemia e inicio de tratamiento será hasta 7 días, Y, Considerando al menos 2 entregas adicionales de suplemento de hierro en el periodo de tratamiento con un rango de 25 a 70 días entre cada entrega de hierro: CPMS: 99199.17 + Lab (diferente a vacío). 2. (las entregas de hierro serán antes de 180 días desde el inicio de tratamiento) Y,



	3. Registran en HIS su termino de tratamiento y recuperación entre 180 y 209 días según: * CPMS: 99199.17 + Lab: TA * CIE X: D509 ó D649 + Lab: PR * CPMS: 85018 o 85018.01 o 85031 + Tipo Dx: D Denominador: Suma de DNI / CNV únicos de niños que cumplen entre 360 a 573 días de edad en el período de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Y, 1. Niños que cumplen hasta 209 días posteriores al primer diagnóstico de anemia (CIE X: D509 o D649 + Tipo Dx: D) en el periodo de evaluación. Y, 2. Niños que iniciaron tratamiento de anemia usando el registro CIE X: D649 + Tipo Dx: D, pero se comprueba que no presenta anemia ferropénica; descontar nominalmente de los registros cuando se presente registros CIE X: D649 + Lab: RF en todo el periodo del tratamiento de anemia.
Valor umbral	40%
Logro esperado	50%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón Nominal – HIS MINSA
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable (UFANS).
Responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	1. El reporte de seguimiento mensual desde el primer al último día del mes reportado. La evaluación es anual y comprende el consolidado de todos los reportes mensuales. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. Se contabilizará como máximo un solo registro por tipo de prestación por día. 4. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026. 5. Si el logro alcanzado en un distrito es igual a cero, el porcentaje de cumplimiento de distrito será evaluado por la UFANS, para tal efecto en el periodo de reconsideración, la DIRESA, GERESA o DIRIS remite un informe a la UFANS con el sustento y evidenciando que la cobertura de medición de la hemoglobina es igual o mayor al 90% de los niños del padrón nominal.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:05:15 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:24:45 -05:00



Ficha N°02: Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminan el esquema completo de 6 meses y se mantienen sin anemia

Nombre	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminan el esquema completo de 6 meses y se mantienen sin anemia
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud; EESS del I nivel de atención y Hospitales con población asignada. Se excluirá aquellos EESS del I Nivel de atención, cuyos distritos no tengan nacimientos el año 2025, según CNV en línea.
Definición	Determina el porcentaje de niños de 6 a 11 meses que, habiendo iniciado la suplementación preventiva con hierro culminan el esquema de suplementación en un periodo de 6 meses y se mantienen sin anemia. Para el cálculo del indicador se considera a las niñas/niños que acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta con tipo de seguro, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional) registrado en el HIS entre los 180 y 364 días de edad.
Justificación	El desarrollo infantil temprano se ve severamente obstaculizado por la anemia ferropénica, un problema de salud pública que, según la normativa más reciente de la OMS (2024), está presente en el 51.8% de los niños entre 6 y 11 meses. Según lo establecido en la NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024 y modificada por RM N°429-2024-MINSA, la estrategia fundamental para la prevención de la anemia en menores de 3 años se basa en la suplementación preventiva continua durante seis meses. Este enfoque integral complementa el tratamiento farmacológico con un paquete de prestaciones que incluye monitoreo de hemoglobina, consultas médicas, consejería nutricional y seguimiento (visitas domiciliarias o teleorientación). Asimismo, prioriza la promoción de la salud desde el nacimiento (corte oportuno del cordón, contacto piel a piel, lactancia materna) y fomenta hábitos alimenticios adecuados, el autocuidado y la articulación intersectorial con gobiernos locales.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas/niños del denominador que iniciaron la suplementación preventiva entre los 6 y 11 meses, cumplen con el control de hemoglobina a los 3 meses del inicio, registran al menos tres entregas de hierro, registran término de la suplementación y su respectivo dosaje de hemoglobina. Ausencia de diagnóstico de anemia en el control realizado entre los 180 y 209 días posteriores a la finalización del esquema.}}{\text{Niñas/niños de 12 a 18 meses en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro, registrados en el padrón nominal con DNI, que cumplen hasta 209 días a partir del primer dosaje de hemoglobina en el periodo de evaluación.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Suma de DNIs que forman parte del denominador que, 1. Registran la primera suplementación preventiva con hierro con CPMS: 99199.17 + Lab (diferente a vacío), entre los 180 y 364 días, hasta 15 días desde el primer dosaje de hemoglobina. Y; 2. Considerar 2 entregas de hierro adicionales, con CPMS: 99199.17 + Lab (diferente a vacío), y con una diferencia entre cada entrega de 25 a 70 días. Y; 3. Registrar en HISMINSA su control de dosaje de hemoglobina entre 85 a 119 días con CPMS: 85018 o 85018.01 o 85031 a partir del inicio de la suplementación preventiva con hierro. Y; 4. Registran en HIS su termino de suplementación, dosaje y sin anemia entre 180 y 209 días desde su primera suplementación preventiva con hierro según: - CPMS: 99199.17 o 99199.19 + Lab: TA - CPMS: 85018 o 85018.01 o 85031 - No debe presentar: CIEIX: D649 o D509 + Tipo Dx: D Denominador: Suma de DNI/CNV únicos de niños que cumplen entre 360 a 573 días de edad en el periodo de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), registrados en el padrón nominal con DNI, según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. Y,



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:25:26 -05:00



Firmado digitalmente por ALARCON
GUZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:56:55 -05:00



	- Niños que cumplen entre 180 hasta 209 días posteriores al primer dosaje de hemoglobina con CPMS: 85018 o 85018.01 o 85031. El primer dosaje de hemoglobina se dará entre los 6 a 11 meses de edad (180 a 364 días). - Y, - Excluir del denominador a los niños que presenten algún diagnóstico de anemia (CIEX: D509 o D649 + Tipo Dx: D) entre los 6 a 11 meses de edad (180 a 364 días)
Valor umbral	40%
Logro esperado	70%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS Información HIS-MINSA 2025.
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable (UFANS).
Responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	- La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. - El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:57:13 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:26:54 -05:00

Ficha N° 03: Porcentaje de recién nacidos con tamizaje neonatal metabólico

Nombre	Porcentaje de recién nacidos con tamizaje neonatal metabólico
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de Aplicación	Red de Salud y EESS del primer nivel de atención categorías I-3 y I-4
Definición	Se refiere a los recién nacidos del departamento con tamizaje neonatal, para lo cual se tienen en cuenta lo siguiente: - Tamizaje neonatal a partir de las 48 hrs. de nacido hasta los 06 días.
Justificación	El Tamizaje Neonatal, es una estrategia de Salud Pública, esencialmente preventiva, que permite identificar precozmente diversas patologías congénitas. Siendo una característica común a estas patologías que, si bien su incidencia colectiva no es alta, el impacto de sus secuelas altera el desarrollo del individuo, la familia y la comunidad; como son los casos de discapacidad, secuelas invalidantes de gran costo social y económico. El ODS 3.2.1 consiste en poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años de edad al año 2030. El Enfoque de curso de vida, basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad, dependen de la interacción de múltiples factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Así, cada etapa de vida influye sobre la siguiente. La NTS N° 214 - MINSA/DGIESP-2024 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal", aprobada por RM N° 545-2024/MINSA, establece las intervenciones consideradas dentro del paquete de atención integral al recién nacido. La NTS N° 154-MINSA/2019/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Tamizaje Neonatal de Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria, Fibrosis Quística, Hipoacusia Congénita y Catarata Congénita", aprobada con RM N° 558-2019/MINSA, establece los criterios técnicos para la detección de enfermedades a través del tamizaje neonatal.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Recién nacidos del denominador con tamizaje neonatal metabólico (toma de muestra), registrados en HIS}}{\text{N° de recién nacidos del departamento en el mes de medición, registrados en el padrón nominal ó CNV, con tipo de seguro SIS.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: N° de recién nacidos del denominador, con tamizaje neonatal metabólico (toma de muestra), registrados en HIS. Sintaxis: Suma de DNI o CNV del recién nacidos del denominador que registraron en HIS el tamizaje neonatal metabólico (toma de muestra): CPMS = 36416, aplicado hasta los 28 días de vida. Denominador: N° de recién nacidos hasta los 28 días de vida, en el mes de medición, registrados en el CNV en línea o padrón nominal, con tipo de seguro SIS. Sintaxis: Suma de recién nacidos, registrados en CNV en línea o Padrón Nominal identificado con DNI o CNV. Para la medición del presente indicador, considerar los nacimientos de diciembre del 2025 hasta los nacimientos de noviembre del 2026 (1/12/2025 al 30/11/2026) Para el denominador considerar los datos de residencia habitual de la madre registrada en el CNV
Valor umbral	50%
Logro esperado	80%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal ó CNV en línea
Área Responsable Técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) – Componente Neonatal
Área Responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) – MINSA
Notas	1. Para la medición del presente indicador, considerar los nacimientos de diciembre del 2025 hasta los nacimientos de noviembre del 2026 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 12:25:08 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:43:18 -05:00



Ficha N°04: Niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.

Nombre	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejora sus condiciones nutricionales.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	EESS del I nivel de atención y Hospitales con población asignada.
Definición	Determina el porcentaje de niñas y niños menores de 2 años que, habiéndose encontrado en condición de riesgo nutricional, mejoran sus condiciones nutricionales luego de un periodo de seguimiento entre 60 a 100 días Para efectos del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con DNI en el padrón nominal y HIS, hasta los 729 días, con tipo de seguro SIS, sin dato de seguro y sin seguro (población MINSA y Gobierno Regional), según el ámbito de la jurisdicción determinado por la residencia registrada en el padrón nominal. En condición de crecimiento inadecuado registrado en el HIS hasta 1 año 11 meses 29 días.
Justificación	La malnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población, que afecta principalmente a las niñas y niños. En situaciones de emergencia, como la que ha vivido nuestro país por la Pandemia por COVID-19, y conforme lo muestran las encuestas realizadas en el 2020 y el 2021, más del 60% de las familias están en situación de inseguridad alimentaria potencial y de mantenerse en el tiempo (por las condiciones sociales y económicas post pandemia) expone a los grupos vulnerables a situaciones de malnutrición, por tal motivo es pertinente promover mecanismos que potencien la detección temprana y la intervención oportuna a fin de evitar que se desarrolle los desórdenes nutricionales, que es el objetivo de este indicador. Crecimiento Inadecuado es aquella condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (+/- 2 DE).
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Niñas y niños del denominador, que durante un periodo de seguimiento de hasta 100 días posteriores a la detección de la condición de riesgo recobran la condición de normalidad}}{\text{Niñas y niños menores de 730 días que en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Niñas y niños del denominador, que luego de un periodo de seguimiento entre 60 a 100 días recobran la condición de normalidad. Sintaxis: Suma de DNIs que forman parte del denominador que, a partir del último diagnóstico definitivo de condición de riesgo nutricional recobran la condición de normalidad en rango de 60 a 100 días a partir del diagnóstico y cumple el siguiente criterio: - Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" (LAB: TP ó PT ó PE) + (LAB: PR) con tipo de diagnóstico "R" - Registran en HIS un estado nutricional en condición de normalidad "Z006" (LAB: PT/PE) Denominador: Niñas y niños menores de 730 días que en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición



	de crecimiento inadecuado. Sintaxis: Suma de DNIs únicos de niñas y niños que, en el periodo de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta, hasta los 729 días de edad, registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de riesgo nutricional: Otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperado "R62.8" (LAB: PT ó TP ó PE) con tipo de diagnóstico definitivo "D"
Valor umbral	20%
Logro esperado	50%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS Información HIS-MINSA
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable (UFANS).
Responsable de la Información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia. 2. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 18:52:28 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 20:12:54 -05:00



Ficha N° 05: Niñas y niños de 24 meses que reciben vacunas para su edad

Nombre	Porcentaje de niñas/niños de 24 meses de edad, que reciben vacunas para su edad.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red y Establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospital con población asignada.
Definición	El indicador mide el porcentaje de niños y niñas que al cumplir los 24 meses de edad han recibido las vacunas de acuerdo con lo establecido en el esquema nacional de vacunación, incluye: 1 dosis de BCG, 3era dosis de IPV, 3era dosis de Pentavalente, 2da dosis de la vacuna rotavirus, 3era dosis de vacuna antineumocócica, 1 dosis de vacuna anti amarilla y la 2da dosis de SPR
Justificación	Los dos primeros años de vida representan una ventana crítica de vulnerabilidad inmunológica y desarrollo de memoria a largo plazo. Durante este período, el sistema inmunitario del lactante, si bien es competente, carece de la experiencia necesaria para combatir patógenos altamente virulentos. Las vacunas, aprovechan la capacidad innata del sistema para generar una respuesta adaptativa sin la morbilidad asociada a la infección natural. La evidencia científica demuestra de manera concluyente que la administración oportuna de vacunas no solo confiere protección individual, sino que también es fundamental para establecer la inmunidad de rebaño, salvaguardando a la comunidad y erradicando enfermedades que de otro modo serían devastadoras. Mantener coberturas de vacunación consistentemente altas en niños menores de dos años es crucial, ya que la inmunización temprana no solo protege al lactante vulnerable contra enfermedades mortales como la poliomielitis, el sarampión y la tosferina, sino que también es el pilar fundamental para salvaguardar a grupos más vulnerables, como bebés aún no vacunados, pacientes inmunocomprometidos o con contraindicaciones médicas para ser vacunados, previniendo brotes epidémicos, colapsos de los sistemas de salud y asegurando la erradicación o control de patógenos que, de otro modo, resurgirían con consecuencias devastadoras. Por las razones antes mencionadas, se propone como indicador para evaluar el desempeño de los establecimientos de salud representado por la autoridad regional de salud y de Lima Metropolitana, instancias responsables de realizar las acciones para alcanzar y mantener una cobertura superior al 90%, no solo como un objetivo estadístico, sino un requisito de salud pública para garantizar un entorno seguro y saludable para la población infantil. La administración de las vacunas, está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.
Fórmula del indicador	Niñas/niños del denominador de 24 meses de edad que han recibido 1 dosis de BCG, 3era dosis de IPV, 3era dosis de Pentavalente, 2da dosis de la vacuna rotavirus, 3era dosis de vacuna antineumocócica, 1 dosis de vacuna anti amarilla y la 2da dosis de SPR, registrado en HIS MINSA -----X 100 Número de niñas/niños de 24 meses de edad en el mes de medición, registrados en el padrón nominal con DNI o CNV
Construcción del indicador	Numerador Sintaxis: Suma niños y niñas del denominador y que han recibido: 1 dosis de BCG, 3era dosis de IPV, 3era dosis de Pentavalente, 2da dosis de la vacuna rotavirus, 3era de vacuna antineumocócica, 1 dosis de vacuna anti amarilla y la 2da dosis de SPR, registrados en el HIS MINSA: Los niños y niñas deben contar con lo siguiente: ● Haber recibido una (01) dosis de BCG identificado con código "90585" (independiente del valor lab) ● Haber recibido la 3era dosis de vacuna de Antipolio (IPV), Identificado con código "90713" y valor lab: 3 ó D3. ● Haber recibido la 3era dosis de vacuna Pentavalente, Identificado con código: "90722" ó "90723" y valor lab: 3 ó D3. ● Haber recibido 2da dosis de vacuna de rotavirus, Identificado con Código: "90681" y valor lab: 2 ó D2. ● Haber recibido la 3era dosis de la vacuna antineumocócica, identificado con código: "90670" y valor lab: 3 ó D3. ● Haber recibido una (01) dosis de vacuna anti amarilla (AMA), identificado con código: "90717" (independiente del valor lab) ● Haber recibido la 2da dosis de vacuna SPR, identificado con código: "90707" y valor lab: 2 ó D2. Denominador Sintaxis: Suma de niños y niñas de 24 de meses de edad en el período de medición, registrados en el Padrón Nominal con DNI o CNV al momento de la medición. (considerar edades al corte del último día del periodo de evaluación)

**PERÚ**Ministerio
de Salud

Valor Umbral	70%
Logro esperado	>= 85%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Padrón nominal.
Área responsable técnica	Dirección de Inmunizaciones (DMUNI) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	1. La medición se realizará en forma nominal, retrospectiva. 2. Se considerará el 1er registro de cada una de las vacunas y dosis indicadas. 3. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas, situaciones epidemiológicas o de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 4. Para la exclusión de niños y niñas del denominador que fallecieron y no llegaron a cumplir con el esquema para su edad, la GERESA, DIRESA, DIRIS remiten a la DMUNI de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión (fallecimiento), así como el listado nominal de los niños y niñas a excluir, incluyendo las siguientes variables: Número de CNV/DNI, Fecha de nacimiento, Fecha de fallecimiento, Región, Provincia, Distrito y Ubigeo de residencia según padrón nominal al momento de la evaluación. El listado debe incluir el consolidado de niños y niñas que estarían cumpliendo 24 de meses de edad en el periodo de medición y no cumplen el esquema para su edad. El plazo de envío del informe es hasta la quincena de enero del 2027; la DMUNI revisa la información de los solicitantes para su envío a OGTI y cruce con SINAEDEF, y posterior autorización a la OGTI, de considerarlo, la exclusión del denominador de niñas y niños que corresponde, antes de la generación de los resultados preliminares. 5. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:26:01 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:43:40 -05:00

Ficha N°06: Recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B, dentro de las 24 horas después del nacimiento.

Nombre	Porcentaje de recién nacidos de parto institucional, vacunados con BCG y Anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	INMP, Hospitales, Hospitales con población asignada y Establecimientos de salud del 1° nivel de atención, categoría I-4, que incluyen en su cartera de servicios atención de parto.
Definición	El indicador determina el porcentaje de niños y niñas recién nacidos de parto institucional que reciben una dosis de vacuna BCG y anti hepatitis B dentro de las 24 horas después del nacimiento (antes del alta).
Justificación	El logro del mayor porcentaje de recién nacidos vacunados con BCG y HVB, dentro de las 24 horas de nacido en un hospital, requiere que los directivos, equipos de gestión y operativos organicen y articulen el trabajo de una serie de unidades orgánicas y funcionales; entre otros, de los responsables del registro de información en el Sistema de Certificado del Nacido Vivo en línea (CNV), de los responsables del procesamiento y elaboración de los reportes estadísticos y responsable del servicios de inmunizaciones, cadena de frío, alojamiento conjunto y neonatología; así como de los servicios de soporte administrativo; por lo tanto el indicador permite evaluar el desempeño del personal en su conjunto y por ende de la institución, en el logro de los resultados a favor de la población. La administración de las vacunas BCG y HVB está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.
Fórmula del indicador	Niñas/Niños del denominador, que recibieron 1 dosis de la vacuna BCG y HVB dentro de las 24 horas después del nacimiento. -----X 100 Niñas/niños nacidos en el INMP; Hospitales y Establecimientos de salud del 1° nivel de atención de categoría I-4, que incluyen en su cartera de servicios la atención de parto. Se excluyen del denominador: - Niña y niños nacidos con menos de 1500 gr., condición registrada en CNV. - Niña y niños que nacen con alguna condición de salud en quienes está contraindicado la administración de las vacunas BCG y/o HVB; esta condición es informado por el EESS a la Dirección de Inmunizaciones a través de la GERESA/DIRESA/DIRIS, que luego de verificado por parte la DMUNI autoriza su exclusión para la evaluación anual. - Niñas y niños registrados en el CNV en Línea nacidos en domicilio y vía pública.
Construcción del indicador	Numerador Sintaxis: Suma de niños/niñas del denominador, identificados con DNI o CNV, que han recibido 01 dosis de BCG y HVB hasta un día después del nacimiento, evidenciado con registro en HIS con código CPMS: 90585 y 90744 para vacuna BCG y HVB respectivamente. Denominador Sintaxis: Suma de Niñas/Niños nacidos en los establecimientos de salud definidos en el ámbito de evaluación del ID, registrados en el Sistema de CNV en línea, entre el 1° de enero y 30 de diciembre del año de evaluación, excluyendo los niños y niñas nacidas con menos de 1,500 gr., aquellos en los que por alguna condición de salud está contraindicado la administración de las vacunas BCG y HVB, dentro de las 24 horas de nacido, y los nacidos en domicilio y vía pública.
Valor Umbral	90%
Logro esperado	>=95%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: CNV en línea



Responsable técnica	Dirección de Inmunizaciones (DMUNI) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la
Responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	1. Para la exclusión de los recién nacidos que por razones clínicas o quirúrgicas diferentes al bajo peso, no reciben vacuna BCG y anti hepatitis B antes del alta, o nacidos en domicilio y en la vía pública, los establecimientos de salud definidos en el ámbito de evaluación del ID remiten a la DMUNI de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión, así como el listado nominal de los niños y niñas a excluir, incluyendo las siguientes variables: Numero de CNV, Mes de nacimiento, Código RENIPRESS, GERESA, DIRESA, DIRIS, Nombre del EESS, Motivo de exclusión. El listado debe incluir el consolidado de niños nacidos entre el 1° de enero y 30 de diciembre del año de evaluación. El plazo de envío del informe es hasta la quincena de enero del 2027; la DMUNI revisa y valida la información de los solicitantes, autoriza a la OGTI, de considerarlo, la exclusión del denominador de niñas y niños que corresponde, antes de la generación de los resultados preliminares. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:26:29 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:48:33 -05:00

Ficha N°07: Tasa de éxito de tratamiento para TB Sensible

Nombre	Tasa de éxito de tratamiento para TB Sensible
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	DIRIS/DIRESA/GERESA, Redes de Salud.
Definición	Determina el porcentaje de personas afectadas de tuberculosis sensible que fueron tratados con éxito, es decir que tuvieron como resultado de tratamiento: curado y término de tratamiento en relación con el total de casos de TB sensible diagnosticados. Se considerará los casos diagnosticados del 01 de julio 2025 al 30 junio del año 2026. Para el cálculo del indicador no se considerará los casos de Tuberculosis Sensible con esquemas para TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular.
Justificación	Lograr el éxito de tratamiento contribuye a cortar cadena de transmisión, evitando así la generación de nuevos casos de tuberculosis, por otro lado, contribuye a la disminución de la mortalidad por TB. Según la Organización Mundial de la Salud la meta recomendada para el éxito de tratamiento debe ser $\geq 90\%$. La baja tasa de éxito de tratamiento puede ser el resultado de la pérdida en el seguimiento, el tratamiento fallido y el fallecimiento de las PAT, debido a una falta de organización del establecimiento de salud, la débil capacidad para lograr la adherencia al tratamiento, entre otros. Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento del logro de los resultados del producto "Persona accede al establecimiento de salud y recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis y sus complicaciones" Por lo antes mencionado; es necesario fortalecer el seguimiento de los casos diagnosticados, lograr que inicien y culminen el tratamiento en el periodo establecido. El resultado de las estrategias implementadas para este logro se monitorea a través del número de personas con éxito en el tratamiento reportado en el periodo evaluado.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Total de personas afectadas por TB sensible incluidos en el denominador con resultado de tratamiento: curado + tratamiento completo registrados en el SIG TB}}{\text{Número total de personas afectadas de casos de TB sensible registrados en el SIG TB.}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Total de personas afectadas por TB sensible incluidos en el denominador con resultado de tratamiento: curado + tratamiento completo registrados en el SIG TB. Sintaxis: Considerar la variable "Resultado de tratamiento" filtrar todos los registros con respuesta "Curado" y "Tratamiento completo". Denominador: Número total de personas afectadas de casos de TB sensible registrados en el SIG TB con documento de identidad válido que hayan sido diagnosticados entre 01 de julio 2025 al 30 junio del año 2026. Sintaxis: Considerar todos los registros con documento de identidad válido (TB).
Valor umbral	80%
Logro esperado	90%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos.
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Responsable de la información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Si alguna red u hospital con población asignada no presentara casos de TB, se realizará la verificación de información de detección consignada en el SIG TB. Solo si esa información está en el SIGTB, se considerará el ponderado correspondiente. 2. Para la exclusión por fallecimientos, la DIRESA, GERESA, DIRIS u hospitales definidos en el ámbito de evaluación remiten a la DPCTB de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión, así como el listado nominal de las personas a excluir; la DPCTB revisa y valida la información de los solicitantes, autoriza a la OGTI, de considerarlo, la exclusión que corresponde verificado con SINADEF, antes de la generación de los resultados preliminares, siendo el plazo de envío del informe el 15 de enero del 2027. 3. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:48:48 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:55:02 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:56:12 -05:00

Ficha N° 08: Porcentaje de contactos de TB que culminan Terapia Preventiva para TB (TPTB).

Nombre	Porcentaje de contactos de TB que culminan Terapia Preventiva para TB (TPTB).
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Redes de Salud y Hospitales con población asignada.
Definición	Determina el porcentaje de contactos de personas afectadas por Tuberculosis en sus dos poblaciones: Menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar y 5 años o más que sean contacto de caso índice de TB pulmonar con confirmación bacteriológica, que culminan Terapia Preventiva para TB. Se considerará los contactos censados de los casos diagnosticados del 01 de octubre 2024 al 30 de setiembre 2025. Para esta medición se excluye a los contactos de TB resistente, contactos diagnosticados con TB y contactos fallecidos antes del examen de contactos.
Justificación	Se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la TB. Es decir, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB, especialmente aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado. El objetivo de la TPT es mejorar la salud individual, protegiendo de la enfermedad y reducir la transmisión actual de la tuberculosis. Es preciso mencionar que es uno de los indicadores priorizados en la Estrategia fin de la TB de la OMS. Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento de las acciones preventivas en un grupo de alto riesgo de desarrollar TB activa, incluye la detección de tuberculosis activa. Anteriormente el esquema de terapia preventiva era con isoniácida de manera diaria por 06 meses, lo cual limitaba alcanzar la cobertura óptima de término de TPT. La actual NTS incorpora esquemas de terapia preventiva más cortas (12 dosis) lo cual contribuiría al logro de este indicador. Por lo antes mencionado es necesario fortalecer esta intervención.
Formula del Indicador	Total de contactos < 5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador + Total de contactos de 5 años a más, de caso índice de TBP con confirmación bacteriológica, que culminan TPTB del periodo a evaluar ----- X 100 Total de contactos < 5 años de TB Pulmonar + Total de contactos de 5 años a más, de caso índice de TBP con confirmación bacteriológica, censados y registrados en el SIG TB en el periodo a evaluar
Construcción del indicador	Numerador: Total de contactos < 5 años de TB Pulmonar incluidos en el denominador + Total de contactos de 5 años a más, de caso índice de TBP con confirmación bacteriológica, que culminan TPTB del periodo a evaluar Sintaxis: Considerar la variable “Término TBTB” filtrar 1 = Sí Denominador: Total de contactos < 5 años de TB Pulmonar + Total de contactos de 5 años a más, de caso índice de TBP con confirmación bacteriológica censados de los casos diagnosticados entre el 01 de octubre 2025 al 30 de setiembre 2026, registrados en el SIG TB en el periodo a evaluar. Sintaxis: Considerar todos los registros de contactos < 5 años de TB pulmonar censados y contactos de 5 años a más, de caso índice de TBP con confirmación bacteriológica censados de los casos diagnosticados entre el 01 de octubre 2025 al 30 de setiembre 2026, registrados en el SIG TB en el periodo a evaluar.
Valor umbral	20%
Logro esperado	60%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	(Logro alcanzado – Valor umbral) ----- x 100 (Logro esperado – Valor umbral)

Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis (SIGTB) con el 100% de registros de condición de egreso de casos.
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis.
Responsable de la información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Para la exclusión de contactos que tengan contraindicación médica para recibir TPT, la DIRESA, GERESA, DIRIS u hospitales definidos en el ámbito de evaluación remiten a la DPCTB de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión, así como el listado nominal de las personas a excluir; la DPCTB revisa y valida la información de los solicitantes, autoriza a la OGTI, de considerarlo, la exclusión que corresponde, antes de la generación de los resultados preliminares, siendo el plazo de envío del informe el 15 de enero del 2027. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:49:53 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:56:35 -05:00

Ficha N° 09: Cobertura de la Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas adultas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral

Nombre	Cobertura de la Terapia Preventiva para Tuberculosis en personas adultas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, EESS del primer nivel de atención categoría I-3 y I-4, hospitales con población asignada, hospitales e institutos que brindan tratamiento antirretroviral.
Definición	Este indicador mide el porcentaje de personas adultas (de 18 años a más) que viven con VIH (PVV) que inician tratamiento antirretroviral (TAR) y que completan la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB) durante un año de evaluación. La evaluación se realiza en establecimientos de salud públicos que brindan tratamiento antirretroviral adscritos al Ministerio de Salud, DIRIS, DIRESAS y GERESAS. Para el cálculo del indicador, el denominador incluye a los PVV que iniciaron TAR entre el 1 de noviembre de 2025 y el 31 de octubre de 2026, excluyendo aquellos diagnosticados con tuberculosis activa, las gestantes y los PVV que fallecieron en el periodo de evaluación.
Justificación	Según el Informe Global sobre la Tuberculosis 2024 de la OPS, Perú es el país con la mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas, afectando especialmente a personas con sistemas inmunitarios debilitados, como es el caso de las personas que viven con VIH (PVV). En este contexto, la Norma Técnica de Salud N°169-MINSA/2020/DGIESP, que regula la Atención Integral del Adulto con infección por VIH, establece que la Terapia Preventiva para Tuberculosis (TPTB) debe iniciarse inmediatamente después de confirmar el diagnóstico de VIH y descartar la tuberculosis activa. Además, el inicio, seguimiento y culminación de la TPTB deben realizarse en los servicios de VIH, bajo la responsabilidad del equipo multidisciplinario que administra el tratamiento antirretroviral (TAR). Se promueven esquemas acortados de terapia preventiva (12 dosis), aprobados por su efectividad, tolerabilidad y menor incidencia de efectos adversos, contribuyendo así al cumplimiento de la meta del indicador. Por lo tanto, la TPTB en personas que viven con VIH está indicada con el objetivo de reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad asociada a esta enfermedad oportunista. El indicador propuesto permite evaluar la culminación de la TPTB en personas con diagnóstico de VIH que inician TAR, considerando las exclusiones mencionadas previamente.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Personas del denominador que culminan la TPTB durante el periodo a evaluar}}{\text{Total, de Personas mayores de 18 años a más años que viven con VIH e inician TAR del periodo a evaluar}} \times 100$
Construcción del indicador	Para la construcción del indicador se consideran los siguientes aspectos: Construcción del indicador Inclusiones en el denominador: 1. PVV de 18 años a más que inician TAR y que cuentan con DNI o con cualquier tipo de documento de identidad (Carne de extranjería, pasaportes, id extranjero). En el caso de que la PVV no cuente con documento de identidad se genera código único para su inclusión Exclusiones del denominador: 1. PVV de 18 años a más que inician TAR y que presentan TB activa (CIE-10 A15.0–A19.9 y B20.0), registrado en el SIHCE VIH. 2. PVV de 18 años a más que inician TAR que fallecen durante el periodo de evaluación, validados mediante SINADEF. 3. Gestantes con VIH que inician TAR, registrados en SIHCE. Precisiones del denominador: 1. Si la PVV inicia TAR y TP TB en un determinado establecimiento de salud, ésta será incluida y permanecerá en el denominador de dicho ES para efectos de la evaluación, incluso si es derivada a otro ES. Numerador: Total de PVV de 18 años a más que ingresaron al tratamiento antirretroviral desde el 1 de noviembre de 2025 hasta el 31 de octubre de 2026 y culminaron la TPTB en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026, registrados en el SIHCE, considerando las exclusiones mencionadas.

	Denominador: Total de PVV de 18 años a más que ingresaron al tratamiento antirretroviral desde el 1 de noviembre de 2025 hasta el 31 de octubre de 2026, registrados en el SIHCE, considerando las exclusiones mencionadas.
Valor umbral	65%
Logro esperado	90%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: Módulo TAR – VIH SIHCE - MINSA Denominador: Módulo TAR – VIH SIHCE - MINSA
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH-Sida, ITS y Hepatitis
Responsable de la información	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)
Notas	1. La interpretación técnica y estadística del indicador corresponde al MINSA. 2. La actualización de la ficha técnica y el script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba, corresponde al MINSA, la misma que se puede estar sujeta a modificaciones normativas, situaciones de emergencia u otra debidamente sustentada. 3. Si un establecimiento registra más de un código IPRESS activo, se considerarán todos los códigos; las DIRIS/DIRESA/GERESA deben informar a OGTI según DA N.°372-MINSA/2025-DGOS. 4. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.


 Firmado digitalmente por ALARCON
 GUIZADO Valentina Antonieta FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 18.12.2025 12:50:26 -05:00


 Firmado digitalmente por OSTOS
 JARA Bernardo Elvis FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 18.12.2025 14:57:43 -05:00

FICHA 10: Porcentaje de niñas y niños (6 meses a 6 años 11 meses y 29 días) que reciben procedimientos estomatológicos preventivos

Nombre	Porcentaje de niñas y niños (6 meses a 6 años, 11 meses y 29 días) que reciben procedimientos estomatológicos preventivos.
Tipo	Indicador de Desempeño.
Ámbito de aplicación	Redes de salud, EESS del primer nivel de atención categoría I-2, I-3, I-4 y hospitales con población asignada y que cuenten con Cirujano Dentista.
Definición	Indicador que determina el porcentaje de niñas y niños (6 meses a 6 años, 11 meses y 29 días) atendidos en los servicios de odontología de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada del MINSA y Gobiernos Regionales a quienes se les brinda un conjunto de procedimientos estomatológicos preventivos, 02 veces en el año como mínimo, para los procedimientos de instrucción de higiene oral, asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales, profilaxis dental y la aplicación de flúor barniz, así como la aplicación de sellantes en hasta 04 piezas dentales. La entrega de estos procedimientos puede realizarse en la modalidad de oferta fija o móvil de los consultorios externos de odontología de establecimientos de salud con población asignada del Ministerio de salud y Gobiernos Regionales. La prevención de las enfermedades de la cavidad bucal más prevalentes como son la caries dental y enfermedades de la gingiva y/o periodonto, es una medida costo efectiva que busca evitar y controlar de forma temprana la aparición de las mismas en el desarrollo del curso de vida de los niños en el territorio nacional, y a través de ella una óptima capacidad masticatoria, ingesta adecuada de alimentos para elevar el estado nutricional y finalmente esta condición de salud influye directamente en la salud individual a través de su contribución en la mejora de la calidad de vida desde la infancia.
Justificación	En el Perú; el grupo de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares ocupan el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad general. La revisión sistemática sustenta la relación existente entre el estado de salud bucal y la calidad de vida del individuo, evidenciando los efectos negativos de estas enfermedades y su repercusión directa sobre los factores funcionales, psicológicos y sociales en el desarrollo del individuo, efectos como: la dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, irritabilidad, disminución en el rendimiento escolar, el impacto negativo en el autoestima y la afección en el bienestar emocional. Actualmente, el enfoque de las intervenciones en salud bucal se orienta con prioridad a la prevención de las enfermedades de la cavidad bucal, su desarrollo en edades tempranas durante la infancia y la reducción de su prevalencia temprana una vez instaurada en las etapas de vida posteriores, los tres principales grupos de morbilidad en salud bucal que generar focos sépticos, los constituyen: la caries dental, las enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales, la gingivitis y la enfermedades periodontales. Por lo que el indicador medirá la entrega de procedimientos estomatológicos preventivos en la frecuencia mínima establecida, requeridos por el niño o la niña previa evaluación oral completa, consiguiendo así interiorizar comportamientos y hábitos de higiene bucal adecuados desde la infancia, y con ello mantener su salud bucal durante su curso de vida.
Fórmula del indicador	Número total de niñas y niños del denominador que reciben procedimientos estomatológicos preventivos según su edad, en la modalidad de oferta fija o móvil de los consultorios externos de odontología de establecimientos de salud con población asignada del Ministerio de salud y Gobiernos Regionales. Realizados entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre del año en curso. $\frac{\text{Número total de niñas y niños (6 meses a 06 años, 11 meses y 29 días), establecida a partir del cumplimiento de la condición previa}}{\text{Número total de niñas y niños (6 meses a 6 años, 11 meses y 29 días) que reciben procedimientos estomatológicos preventivos}} \times 100$
Construcción del indicador	DENOMINADOR: Representa la cantidad numérica de la población obtenida en el cálculo de la CONDICIÓN PREVIA y atendida bajo la modalidad de oferta fija o móvil de los servicios de odontología de los establecimientos de salud del MINSA y Gobiernos Regionales y, a quienes se les realiza el procedimiento de evaluación oral completa con código D0150 y registrados en el HIS, entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso.



PERÚ

Ministerio
de Salud

	CONDICIÓN PREVIA: lo constituye el valor numérico, que equivale al 30 % de la población de niñas y niños de (6 meses a 06 años) asignada al establecimiento de salud el 2024. Se establece un mínimo de 50 evaluaciones orales completas por odontólogo, independientemente de la condición previa. <i>(Aplica para los EESS que según el cálculo de la condición previa les corresponda hacer menos de 50 EOC x CD)</i> Caso contrario, EESS que su condición previa el 2025, era equivalente a más de 225 EOC por odontólogo, mantienen su denominador para el presente año. Sintaxis: (Documento de identidad + Edad (>6 meses y <07 años) + TD=D + Dx=(D0150), año 2026) NUMERADOR: Número total de niñas y niños (6 meses a 06 años, 11 meses y 29 días), que reciben procedimientos estomatológicos preventivos según edad, en la modalidad de oferta fija o móvil de los consultorios externos de odontología de establecimientos de salud con población asignada del Ministerio de salud y Gobiernos Regionales. Realizados entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año en curso. Grupo 1 (de 06 meses a 01 año, 11 meses y 29 días): La atención estomatológica preventiva en el grupo de edad de 06 meses a 01 año, 11 meses y 29 días de edad, incluye la entrega del total de los cuatro procedimientos estomatológicos preventivos siguientes, considerando la frecuencia mínima establecida de: 02 entregas de Instrucción de Higiene Oral (D1330) 02 entregas de Asesoría Nutricional para el control de enfermedades dentales (D1310) 02 entregas de Aplicación de Flúor Barniz (D1206) 02 entregas de Profilaxis dental (D1110) Sintaxis: Documento de identidad+ Edad (>6meses y <02años) + TD=D + Dx= (D1330, D1310, D1206, D1110) Grupo 2 (de 02 a 06 años, 11 meses 29 días): La atención estomatológica preventiva en el grupo niños de 02 a 06 años, 11 meses 29 días de edad, incluye la entrega del total de los cinco procedimientos estomatológicos preventivos siguientes, considerando la frecuencia mínima establecida de: 02 entregas de Instrucción de Higiene Oral (D1330) 02 entregas de Asesoría Nutricional para el control de enfermedades dentales (D1310) 02 entregas de Aplicación de Flúor Barniz (D1206) 02 entregas de Profilaxis dental (D1110) Aplicación de sellantes (D1351) de acuerdo a la necesidad clínica individual identificada. Sintaxis: Documento de identidad+ Edad (>2 años y <07 años) +TD=D + (Dx= (D1330, D1310, D1206, D1110) + (Dx=D1351 + (Lab= 1 ó 2 ó 3 ó 4 + FIN) ó FIN)
Valor umbral	10%
Logro esperado	Cuando la condición previa (30% de la población total de Niñas y niños de 6 meses a 06 años 11 meses y 29 días con EOC) equivale a: 1. Menos de 100 EOC x odontólogo =logro esperado 50% 2. De 100 a 199 EOC x odontólogo =logro esperado 40% 3. De 200 a 299 EOC x odontólogo =logro esperado 30% 4. De 300 EOC a 399 x odontólogo =logro esperado 25% 5. De 400 EOC a más x odontólogo =logro esperado 20% EOC = Evaluaciones orales completas
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:01:56 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:27:26 -05:00

Fuente de datos	<u>NUMERADOR:</u> HIS-MINSA <u>DENOMINADOR:</u> HIS-MINSA <u>Condición previa:</u> REUNIS MINSA/INEI.
Área responsable técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DIGIESP), a través de la Dirección de Salud Bucal.
Área responsable de la información	La Oficina General de Tecnologías de la Información / Dirección de Salud Bucal.
Notas	1. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales con población asignada que ingresan para la medición del indicador lo constituyen solamente los establecimientos que cuenten con cirujano dentista en el servicio odontológico. La DIRESA, GERESA y DIRIS remiten información a la DSABU para validación, con corte al 31 de diciembre del 2025. Plazo de entrega enero 2026. 2. Para los fines de formulación del script se tomará los primeros 4 dígitos de la UPS: 3033 – del HIS – MINSA. 3. Para propósitos del registro y medición del indicador solo se considera la entrega del segundo conjunto de procedimientos estomatológicos preventivos, cuando se identifique registros de los primeros. 4. La temporalidad para la segunda entrega de los procedimientos preventivos se realiza según lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños (R.M. N° 422-2017/MINSA). Así también, el intervalo entre la primera y segunda entrega de procedimientos estomatológicos preventivos, será considerando según criterio clínico del profesional Cirujano Dentista y sus registros en fechas diferentes. 5. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 6. Se excluye cualquier atención realizada bajo la modalidad de telemedicina. 7. La evaluación oral completa es un procedimiento realizado una sola vez a cada niño del denominador. 8. La DSABU realiza el análisis con respecto a la condición previa y remite información numérica a OGTI para su inclusión en el reporte.



Firmado digitalmente por ALARCON GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:01:02 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:33:22 -05:00



Ficha N°11: Porcentaje de personas que acceden a algún método anticonceptivo moderno de planificación familiar.

Nombre	Porcentaje de personas que acceden a algún método anticonceptivo moderno de planificación familiar.
Tipo De Indicador	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS; Red de salud, establecimientos del I nivel de atención, Hospitales con población asignada, Hospitales e Instituto Nacional Materno Perinatal*. Se excluyen: CCSM y IPRESS con atención especializada (Listado anexo)
Definición	El indicador determina el porcentaje de personas hombres y mujeres en edad reproductiva con necesidad de planificar su familia o espaciar los nacimientos, previniendo un embarazo no planificado a través del uso de algún método anticonceptivo moderno, ya sea temporal o definitivo durante 12 meses continuos de protección.
Justificación	La Planificación Familiar es reconocida a nivel internacional como la intervención principal que salva la vida de las madres e hijos, pues si la mujer o su pareja planifican su familia usando eficazmente la anticoncepción, podrá reducir los embarazos riesgosos y postergar la concepción hasta que se encuentren en situaciones adecuadas en cuanto a salud, economía y educación. Asimismo, se ha demostrado que esta intervención reduce en 30% la mortalidad materna, reduce las muertes neonatales, así como los abortos provocados. Es así que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) objetivo 3 reconocen a la Planificación Familiar como una de las estrategias fundamentales para erradicar también la pobreza, proteger el planeta y asegurar el desarrollo, porque la evidencia muestra que esta intervención contribuye a la salud, bienestar y autonomía de las mujeres y hombres; a mejorar la calidad de vida de las personas y el bienestar de las comunidades. El compromiso Institucional y sectorial de contribuir para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a nivel nacional se presenta en los diferentes Planes y estrategias de Intervención de los diferentes sectores. Es uno de los indicadores de Gestión por Resultado del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.
Formula Del Indicador	$\frac{\text{Personas del denominador, que durante los últimos 12 meses han usado un método anticonceptivo moderno.}}{\text{Personas de 15 a 49 años que reciben por consejería en salud sexual y reproductiva registrados con DNI en HIS.}} \times 100$
Construcción Del Indicador	Numerador: Personas Protegidas del denominador: Dispositivo intrauterino de cobre o liberador de progestágeno, implante, inyectable trimestral, inyectable mensual, píldoras combinadas, preservativos masculinos, preservativos femeninos, ligadura de trompas y vasectomía. Sintaxis: Suma de los Diagnósticos: 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 58300 (DIU) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 58300.01 (SIU) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 99208.13 (Oral Combinado) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 99208.05 (Iny. Trimestral) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 99208.04 (Iny. Mensual)



Firmado digitalmente por ALARCON GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:50:44 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:57:58 -05:00



Construcción Del Indicador	99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 11975 (Implantes) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 99208.02 (Preservativos Masculinos) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 99208.06 (Preservativos Femeninos) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R + 58600 + 58605 + 58611 (Ligadura de trompas) 99208 + LAB=TA + TD=D ó R 55250 (Vasectomía) Denominador: Personas de 15 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva registrados con DNI en HIS. (se excluyen personas embarazadas (*)) Consejería en salud sexual y reproductiva se considera a uno de los siguientes códigos: 99402.04: Consejería en planificación familiar 99402.07: Consejería para AOE Z3002: Consejería en AQV (*): Códigos para identificar Embarazadas: - Z349, Z3491, Z3492, Z3493, Z359, Z3591, Z3592, Z3593 o - Valor LAB = 'G' (para cualquier tipo de atención) Para la medición del avance del indicador será retrospectiva ya que se medirá a los que tuvieron consejería hace 12 meses (por ejemplo, para el avance de enero 2026 se ubicará los que tuvieron consejería hace 365 días) y en ese lapso se buscará si completaron el numerador.
Valor Umbral	20%
Logro esperado	45%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{valor del umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{valor del umbral})}$
Frecuencia De medición	Anual
Fuente De Datos	Numerador: HIS MINSA Denominador: HIS MINSA Se considerará la información hasta el 31 de diciembre de 2025.
Responsable técnico	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI)
Notas	Los Establecimientos de salud que no cuenten con profesional con competencias técnicas para la provisión de determinados métodos modernos derivarán a las y los usuarios a los Establecimientos que brinden esa atención así mismo se deberán programar atenciones descentralizadas o a través de brigadas. La persona debe haber recibido consejería y optado por un método moderno de planificación familiar para evaluar la continuación al 12vo mes. Para la o el usuaria/o continuador de métodos anticonceptivos de años anteriores se considerará para su control del presente año una consejería de refuerzo. Se evaluará el indicador según UBIGEO del EESS donde la persona recibió la consejería en salud sexual y reproductiva. Se evaluarán todos los EESS que atiendan a población de mujeres u hombres 15 a 49 años; (salvo los Establecimientos excluidos) debiendo reportar la realización de consejerías en SSR. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Ficha N°12: Porcentaje de gestante atendidas con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital, referidas por factores de riesgo.

Nombre	Porcentaje de gestante atendidas con 2 o más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital, referidas por factores de riesgo.
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de evaluación	Hospitales con población asignada, hospitales e Instituto (INMP) , se excluye de la evaluación Hospitales que no realizan atención prenatal
Definición	Indicador que determina el total de gestantes con 2 o más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital y que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos. Estas complicaciones son aquellos problemas de salud que son identificadas durante la etapa de gestación que afectan a la madre y/o al bebé y que no pueden ser resueltas en el 1° nivel de atención.
Justificación	Las complicaciones y factores de riesgo identificadas en el 1° nivel de atención que se originan durante el embarazo pueden afectar la salud de la madre y del feto, y al no poder ser resueltas son referidas a un establecimiento hospitalario con mayor capacidad resolutive para un manejo especializado.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital}}{\text{Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos}} \times 100$
Construction del indicador	Numerador: Total, de gestante del denominador con 2 ó más Atenciones Prenatales (APN) en el hospital que han sido referidas por factores de riesgo específicos. Sintaxis: Se consideran como atenciones prenatales la citas que cuenten con los siguientes códigos: Códigos para Atención Prenatal: Z3591; Z3592; Z3593; Z359 Si la gestante ha sido referida por complicaciones o factor de riesgo, se le contabiliza en la fecha posterior a la referencia en el Hospital de destino. Denominador: Total, de gestantes que han sido referidas del 1° nivel de atención por complicaciones o factores de riesgo específicos Sintaxis: Total de gestantes atendidas en el 1° Nivel de atención y han sido referidas a consulta externa a EE SS de 2° y 3° nivel de atención con los siguientes factores de riesgo específico: códigos CIE 10: • Cesárea anterior: O34.2 • Anemia Severa: O99.0 • Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo): O10 al O14; y O16 • ITU O23 • Placenta Previa: O44.0 • VIH: O987 • Diabetes: O24 • Embarazo Múltiple: O30 • Aumento excesivo de peso en el embarazo: O26.0 • Gestantes adolescentes menores de 15 años: Z359 • Enfermedades Inmunológicas (Lupus eritematoso: M32, M32.0, M32.1, M32.12, artritis reumatoidea: M05 • Enfermedades Tiroideas (Hipotiroidismos y Hipertiroidismo) E00 a E007 • Cardiopatías: valvulares: I25 y congénitas: Q20 a Q28

**PERÚ**Ministerio
de Salud

	Tuberculosis activa: A:15 – A19 Considerar solo a gestantes referidas y aceptada por el REFCON, para el cálculo del denominador. Se precisa que las patologías que identifican el riesgo y que son diferentes al grupo de los CIE O, deben estar asociados a los códigos Z3591, Z3592, Z3593, Z359 Se precisa que la medición del denominador considera los registros del 01 de enero al 15 de diciembre del 2026, se aplica a todos los Hospitales que realizan atención prenatal según ámbito de intervención.
Valor umbral	40%
Logro esperado	80%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA Denominador: REFCON
Área Responsable Técnica	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva.
Área Responsable De Información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	- Excluir fallecidas - Si por alguna razón el EE. SS cambia de código RENIPRESS y ambos se encuentran activos, se debe tomar en consideración la producción de ambos códigos para el mismo EESS - Se excluye la evaluación de este indicador a los Hospitales que no realizan atención prenatal o no cuentan con el sistema REFCON. - La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 12:51:43 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:59:14 -05:00



Ficha N° 13: Porcentaje Gestantes con paquete preventivo básico priorizado

Nombre	Porcentaje de gestantes con paquete preventivo básico, priorizado
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de Salud y Establecimientos de salud del I nivel de atención (excluir los CCSSM y IPRESS con atención especializada y EESS que no cuenten con profesional de la salud).
Definición	Indicador que mide la proporción de mujeres con parto institucional en una IPRESS del Minsa o Gobierno regional, cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 Semanas y que durante su embarazo han realizado en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, exámenes auxiliares: Hemoglobina y/o hematocrito + examen de orina (mediante tira reactiva o laboratorio) + tamizaje para descartar de sífilis; + tamizaje para descartar de VIH; 06 o más atenciones prenatales presenciales y 05 ó más entregas de sulfato ferroso + ácido fólico (sulfato ferroso 60 mg + ácido fólico 400 µg), en el transcurso del embarazo.
Justificación	La atención prenatal debe mejorar las probabilidades de las madres y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio, imágenes que permita mejorar la calidad de atención a la gestante.
Fórmula del indicador	Mujeres del denominador que reciben: (1) en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + Examen de orina + tamizaje para descartar de sífilis + tamizaje para descartar de VIH; (2) 06 ó más atenciones prenatales presenciales; y (3) 05 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo. ----- X 100 Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en un establecimiento de salud del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación registrados con DNI en la base de datos del CNV en línea
Construcción del indicador	Numerador: Número de mujeres del denominador que reciben: (1) en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: hemoglobina o hematocrito + examen de orina + tamizaje para descartar de sífilis + tamizaje para descartar de VIH; (2) recibir 06 ó más atenciones prenatales presenciales; y (3) +05 ó más entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) Sintaxis: Número de mujeres del denominador que reciben: Numerador: Suma de mujeres del denominador que cumplen con los siguientes criterios: 1) Haber realizado en el primer trimestre del embarazo al menos una vez, los siguientes exámenes auxiliares: 1.1 Exámenes auxiliares con tipo de diagnóstico "D" + 1) Dosaje de Hemoglobina: 85018 o 85018.01 y 2) Tamizaje de sífilis (Prueba rápida y/o RPR): 86780 ó 86780.01 ó 86592 ó 86593 ó 86318.01 3) Tamizaje de VIH con prueba rápida: 86703 ó 86703.01 ó 86703.02 ó 87389 ó 86318.01 4) Tamizaje de bacteriuria asintomática: 81007 o 81002 o 81000.02 ó 1.2 Perfil obstétrico CPMS: 80055.01 con tipo de diagnóstico "D" Las prestaciones evaluadas en los puntos 1.1 y 1.2. Deben registrar los códigos de embarazo (CIE: Z3491 ó Z3591 ó Z349 ó Z359) 2. Se considera al menos 06 Atenciones Prenatales presenciales durante el embarazo: I TRIMESTRE: 01 APN, hasta las 13 semanas II TRIMESTRE: 02 APN a partir 14 semana hasta las 27 semanas III TRIMESTRE: 03 APN, de 28 semanas a más y los CPMS (presenciales): Z3491 o Z3492 o Z3493 o Z3591 o Z3592 o Z3593, 3. Al menos 05 entregas de suplemento compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico, en el transcurso del embarazo: CPMS: 99199.26 + CIE: Z3491 o Z3492 o Z3493 o Z3591 o Z3592 o Z3593 o Z359 o Z349 * Se considerará una entrega de sulfato ferroso + ácido fólico como válida de acuerdo a normativa vigente Denominador: Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en un establecimiento de salud del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación registrados con DNI en la base de datos del CNV en línea.

Valor umbral	30%
Logro esperado	60%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS - MINSA Denominador: Certificado de Nacido Vivo – CNV en línea Se considerará la información hasta el 31 de diciembre 2026
Responsable técnico	Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
Responsable de la Información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	- Se evaluará el Indicador según ubigeo de residencia (procedencia) de la madre registrado en la base de datos del CNV en línea. - La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. - Considerar la codificación del manual HIS de Salud Materno vigente. - Cada DIRESA, GERESA, DIRIS remite el listado de EESS que no cuentan con profesional de salud y EESS que no realizan APN; a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva.



Firmado digitalmente por ALARCON
 GUIZADO Valentina Antonieta FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 18.12.2025 13:47:54 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
 JARA Bernardo Elvis FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Doy Vº Bº
 Fecha: 18.12.2025 14:59:59 -05:00

Ficha N° 14: Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia) que inician tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico) en menor o igual a 37 días.

Nombre	Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia) que inician tratamiento oncológico con quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico en menor o igual a 37 días.
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales del II y III nivel de atención e Institutos que cuenten con servicios oncológicos, que brinden diagnóstico y tratamiento oncológico (de acuerdo al listado adjunto)
Definición	El indicador mide el porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia) que inician tratamiento oncológico con quimioterapia o radioterapia o braquiterapia en menor o igual a 37 días.
Justificación	Indicador permitirá evaluar medidas de salud pública para optimizar el acceso de las personas diagnosticadas con cánceres prevalentes (cáncer de cuello uterino, mama, estómago, próstata, colon-recto, linfoma, leucemia, piel, pulmón e hígado) al tratamiento oncológico con quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico en menor o igual a 37 días, teniendo en cuenta que las enfermedades oncológicas son la segunda causa de mortalidad en el país. Se espera que el 80% de pacientes diagnosticados con cánceres prevalentes inicien tratamiento oncológico con quimioterapia.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Total, de pacientes del denominador que inician tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico) en menor o igual a 37 días.}}{\text{Total, Personas con diagnóstico definitivo de cáncer prevalente de cánceres prevalentes (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia).}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador: Total de pacientes del denominador que inician tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia o braquiterapia o quirúrgico) en menor o igual a 37 días. Cáncer de cuello uterino: Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C530 al C539) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1+ Edad >=18 + sexo="F" o Td2= R+Dx=(C530 al C539) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 + sexo="F" o Td3= R+Dx= (C530 al C539) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 + sexo="F" o Td4= R+Dx=(C530 al C539) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18 + sexo="F" Cáncer de mama: Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C500 al C509) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) + LAB=1+ Edad >=18+ sexo="F" o Td2= R+Dx=(C500 al C509) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 + sexo="F" o Td3= R+Dx= (C500 al C509) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 + sexo="F" o Td4= R+Dx=(C500 al C509) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18 + sexo="F" Cáncer de próstata: Contar ID de persona, Td1= R+Dx= C61X +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1 + Edad >=18 + sexo="M" o Td2= R+Dx=C61x +Lab="blanco"+Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= C61x +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=C61X +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de colon y recto:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C180 al C189,C19X, C20X) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1 + Edad >=18 o Td2= R+Dx=(C180 al C189,C19X, C20X) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C180 al C189,C19X, C20X) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=(C180 al C189,C19X, C20X) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de estómago:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C160 al C169)+Lab="blanco"+Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1 + Edad >=18 o Td2= R+Dx=(C160 al C169) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C160 al C169) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=(C160 al C169)+Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de Piel:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C430 al C449) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784)+Lab=1 + Edad >=18 o Td2= R+Dx=(C430 al C449) +Lab="blanco"+Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C430 al C449) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=(C430 al C449) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de Pulmon:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C340 al C349) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1 + Edad >=18 o Td2= R+Dx=(C340 al C349) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C340 al C349) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=(C340 al C349) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de Hígado:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C220 al C229) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784)+Lab=1 + Edad >=18 o Td2= R+Dx=(C220 al C229) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C220 al C229) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 o Td4= R+Dx=(C220 al C229) +Lab="blanco"+ Dx=D+99024+Lab="1"+ Edad >=18

- **Cáncer de Leucemia:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C901, C910 al C959)+Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784)+Lab=1 + toda edad o Td2= R+Dx=(C901, C910 al C959) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+ Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C901, C910 al C959) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18

- **Cáncer de Linfoma:**

Contar ID de persona, Td1= R+Dx= (C810 al C859) +Lab="blanco"+ Dx=D+(96402, 96407, 96409, 96410 al 96417, 96420 al 96423, 96549, 90780, 90782, 90784) +Lab=1+ toda edad o Td2= R+Dx=(C810 al C859) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77305, 77500, 77295,77301, 77315, 77315.01, 77401, 77290, 76499, 77263, 77418, 77418.01, 77285, 77427, 77504)+Lab=1+

	Edad >=18 o Td3= R+Dx= (C810 al C859) +Lab="blanco"+ Dx=D+(77501, 77781, 77784, 77501.01, 77501.02, 77501.03, 77781, 77781.01, 77781.02, 77781.03, 77782, 77783, 77784.01, 77785, 77786, 77787)+Lab=1+ Edad >=18 Denominador: Personas con diagnóstico definitivo de cáncer prevalente (Cuello Uterino, Mama, Próstata, Colon y Recto, estómago, Cáncer de Piel, Cáncer de Pulmón, Cáncer de hígado, Linfoma y Leucemia) • Cáncer de cuello uterino: Id_persona; Td="D"+ Dx=(57500, 58100) +Lab="A" con Dx=D+ (C530 al C539) + Lab="blanco" + Edad >=18+ Sexo="F" • Cáncer de mama: Id_persona; Td="D"+ Dx=(19100, 19101, 19102) +Lab="A" con Dx=D+ (C500 al C509) + Lab="blanco" + Edad >=18+ Sexo="F" • Cáncer de próstata: Id_persona; Td="D"+ Dx=(55700, 55705, 55706)+Lab="A" con Dx=D+ C61X + Lab="blanco" + Edad >=18 + sexo="M" • Cáncer de colon y recto: Id_persona; Td="D"+ Dx=(44388, 44389, 45359, 45358) +Lab="A" con Dx=D+ (C180 al C189,C19x, C20X) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de estómago: Id_persona; Td="D"+ Dx=(43234,43600) +Lab="A" con Dx=D+ (C160 al C169) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de Piel: Id_persona; Td="D"+ Dx= (11100, 11101)+Lab="A"+Dx=D+ (C430 al C449) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de Pulmón: Id_persona; Td="D"+ Dx= (32405,32400) +Lab="A"+Dx=D+ (C340 al C349) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Cáncer de Hígado: Id_persona; Td="D"+ Dx= (47000, 47001, 47100) +Lab="A"+Dx=D+ (C220 al C229) + Lab="blanco" + Edad >=18 • Linfoma: Id_persona; Td="D"+ Dx= (38500, 88206) +Lab="A"+Dx=D+ (C810 al C859) + Lab="A" + toda edad • Leucemia: Id_persona; Td="D"+ Dx= (85095, 38220, 85102, 88204, 88204.01, 88182.01, 88185.02, 88185.03, 88205.04, 85060) +Lab="A"+Dx=D+(C901, C910 al C959) + Lab="blanco" + toda edad
Valor umbral	No aplica
Logro esperado	Grupo A >= 80% Grupo B >= 70% Grupo C >= 60% Grupo D >= 40%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$((\text{Numerador} / \text{denominador}) * 100) / \text{Logro esperado}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA. Fuente del denominador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.
Responsable técnico	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.

Notas

1. No se puede duplicar un ID persona para el numerador.
2. La interpretación, el desarrollo técnico y el análisis estadístico del indicador, así como la actualización del algoritmo de programación (script) y de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que la aprueba, corresponden al MINSA, pudiendo dicha actualización realizarse en caso de modificaciones normativas o situaciones de emergencia.
3. Para la obtención del avance del indicador cruzar en numerador y denominador por tipo de cáncer, considerar la lista de hospitales e institutos según lista de IPRESS que brindan diagnóstico y tratamiento oncológico.
4. Debe considerarse que una persona puede presentar varios diagnósticos definitivos según el tipo de cáncer; sin embargo, no debe contar con múltiples registros del mismo diagnóstico definitivo. En caso existan dos o más registros para un mismo diagnóstico definitivo de cáncer, deberá tomarse en cuenta únicamente el primer registro.
5. Eliminar pacientes del denominador aquellos que siendo diagnosticados fallecieron antes de los 37 días de iniciar su tratamiento.
6. Eliminar pacientes del denominador aquellos que tuvieron el primer tratamiento en Paliativo, Td="D"+Dx=99489+Lab=1 con Td= "R"+ (C000 al C97X)+ Lab="blanco"+Toda Edad.
7. Grupo A: Hospitales o Institutos que brindan tratamiento oncológico con (Quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, quirúrgico); Grupo B: Hospitales que cuenten con tratamiento oncológico (quimioterapia, quirúrgico); Grupo C: Hospitales que brindan tratamiento con quimioterapia; Grupo D: Hospitales que brindan tratamiento con quirúrgico.
8. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:50:09 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:01:14 -05:00

Lista de IPRESS que brindan diagnóstico y tratamiento oncológico

Nº	DEPARTAMENTO	RENAES	NIVEL DE ATENCIÓN	IPRESS	GRUPO
1	AMAZONAS	4838	II-2	HOSPITAL VIRGEN DE FATIMA	B
2	ANCASH	1703	II-2	HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN	B
4	AREQUIPA	1232	III-1	HOSPITAL GOYENECHÉ	A
5	AREQUIPA	1231	III-1	HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	B
6	AREQUIPA	7397	III-2	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	A
7	AYACUCHO	3543	II-2	HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"	B
8	CAJAMARCA	4210	II-2	HOSPITAL GENERAL DE JAÉN	B
9	CAJAMARCA	7686	II-2	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	B
10	CALLAO	6218	III-1	HOSPITAL NAC. DANIEL A. CARRIÓN	B
11	CALLAO	6219	II-2	HOSPITAL SAN JOSÉ	D
12	CUSCO	2289	III-1	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	B
13	CUSCO	2305	III-1	HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO	B
14	ICA	3358	II-2	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	B
15	ICA	3359	II-1	HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO	C
16	JUNÍN	27857	II-E	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL CENTRO - IREN CENTRO	A
17	JUNÍN	753	III-E	HOSPITAL NACIONAL DEL CENTRO DANIEL ALCIDES CARRIÓN	B
18	LA LIBERTAD	7277	III-2	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - NORTE - DR. LUIS PINILLOS GANOZA	A
19	LA LIBERTAD	5195	III-1	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	B
20	LAMBAYEQUE	11470	III-1	HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE	B
21	LAMBAYEQUE	4317	II-2	HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES	B
22	LIMA REGION	7639	II-2	HOSPITAL GENERAL DE HUACHO	B
23	LIMA REGION	5986	II-2	HOSPITAL REZOLA	D
24	LIMA REGION	7637	II-2	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	B
25	LIMA METROPOLITANA	5946	III-1	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	B
26	LIMA METROPOLITANA	5987	III-1	HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA	B
27	LIMA METROPOLITANA	6206	III-1	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	B
28	LIMA METROPOLITANA	6207	III-1	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	B
29	LIMA METROPOLITANA	6210	III-2	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	A
30	LIMA METROPOLITANA	6211	III-1	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	B
31	LIMA METROPOLITANA	7633	III-1	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	B
32	LIMA METROPOLITANA	16918	III-2	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NIÑO SAN BORJA	B

33	LIMA METROPOLITANA	6215	III-E	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	D
34	LIMA METROPOLITANA	6208	III-2	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	D
35	LIMA METROPOLITANA	7634	III-1	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	B
36	LIMA METROPOLITANA	5617	II-2	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	B
37	LIMA METROPOLITANA	6216	III-2	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO BREÑA	D
38	LIMA METROPOLITANA	23159		HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	B
39	LORETO	3	III-1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"	B
40	MADRE DE DIOS	2698	II-1	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO	C
41	MOQUEGUA	7732		HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	B
42	PIURA	2084	II-2	HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2	B
43	PIURA	1910	III-2	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	B
44	PUNO	3251	II-E	HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	B
45	SAN MARTIN	6352	II-E	HOSPITAL II-E LAMAS	C
46	SAN MARTIN	6918	III-2	HOSPITAL TARAPOTO	B
47	SAN MARTIN	6733	II-1	HOSPITAL MOYOBAMBA	D
48	TACNA	2864	II-2	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	B
49	TUMBES	17077	II-2	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	B



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:51:51 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:01:49 -05:00

Ficha N°15: Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje

Nombre	Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Establecimientos de Salud que cuentan con mamógrafo.
Definición	El indicador mide el porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje realizado en Establecimientos de Salud que cuentan con mamógrafo operativo al 31/12/2025.
Justificación	El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres del país, habiéndose reportado 7 797 nuevos casos y 1 951 muertes por cáncer de mama cada año; según fuente GLOBOCAN 2022. Es decir, se estima que cada día 21 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y 5 mujeres fallecen; y, más del 60% de las mujeres diagnosticadas en el Perú son detectadas en estadios avanzados de la enfermedad (III y/o IV) con pobre sobrevida, siendo una causa importante de carga de enfermedad, que produce un gran impacto económico y pobre sobrevida por su diagnóstico tardío. Por lo que, la detección temprana es la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, el cual puede ser detectado tempranamente con una mamografía bilateral en las IPRESS que cuentan con mamógrafo, a cargo de un equipo multidisciplinario (tecnólogo médico realiza la toma de la mamografía bilateral, médico radiólogo realiza la lectura, médico cirujano u obstetra realiza la entrega del resultado). El indicador mide el porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje. Este indicador permitirá evaluar medidas de salud pública establecidas para optimizar el acceso de mujeres de 40 a 69 años al tamizaje de cáncer de mama mediante la mamografía bilateral en los EESS que cuentan con el equipo; siendo este indicador priorizado dentro de la población objetivo por su precisión y aceptabilidad.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Número total de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje realizadas durante el 2026}}{\text{Capacidad máxima estimada del mamógrafo para el tamizaje de cáncer de mama (5,760 mamografías x año)}} \times 100$ Condición: Los EESS con mamógrafo operativo reportan la producción de toma de mamografías durante los doce meses del año, según fuente HIS-MINSA.
Construcción del indicador	Numerador: Número total de mamografías bilaterales de tamizaje realizadas a mujeres de 40 a 69 años, durante el 2026. Condición: Los EESS con mamógrafo operativo reportan la producción de toma de mamografías durante los doce meses del año, según fuente HIS-MINSA. Sintaxis: Td=D+Dx=77057+Lab="I"+ Edad >=40 y <=69+ sexo="F" Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA Denominador: Capacidad máxima teórica del mamógrafo para el tamizaje de cáncer de mama (5,760 mamografías x año) Sintaxis: 5,760 mamografías por cada mamógrafo x año. Fuente: DPCAN – Listado de mamógrafos operativos al 31/12/2025. Ver Anexo 1.
Valor umbral	70%
Logro esperado	Mayor o igual al 90%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual



Ministerio
de Salud

Fuente de Datos	Fuente del numerador: Sistema de Información en Salud HIS MINSA. Fuente del denominador: DPCAN – Listado de mamógrafos operativos al 31/12/2025. Ver Anexo 1.
Responsable técnico	Dirección de Prevención y Control del Cáncer (DPCAN) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud.
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del Ministerio de Salud.
Notas	1. Para el conteo del numerador, no se puede duplicar un ID persona, sólo se considerará el primer registro de toma de mamografía. 2. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA. 3. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:52:49 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:02:35 -05:00



ANEXO 1: LISTADO DE MAMÓGRAFOS OPERATIVOS

N°	DIRESA/ GERESA/ DIRIS	RENIPRESS	CATEGORI A	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	N° MAMÓGRAFOS	MAMOGRAFÍAS AL AÑO
1	AMAZONAS	5044	II-1	HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJÁN	1	5,760
2	ANCASH	1543	II-2	HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ	1	5,760
3	ANCASH	1765	II-1	HOSPITAL DE POMABAMBA "ANTONIO CALDAS DOMINGUEZ"	1	5,760
4	APURIMAC	32674	II-E	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CHALHUANCA	1	5,760
5	AREQUIPA	1232	III-1	HOSPITAL GOYENECHÉ	1	5,760
6	AREQUIPA	7397	III-2	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS(IREN) DEL SUR	1	5,760
7	AYACUCHO	3754	II-1	HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO	1	5,760
8	CAJAMARCA	7686	II-2	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	1	5,760
9	CAJAMARCA	4210	II-2	HOSPITAL GENERAL DE JAEN	1	5,760
10	CAJAMARCA	4659	II-1	HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS - CHOTA	1	5,760
11	CALLAO	7314	I-4	C.S. MATERNO INFANTIL PACHACUTEC PERU-COREA	1	5,760
12	CALLAO	7126	II-1	HOSPITAL DE VENTANILLA	1	5,760
13	CALLAO	6218	III-1	HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION	1	5,760
14	CALLAO	6219	II-1	HOSPITAL SAN JOSE	1	5,760
15	CUSCO	2289	III-1	HOSPITAL DE APOYO DEPARTAMENTAL CUSCO	1	5,760
16	CUSCO	25210	II-E	HOSPITAL DE TUPAC AMARU	1	5,760
17	CUSCO	2421	II-1	HOSPITAL DE QUILLABAMBA	1	5,760
18	HUANUCO	754	II-2	HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO	1	5,760
19	HUANUCO	932	II-1	HOSPITAL DE TINGO MARIA	1	5,760
20	HUANCANELICA	3853	II-2	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCANELICA	1	5,760
21	ICA	3358	III-1	HOSPITAL REGIONAL DE ICA	2	11520
22	JUNIN	27857	II-E	IREN CENTRO	1	5,760
23	JUNIN	365	II-1	HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA - JAUJA	1	5,760
24	JUNIN	432	II-1	HOSPITAL MANUEL ANGEL HIGA ARAKAKI	1	5,760
25	LA LIBERTAD	5195	III-1	HOSPITAL BELEN	1	5,760
26	LA LIBERTAD	7277	III-2	INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - NORTE - DR. LUIS PINILLOS GANOZA	1	5,760
27	LAMBAYEQUE	4317	II-2	HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES	1	5,760
28	LAMBAYEQUE	4331	I-3	C.S JOSE LEONARDO ORTIZ	1	5,760
29	LIMA METROPOLITANA	5617	II-2	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	5,760
30	LIMA METROPOLITANA	6206	III-1	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	1	5,760
31	LIMA METROPOLITANA	6211	III-1	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	1	5,760
32	LIMA METROPOLITANA	6207	III-1	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	1	5,760
33	LIMA METROPOLITANA	7633	III-1	HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	1	5,760





34	LIMA METROPOLITANA	6215	III-E	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	1	5,760
35	LIMA METROPOLITANA	6210	III-2	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS	3	17,280
36	LIMA METROPOLITANA	33381	III-E	HOSPITAL DE LIMA ESTE VITARTE	1	5,760
37	LIMA METROPOLITANA	5987	III-1	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	1	5,760
38	LIMA METROPOLITANA	7634	III-1	HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES	1	5,760
39	LIMA REGIÓN	7639	II-2	HOSPITAL DE HUACHO	1	5,760
40	LIMA REGIÓN	5850	II-1	HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	1	5,760
41	LIMA REGIÓN	7636	II-1	HOSPITAL DE SUPE	1	5,760
42	LIMA REGIÓN	36034	II-2	HOSPITAL REGIONAL DE CAÑETE - REZOLA	1	5,760
43	LORETO	3	III-1	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"	1	5,760
44	LORETO	210	II-2	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	1	5,760
45	MADRE DE DIOS	2698	II-1	HOSPITAL SANTA ROSA	1	5,760
46	PASCO	979	II-1	HOSPITAL REGIONAL DR. DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA	1	5,760
47	PASCO	981	II-1	HOSPITAL "ROMAN EGOAVIL PANDO" VILLA RICA	1	5,760
48	PIURA	2084	II-2	HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2	1	5,760
49	PIURA	2161	II-1	E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS	1	5,760
50	PIURA	2021	II-1	HOSPITAL DE APOYO II - 1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA	1	5,760
51	SAN MARTIN	6733	II-1	HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA - DR. SEGUNDO RODOLFO PÉREZ NIETO	1	5,760
52	SAN MARTIN	6918	II-2	HOSPITAL TARAPOTO	1	5,760
53	SAN MARTIN	6359	II-E	HOSPITAL BANDA SHILCAYO	1	5,760
54	TACNA	2864	II-2	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	1	5,760
55	TUMBES	17077	II-2	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	1	5,760
56	UCAYALI	5577	II-2	HOSPITAL AMAZONICO - YARINACocha	1	5,760
57	DIRIS LIMA NORTE	5735	I-4	CENTRO MATERNO INFANTIL EL PROGRESO	1	5,760
58	DIRIS LIMA NORTE	5644	I-4	CENTRO MATERNO INFANTIL RÍMAC	1	5,760
59	DIRIS LIMA SUR	6152	I-4	CENTRO MATERNO INFANTIL JOSE CARLOS MARIATEGUI	1	5,760
60	DIRIS LIMA CENTRO	6196	I-4	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MAGDALENA	1	5,760
61	DIRIS LIMA ESTE	6750	I-4	C.S SANTA ANITA	1	5,760
TOTAL					64	368,640

Fuente: DPCAN al 03/11/2025.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:53:46 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:03:55 -05:00



Ficha N° 16: Porcentaje de niñas y niños de 9 años de edad vacunados contra el virus de papiloma humano (VPH)

Nombre	Porcentaje niñas y niños de 9 años de edad vacunados contra el virus de papiloma humano (VPH).
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS.
Definición	El indicador mide el porcentaje de niños y niñas de 9 años de edad que reciben una dosis de vacuna contra VPH.
Justificación	La inmunización es un logro de la salud pública y el desarrollo a escala mundial que salva millones de vidas cada año. Las vacunas reducen el riesgo de contraer enfermedades gracias a que refuerzan las defensas naturales del organismo y le ayudan a protegerse. Cuando una persona se vacuna, se activa su sistema inmunitario. El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en Perú, es la segunda causa de muerte en mujeres después del cáncer de mama. Se estima que cada año se diagnostican más de 4,800 nuevos casos y causan más de 2,288 muertes. La principal causa es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), y se puede prevenir a través de la vacunación contra el VPH que se encuentra incorporada en el Esquema Nacional de Vacunación. El cáncer de cuello uterino puede curarse si se diagnostica en un estadio temprano y se trata con prontitud, pero también puede prevenirse si se vacuna lo más tempranamente posible. Vacunarse entre los 9 y los 14 años es una forma altamente eficaz de prevenir infecciones por VPH, el cáncer cervicouterino y otros cánceres relacionados con el VPH, la vacunación está dirigida especialmente a niñas y niños de 9 años, antes de que inicien su vida sexual, ya que la vacuna es más efectiva antes de la exposición al virus. El país cuenta con 18 vacunas de alta calidad, que incluye la vacuna contra el virus del papiloma humano, se aplica 1 dosis a los niños y niñas a partir de los 9 años de edad, la vacunación se realiza en las Instituciones Educativas, por encontrarse concentrada la población, por lo que las brigadas se desplazan hacia los colegios para lograr la vacunación. La administración de las vacunas, está regulada por la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación, vigente.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{Número de niños y niñas de 9 años que han recibido una dosis de vacuna contra VPH, registrado en HIS MINSA}}{\text{Número de niñas/niños de 9 años de población RENIEC}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador Sintaxis: Suma niños y niñas de 9 años que han recibido una dosis de vacuna contra VPH (registrados en el HIS con código 90649). Denominador Sintaxis: Suma de niños y niñas de 9 años de población RENIEC. con corte al periodo de evaluación
Valor Umbral	80%
Logro esperado	>= 90%
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual
Fuente de datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: Población RENIEC de 9 años.
Área responsable técnica	Dirección de Inmunizaciones (DMUNI) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
NOTAS	- La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas, situaciones epidemiológicas o de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. - Para la suma de la cobertura en el numerador se consideran todas los registrados en el HIS con al menos una dosis con código 90649 y lab: en blanco, 1, D1, y DU.



Ficha N°17: Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.

Nombre	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	Hospitales e Institutos con UPSS de Medicina de Rehabilitación registrados en RENIPRESS vigente al 1° de enero 2026. Incluye el INO con la UPSS consulta externa Baja Visión.
Definición	Indicador que determina el total de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que cuenten con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación.
Justificación	Mediante la medición de este indicador se busca incrementar la oferta médica, incrementando el número de citas y horarios en los establecimientos de salud, para la atención de los niños menores de 5 años en las UPSS de Medicina de Rehabilitación, que a su vez permitirá a la gestión institucional identificar oportunidades de mejora relacionadas a la implementación de las UPSS con equipamiento, mobiliario, infraestructura y recurso humano, que permita brindar a los usuarios en salud una atención de calidad, en el marco de Norma técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Medicina de Rehabilitación (NTS N° 079-MINSA/DGSP-INR V.01). Es importante determinar el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, que son atendidos en la UPSS Medicina de Rehabilitación, a fin de promover la intervención temprana y oportuna en rehabilitación, que incluya actividades orientadas a la prevención, diagnóstico y la mejora de la condición de discapacidad y autonomía del paciente, y que contribuya a evitar condiciones de salud que generen discapacidad, reducir la limitación funcional, minimizar el impacto en las consecuencias del daño a la salud y mejorar el nivel de independencia funcional. Se entiende por deficiencias a los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud-CIF). Y por factor de riesgo a la característica, circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. El efecto marginal de los factores de riesgo produce un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento o desarrollo durante la infancia. Para la identificación de las niñas y niños menores de cinco (5) años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad, se ha considerado lo siguiente: Apgar menor de 7 a los 5 minutos, prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, meningitis, convulsiones, retardo en desarrollo, hipotiroidismo, kernicterus, sepsis neonatal, septicemia, retinopatía de la prematuridad, que pueden generar discapacidad. Tanto la identificación de la deficiencia o los factores de riesgo identificados en el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV) y aquellos determinados por el Ministerio de Salud.
Formula del Indicador	$\frac{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años identificados con DNI del denominador con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación- INO (Anexo código de UPSS MR)}}{\text{Total, de niños y niñas menores de 5 años identificados con DNI con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en EESS con UPSS de Medicina de Rehabilitación-INO (Periodo 1ro enero – 30 de noviembre 2026)}} \times 100$
Construcción del indicador	NUMERADOR: A: Total, de niños y niñas menores de 5 años identificados con DNI del denominador con seis o más atenciones en la UPSS Medicina de Rehabilitación - INO; la última atención no deberá exceder los tres meses contabilizando la primera atención, correspondiente al CIE 10 identificado, realizadas en la consulta externa e interconsultas, mediante la Oferta Fija o Telesalud del mismo EESS, registrados con Diagnóstico “D” Definitivo o “R” Repetitivo en la primera consulta y “R” Repetitivo las demás atenciones. Fuente: HIS-MINSA Sintaxis: Total de niños y niñas menores de 5 años identificados con DNI del denominador, atendidos en la UPSS Medicina de Rehabilitación -INO por consulta externa que cuenten con seis o más atenciones en dichas UPSS-MR. DENOMINADOR: B: Total de niños y niñas menores de 5 años identificados con DNI, que presenten deficiencias o factores de riesgo de discapacidad que se hayan atendido en todas las UPSS de los establecimientos de salud que cuenten con UPSS de Medicina de Rehabilitación registrado en RENIPRESS vigente. incluir al INO en la UPSS consulta externa Baja Visión. Todos registrados

con Diagnóstico Definitivo o Repetitivo, detectados en la consulta externa e interconsultas, mediante la Oferta Fija o Telesalud, que cuenten con los siguientes factores de riesgo específicos registrados en CNV con códigos CIE-10. identificados desde el 1ro enero al 30 de noviembre del 2026, según el siguiente detalle:

- Sólo con Apgar menor de 7 a los 5 minutos, Edad gestacional menor a 28 semanas: CNV
- Prematuridad: P07.2, P07.3
- Extremadamente Bajo peso al nacer: P07.0
- Malformaciones congénitas: Q00-Q09, Q31, Q32, Q33, Q35, Q36, Q37, Q38.0, Q38.1, Q65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q76, Q77, Q78, Q79.6, Q79.8, Q79.9, Q87.1, Q87.2, Q87.4, Q87.5, Q87.8, Q90, Q91, Q92, Q93, Q95, Q96, Q99.2, Q99.8, Q99.9
- Meningitis: A39.0, A87.0, A87.1
- Encefalitis: A85.0, A85.1, A85.8, A86
- Kernicterus: P57.9
- Convulsiones: P90.X
- Hipertonía congénita: P94.1
- Hipotonía congénita: P94.2
- Retinopatía de la prematuridad: H35.1
- Hipotiroidismo: E03.0, E03.1, E03.3.
- Retardo del desarrollo: R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.4, F80.8, F80.9, F82, F83, F84.0, F84.1, F84.2, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9.
- Sepsis neonatal: P36.0, P36.1, P36.2, P36.3, P36.4, P36.5, P36.8, P36.9
- Septicemia: A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.5, A41.8, A41.9
- Parálisis cerebral: G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9

(*) A partir del Tercer nivel de atención agregar para la estimación del numerador y denominador el siguiente código CIE-10:

- R62.0: Desarrollo de aptitudes tardío en la infancia.

(*) A partir del nivel III-1 E (**) Instituto Nacional de Rehabilitación, con UPSS MR. Agregar a la atención de las personas atendidas con diagnósticos de deficiencias antes mencionadas, los siguientes códigos CIE 10:

- H90.3: Hipoacusia.

(*) Para el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:

- Malformaciones congénitas: Q02, Q03, Q04, Q05, Q06, Q07, Q32, Q33, Q35, Q36, Q37, Q38, Q65, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q72, Q73, Q74, Q76, Q90, Q91
- Retardo del desarrollo: R62.0, R62.9, F80.0, F80.1, F80.2, F80.8, F80.9, F82.X, F83.X, F84.9
- Parálisis cerebral: G80.0, G80.1, G80.2, G80.3, G80.4, G80.8, G80.9.
- Hipoacusia Neurosensorial Bilateral: H90.3
- Secuelas de quemaduras: T95.0, T95.1, T95.2, T95.3, T95.9

(*) Para el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas- INEN, sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:

- C49: Tumores malignos del tejido conjuntivo y blandos
- C69: Tumores malignos del ojo
- C71: Tumores malignos del sistema nervioso central

(*) Para el Instituto Nacional de Oftalmología – INO, Dr. Francisco Contreras C. sólo considerar para la estimación del numerador y denominador los siguientes códigos CIE-10:

- Afaquia congénita Q12.3
- Afaquia H27.0
- Albinismo ocular E70.3
- Ambliopía H53.0
- Aniridia congénita Q13.1
- Anoftalmia Q11.1

	• Atrofia óptica H47.2 • Catarata congénita Q12.0 • Coloboma de iris Q13.0 • Coloboma del cristalino Q12.2 • Coloboma nervio óptico Q14.20 • Coloboma retina o del fondo de ojo Q14.80 • Coriorretinitis H30 • Discapacidad visual H54.9 • Disgenesia del segmento anterior Q13.9 • Distrofia hereditaria de la retina H35.5 • Estrabismo congénito H50.9 • Glaucoma congénito Q15.0 • Hipotiroidismo congénito E03.1 • Hipotonía congénita P94.2 • Malformación o alteraciones congénitas del humor vítreo Q14.0 • Microcórnea Q13.4 • Microftalmos Q11.2 • Nistagmus congénito H55.X • Parálisis cerebral infantil G80.9 • Ptosis congénita Q10.0 • Retinoblastoma C69.20 • Retinopatía de la prematuridad H35.1 • Rubeola congénita P35.0 • Sepsis neonatal P36.9 • Sufrimiento fetal agudo O68.9 • Toxoplasmosis congénita P37.1 • Ceguera Cortical H47.6 • Trastornos de las vías ópticas H47.5 Fuente: HIS-MINSA / CNV “En el caso de que el denominador sea igual a cero el nivel de cumplimiento es cero, en el caso de la UPSS MR no brinde la atención a grupo de niños y niñas menores de 5 años con deficiencias o factores de riesgo de discapacidad. Excluir del numerador y denominador los fallecidos. Para tal efecto el EE SS evaluado debe solicitar la excluir de los fallecidos, verificado mediante el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF).
Valor umbral	25%
Logro esperado	Igual o mayor a 35% en EESS de Lima Metropolitana y 30% en EESS Regional.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: HIS-MINSA. Denominador: HIS-MINSA
Responsable técnico	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información
Notas	1. El cumplimiento del presente indicador es del total control del EE SS evaluado. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico

Códigos del Listado de UPS de Rehabilitación

R_id_ups_destino	UPS_destino
130000	MEDICINA DE REHABILITACIÓN / MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
130100	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-FONIATRÍA -
130200	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-LOGOTERAPIA-
130300	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA
130301	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA
130302	REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN POST RESECCIÓN QUIRÚRGICA / AMPUTACIÓN
130303	MEDIC. DE REHAB. / MEDICINA FÍS.Y REHAB.-REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN OFTALMOLÓGICA
130304	REHABILITACIÓN FÍSICA-REHABILITACIÓN REUMATOLÓGICA Y TRAUMATOLÓGICA
223400	CONSULTA EXTERNA-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN-

	UPS a considerar, según Listado de Unidad productora de servicios aprobado con RM N° 704-2006/MINSA.
302201	MEDICINA REHABILITACION
302202	REHABILITACION CARDIORRESPIRATORIA
302203	REHABILITACION DE LA UNIDAD MOTORA Y DOLOR
302204	REHABILITACION DE TRASTORNOS SENSORIALES
302205	REHABILITACION EN AMPUTADOS / QUEMADOS Y TRASTORNOS POSTURALES
302206	REHABILITACION EN APRENDIZAJE
302207	REHABILITACION EN COMUNICACIÓN
302208	REHABILITACION EN DESARROLLO PSICOMOTOR
302209	REHABILITACION EN LESIONES CENTRALES
302210	REHABILITACION EN LESIONES MEDULARES
302211	REHABILITACION EN RETARDO MENTAL Y ADAPTACION SOCIAL
303309	REHABILITACION ORAL

Códigos del Instituto Nacional de Oftalmología – INO, Dr. Francisco Contreras

303406	CONSULTA EXTERNA - BAJA VISIÓN
--------	--------------------------------



Ficha N°18: Egresos de personas por problemas de salud mental en Hospitales con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones.

Nombre	Egresos de personas por problemas de salud mental en Hospitales con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA).
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales generales que cuentan con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones (UHSMA), de acuerdo al listado elaborada por la DSAME (Hospitales con o sin población asignada).
Definición	El indicador mide la relación entre el número de egresos de una cama de la UHSMA y el número de camas hospitalarias disponibles, el indicador permite conocer el promedio de uso de una cama de hospitalización de salud mental. El valor representa el número de personas que usaron una misma cama en un periodo determinado.
Justificación	El Decreto Supremo N°007-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, en el artículo 27 establece que: "Si la hospitalización se prolonga por más de 30 días, la junta médica psiquiátrica del establecimiento de salud reevalúa el caso para determinar la mejor alternativa terapéutica. En caso se requieran más días de hospitalización esta se realiza sólo con la actualización del consentimiento informado". La NTS N°237-MINSA/DGIESP-2025: Norma Técnica de Salud de las Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones, establece indicadores a evaluar en las UHSMA, siendo uno de ellos Rendimiento cama. Por tanto, este ID permite evaluar la producción de los recursos de la UHSMA, mediante el número de altas hospitalarias según días de hospitalización de la persona relacionado a su trastorno mental por cama hospitalaria disponible en un periodo de tiempo; a fin de incorporar estrategias para mejorar la atención oportuna y efectiva de las personas usuarias en situación de emergencia psiquiátrica, agudización o reagudización de su problema de salud mental y el funcionamiento de la UHSMA. La cama hospitalaria será más utilizada en el periodo medido si hay una mayor demanda efectiva. Para determinar el cálculo del tiempo de hospitalización de un paciente se puede analizar factores adicionales que podrían influir en el tiempo de hospitalización como el tipo de trastorno y la calidad de los servicios. En el presente año la aplicación de esta ficha, ha permitido el incremento de atenciones en la UHSMA que se traducen en mayor egreso hospitalario, ha favorecido la recuperación de las camas que anteriormente estaban en otros servicios. Así mismo se ha recuperado, personal, equipamiento y la reorganización y mejora de la calidad del gasto presupuestal.
Formula del indicador	$A = \frac{\text{N° de egresos hospitalarios en la UHSMA durante el año 2026}}{\text{N° de camas disponibles para la atención de salud mental en la UHSMA durante el año 2026}}$
Construcción del indicador	Numerador: Egresos hospitalarios en la UHSMA durante el año 2026. Sintaxis: Número de egresos hospitalarios que contengan en las primeras afecciones los diagnósticos CIE y <u>todas sus subcategorías:</u> - F00 al F99 - T74 - X60 al X84 - Y04 al Y08 Denominador: Camas disponibles para la atención de salud mental en la UHSMA durante el año 2026. Sintaxis: - Total, de camas hospitalarias del Directorio de Hospitales Generales con Unidades de Hospitalización de Salud Mental y Adicciones. Se excluye fallecimientos, altas voluntarias y usuarios institucionalizados con larga estancia.
Valor umbral	NA
Logro esperado (LE)	12 - 30 egresos por cama al año



Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si cumple el Logro Esperado se asignará 100%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Fuente auditable: Numerador: Información de enero a diciembre del 2026 reportado del SEEM Denominador: Matriz de Unidades de Hospitalización de salud mental y adicciones en hospitales generales consolidada con la Dirección de Salud Mental – DGIESP
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME)
Responsable de la información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME) y Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI).
Nota	1. Para la exclusión por fallecimientos, altas voluntarias y usuarios institucionalizados con larga estancia, los hospitales definidos en el ámbito de evaluación remiten a la DSAME de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión, así como el listado nominal de los usuarios a excluir; la DSAME revisa y valida la información de los solicitantes, autoriza a la OGTI, de considerarlo, la exclusión que corresponde, antes de la generación de los resultados preliminares. El listado debe incluir el consolidado entre el 1° de enero y 30 de diciembre del año de evaluación, siendo el plazo de envío del informe el 15 de enero del 2027. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:55:27 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:07:34 -05:00

Ficha N° 19: Porcentaje de personas con diagnóstico de depresión que reciben el paquete estándar de intervenciones.

Nombre	Porcentaje de personas con diagnóstico de depresión que reciben el paquete estándar de intervenciones.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) que se encuentren en el RENIPRESS hasta el 31 de diciembre del 2025
Definición	En este indicador se contempla el total de personas con diagnóstico de trastornos afectivos (depresión) y el total de personas que reciben el paquete terapéutico estándar para trastornos afectivos (depresión) en los centros de salud mental comunitaria.
Justificación	El último estudio de Carga de Enfermedad del 2019 del CDC/MINSA, advierte que las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar en años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), siendo la depresión la que produce la mayor pérdida entre la población de 15 a 44 años. Y en caso de no ser tratada puede conducir al suicidio. El paquete terapéutico estándar integral para el tratamiento de la depresión combina intervenciones clínicas y psicosociales basadas en evidencia, con el objetivo de garantizar una atención eficaz, continua y centrada en la persona. La evidencia demuestra que la efectividad del tratamiento se relaciona principalmente con la frecuencia y la adherencia más que con la duración total. Las intervenciones de psicoterapia individual realizadas semanalmente o dos veces por semana logran reducciones significativas de síntomas depresivos, especialmente cuando se combinan con seguimiento médico y farmacoterapia cuando corresponde^{1,2,3} psicoeducación, articulación con redes de apoyo, además se pueden combinar con intervenciones familiares y visitas domiciliarias asegurando así la continuidad terapéutica y la prevención de recaídas^{4,5}. En ese marco, se propone como paquete estándar la realización de seis sesiones de psicoterapia individual, tres consultas médicas, una sesión psicoeducativa, a desarrollarse en un periodo no mayor de 8 meses, a desarrollarse entre modalidades presenciales y virtuales⁴.
Formula del Indicador	Formula: A/B A = Sumatoria de pacientes (Documento Nacional de Identidad o carnet de extranjería) del denominador con diagnostico CIE 10 Depresión que recibieron el paquete mínimo de intervenciones terapéuticas B = Sumatoria de pacientes (Documento Nacional de Identidad o carnet de extranjería) con diagnóstico CIE 10 Depresión

Firmado digitalmente por ALARCON
GUISADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:06:52 -05:00

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:36:29 -05:00

- ¹ Dekker J, et al. Combined psycho-pharmacological treatment for depression. Psychol Med. 2002;32(1):49-60
- ² Cuijpers P, et al. How much psychotherapy is needed to treat depression? J Affect Disord. 2013;149:1-13.
- ³ Čiháňová K, et al. Quantity and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome. J Affect Disord. 2024;365:1-12.
- ⁴ McQuaid JR, et al. Management of Major Depressive Disorder: Synopsis of the 2022 VA/DoD Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2022;175(10):1440-1452.
- ⁵ Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años. Lima: MINSA; 2022.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Construcción del indicador	Numerador Sintaxis: Sumatoria de personas únicas (Documento Nacional identidad o carnet de extranjería) del denominador con: • Criterio N°01: TD = "D o R" + DX= (F32, F33, F34, F38 y F39) • Criterio N°02: 03 atenciones de consulta médica/salud mental (99215 o 99215.01 o 99214.06 o 99207) + • Criterio N°03: 01 atención de psicoeducación (99207.04) + • Criterio N°04: 06 atenciones de psicoterapia/intervención individual (90806 o 90834 o 90860 o 99207.01) Denominador Sintaxis: Sumatoria de número de personas únicas (Documento de identidad o carnet de extranjería) con diagnóstico TD= "D" + DX (*) = (F32, F33, F34, F38 y F39 atendidas en Centros de Salud Mental Comunitaria que se encuentren en el RENIPRESS hasta el 31 de diciembre del 2025. Especificaciones técnicas: • Es un indicador retrospectivo, por lo tanto, el denominador estaría constituido por todas las personas únicas (identificadas por documento de identidad), que entre el 07 de ABRIL de 2025 hasta el 06 de ABRIL 2026, han sido atendidos en el CSMC y tiene registrado en el HIS diagnóstico definitivo de depresión (F32, F33, F34, F38 y F39). Este periodo corresponde a los 269 días. • Se excluirán del denominador los casos por fallecimiento validado en SINADEF que no hayan completado el paquete de atención. Esta verificación se realizará al cierre anual del periodo evaluado. • No se tendrá en cuenta en el numerador la realización de dos o más intervenciones del mismo tipo para una misma persona en un mismo día.
Valor Umbral	• >150 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 20% • 101-150 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 30% • 60-100 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 35% • 40-59 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 40%
Logro esperado	• >150 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 30% • 101-150 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 40% • 60-100 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 50% • 40-59 Pacientes con diagnóstico de Depresión ----- 60%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición para evaluación	Anual.
Fuente de Datos	HISMINS
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME)
Responsable de la información	OGTI
NOTAS	1. Es responsabilidad de la DIRESA, GERESA y DIRIS gestionar la homologación de los códigos únicos de las IPRESS de su jurisdicción; de acuerdo a directiva de OGTI. Para efectos de la evaluación, cuando una IPRESS registre más de un código durante el año, se considerará la producción registrada de todos los códigos. 2. La actualización de la ficha técnica o del script, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar, por modificaciones normativas,



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:07:27 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 17:36:58 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

situaciones epidemiológicas, de emergencia u otros, y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. Se aprueba mediante Resolución Ministerial.

3. Para la exclusión por fallecimientos, los CSMC definidos en el ámbito de evaluación remiten a la DSAME de la DGIESP, el informe que sustenta la exclusión, así como el listado nominal de los usuarios a excluir; la DSAME revisa y valida la información de los solicitantes, autoriza a la OGTI, de considerarlo, la exclusión que corresponde, antes de la generación de los resultados preliminares. El listado debe incluir el consolidado entre el 1° de enero y 31 de diciembre del año de evaluación, siendo el plazo de envío del informe el 15 de enero del 2027.



MINSA

Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 19.12.2025 16:07:45 -05:00



MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy Vº Bº
Fecha: 19.12.2025 17:38:05 -05:00

**PERÚ**Ministerio
de Salud**Ficha N° 20: Porcentaje de Resolutividad**

Nombre	Porcentaje de Resolutividad
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de Evaluación	Hospitales con población asignada y hospitales
Definición	Es la relación entre el número de referencias enviadas por el establecimiento de origen y el total de atenciones médicas en emergencia en el mismo periodo de tiempo.
Justificación	El indicador fomenta la integralidad en los diferentes niveles de atención de salud orientando a la organización de los servicios que permitan la resolución de las necesidades de la población demandante, garantizando los derechos a una mejora en el estado de salud de la población, Es así, que medir la capacidad de respuesta del establecimiento de salud según su nivel de complejidad ante el problema de salud de los usuarios. Asimismo, permite identificar las limitaciones e implementar acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° Referencias por emergencia enviadas en un periodo}}{\text{N° de atenciones de emergencia en el periodo}} \times 100$
Construcción del indicador	Numerador. – Es el número de las referencias para emergencia registradas en el aplicativo REFCON Denominador. – Es el registro de atenciones prioridad I y II en emergencia fuente SEEM
Valor umbral	No aplica
Logro esperado	5%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el Logro Alcanzado <= Logro Esperado, entonces se le asigna 100%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: Aplicativo REFCON Denominador: Fuente SEEM
Responsable técnico	Dirección General de Operaciones en Salud
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 2. Para efectos de evaluación, la IPRESS Destino, debe hacer uso del REFCON para las referencias de emergencia, durante los doce meses del año. 3. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA 4. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha 21: Rendimiento de Sala de Operaciones

Nombre	Rendimiento de Sala de Operaciones
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	IPRESS que cuenten con UPSS Centro Quirúrgico: Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos especializados. Se excluyen a los siguientes: Hospital Casimiro Ulloa, Hospital de Emergencias Pediátricas, INR, Hospitales e Instituto de Salud Mental.
Definición	Mide el número promedio de intervenciones quirúrgicas electivas o programadas, realizadas por cada sala de operaciones en un mes., en un turno de 12 horas de trabajo SOP operativas: Son todas las salas de operaciones que se encuentran habilitadas (infraestructura, equipamiento y RRHH) para realizar intervenciones quirúrgicas programadas o electivas
Justificación	Este indicador permite evaluar el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada centro quirúrgico por mes durante el año.
Fórmula del indicador	IPRESS II: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo}}{(01 \text{ SOP}) \text{ N}^\circ \text{ de Sala de Operaciones en condiciones operativas en un periodo}}$ IPRESS II: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo}}{(\geq 02 \text{ SOP}) \text{ N}^\circ \text{ de Sala de Operaciones en condiciones operativas en un periodo}}$
Construcción del indicador	Numerador: Número total de intervenciones quirúrgicas electivas o programadas y ejecutadas en el mes, la cual se obtiene de la sumatoria de todas las cirugías electivas ejecutadas diariamente durante el mes Denominador: Número de salas de operaciones que se encuentren en condiciones operativas en dicho periodo. Para el cálculo, se deben de considerar las intervenciones quirúrgicas realizadas con previa programación. Se excluyen las intervenciones de emergencia, procedimientos y cirugías menores
Valor Umbral	No aplica
Logro esperado	- IPRESS II Nivel con 01 sala de operaciones = 60 - IPRESS II Nivel y IPRESS III Nivel con ≥ 02 SOP = 85
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	- IPRESS II Nivel con 01 sala de operaciones: Si el Logro Alcanzado es mayor o igual al Logro Esperado entonces se le asigna el 100 % - IPRESS II Nivel y IPRESS III Nivel con ≥ 02 SOP: Si el Logro Alcanzado es mayor o igual al Logro Esperado entonces se le asigna el 100 %
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: Reporte de la Oficina Estadística e Informática del Sistema Electrónico de transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI – IPRESS (SUSALUD).

**PERÚ**Ministerio
de Salud

	Denominador: Reporte de Sala de Operaciones (Base de Datos remitida por DGOS)
Responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Los Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos, que cuentan con ≥ 2 SOP solo se contabilizan las SOP electivas. 2. Los Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos deben reportar el número de SOP operativas hasta el 20 enero del 2026, debiendo informar de alguna situación de inoperatividad de la SOP con sustento correspondiente hasta el 15 de cada mes. 3. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia. 4. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.

**PERÚ**

MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:47:18 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha N° 22: Porcentaje de Cirugías Suspendidas

Nombre	Porcentaje de Cirugías Suspendidas
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos Especializados Se excluyen a los siguientes: Hospital Casimiro Ulloa (6213), Hospital de Emergencias Pediátricas (6212), INR (7734), Hospital Víctor Larco Herrera (6214), INSM Noguchi (7733) y Hermilio Valdizán (5948).
Definición	La suspensión de cirugías se define como la correspondencia entre las cirugías programadas y las realizadas en un determinado periodo de tiempo en una institución. Mide la proporción de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas.
Justificación	Permite identificar problemas en los procesos relacionados con las intervenciones quirúrgicas; así como, evaluar la calidad en la atención hospitalaria, para la obtención de mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución y mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente por su prolongada estancia hospitalaria. La programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestesistas, enfermeros, técnicos de enfermería, entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados.
Formula del Indicador	$\frac{\text{N° de cirugías suspendidas}}{\text{N° de cirugías programadas}} \times 100$
Construcción del indicador	Se obtendrá del cociente entre: Numerador. - El número total de intervenciones quirúrgicas programadas que fueron suspendidas por diferentes motivos en un periodo de tiempo. No incluye intervenciones quirúrgicas de emergencia. No incluye procedimientos y/o cirugías menores Denominador. - El número de intervenciones quirúrgicas programadas en el mismo periodo. No incluyen procedimientos y/o cirugías menores Una intervención quirúrgica programada se define como la intervención quirúrgica planificada con antelación y que no necesita practicarse inmediatamente como la cirugía de emergencia.
Logro esperado	5%
Valor umbral	No aplica
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el Logro alcanzado es menor o igual al Logro Esperado, entonces se le asigna el 100%
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: Transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI-IPRESS (SUSALUD) Denominador: Transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI-IPRESS (SUSALUD)
Responsable técnico	Dirección General de Operaciones en Salud
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 2. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha 23: Porcentaje de Ocupación Cama

Nombre	Porcentaje de ocupación cama	
Tipo	Indicador de Desempeño	
Ámbito de evaluación	Hospitales e Institutos Especializados.	
Definición	Es un índice que mide el porcentaje de las camas ocupadas o en uso, con relación al total de las camas operativas en un determinado período. Permitiendo medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un período de tiempo.	
Justificación	Este indicador permite evaluar la subutilización o sobreutilización del recurso cama de la UPSS Hospitalización; identificando problemas gerenciales asociados a la gestión de camas, determina la eficiencia en el uso de cama.	
Fórmula del indicador	Hospitalización: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-día (de un periodo)}}{\text{N}^\circ \text{ días (camas operativas) en el mismo periodo.}} \times 100$ UCI: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-día (de un periodo)}}{\text{N}^\circ \text{ días (camas operativas) en el mismo periodo.}} \times 100$	
Construcción del indicador	Numerador: es el Número total de pacientes-día de un periodo, se obtiene de la sumatoria de todos los pacientes-día censados diariamente durante el periodo de medición. <u>Un paciente-día</u>, es el paciente que ocupa una cama de hospitalización/UCI* en el periodo. Denominador: Es el Número de días cama operativas por cada día del periodo. Cama operativa: Es el número de camas en condiciones de uso en hospitalización y/o UCI. Se obtiene sumando el número de camas disponibles más el número de camas ocupadas al cierre del reporte. El cociente obtenido se multiplica por 100. (*) UCI: Comprende UCI + UCIN (*) Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/Hospitales e Institutos remitirán a la DGOS, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda al final del periodo, u otro servicio con el sustento correspondiente.	
Valor Umbral	No aplica	
Logro esperado	Hospitalización = 80%	
	UCI = 90%	
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	1. Para <u>hospitales sin servicios de UCI</u>: Si el Logro Alcanzado >= Logro Esperado: le corresponde el 100% del peso ponderado. 2. Para <u>hospitales con servicios de Hospitalización y UCI</u>: - En Hospitalización: Si el Logro Alcanzado >= Logro Esperado: le corresponde el 60% del peso ponderado - Y - En UCI: Si el Logro Alcanzado >= Logro Esperado: le corresponde el 40% del peso ponderado	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Formato F500.2. Aplicativo camas	



MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:47:40 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Responsable técnico	Dirección General de Operaciones en Salud
Responsable de la Información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. Las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de cuidados intermedios de la UPSS UCI, las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico, no se consideran para la evaluación del ID. 2. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología, Instituto Regional de Oftalmología, tampoco para hospitales ni institutos especializados en salud mental. Noguchi, Larco Herrera y Hermilio Valdizan 3. Se evaluará la ocupación camas UCI en hospitales e institutos que cuenten con dicha UPSS según su cartera de servicios. 4. Para fines de evaluación se deben registrar todos los meses del año y un mínimo de 20 días de registro del turno de mañana por mes en RENOXI (F500.2). 5. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:47:51 -05:00

**PERÚ**Ministerio
de Salud**Ficha 24: Intervalo de Sustitución de Cama**

Nombre	Intervalo de Sustitución de Cama
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Hospitales e Institutos Especializados
Definición	Se describe este indicador como el tiempo promedio (en días o fracción día), que una cama hospitalaria permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro. Se indica que el valor del Intervalo de sustitución es ideal, cuando es mayor que cero y menor que uno, expresando que, si un paciente egresa, esa cama es ocupada por otro paciente en un período menor de un día
Justificación	Determinar el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso a la misma cama
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Días cama disponibles} - \text{N}^\circ \text{ pacientes día}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos hospitalarios en el mismo periodo.}}$
Construcción del indicador	Numerador: Número de días cama disponible: Total de camas habilitadas para hospitalización en un periodo, que equivale a la sumatoria de camas operativas de hospitalización por cada día del periodo (Adulto, pediátrica, neonatal) del RENOXI (F500.2). N° paciente día: Sumatoria de camas de hospitalización ocupadas por un paciente por cada día del periodo (Adulto, pediátrica, neonatal) del RENOXI (F500.2). Denominador: Número de Egresos Hospitalarios en el mismo periodo. *Se excluirá del cálculo las camas ocupadas por abandonados por problemas judiciales o sociales. Para tal efecto, la DIRESA/GERESA/Hospitales e Institutos, remitirán a la DGOS, el listado de pacientes, con los números de historia clínica y las causas de la estancia prolongada con el visto bueno del servicio de Asistencia Social y/o legal del establecimiento de salud, según corresponda. Se entregará al final del periodo
Valor Umbral	No aplica
Logro esperado	2 días
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	A los hospitales e institutos especializados que alcanzan el logro esperado (0 a 2 días): le corresponde el 100% del peso ponderado.
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de datos	Numerador: Formato F500.2. Aplicativo camas Denominador: Fuente de información SEEM
Responsable técnico	Dirección General de Operaciones en Salud



**PERÚ****Ministerio
de Salud**

Responsable de Información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. Las camas en reparación o desinfección de nivel intermedio mayor 6 horas. Las cunas para recién nacidos sanos, las incubadoras y camas de la UPSS Cuidados Intensivos (incluyendo la unidad de intermedios), las camas de observación de la UPSS Emergencia y las camillas de recuperación de la UPSS Centro Quirúrgico, las camas de dilatación y las camillas de expulsivo de la UPSS Centro Obstétrico, no se considera para la evaluación del ID. 2. No aplica para hospitales con campo especializado en atención de emergencia, ni al Instituto Nacional de Oftalmología e Instituto Regional de Oftalmología, tampoco para hospitales ni institutos especializados en salud mental. 3. Para fines de evaluación se deben registrar todos los meses del año tanto para el SEEM como el RENOXI (F500.2), y con un mínimo de 20 días de registro del turno de mañana por mes en RENOXI (F500.2). 4. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA. 5. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. Se aprueba mediante Resolución Ministerial.

**MINSA**

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:48:14 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha N° 25: Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un Paciente Referido

Nombre	Promedio de Espera para la Atención en Consulta Externa de un paciente referido
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	EESS I-4, Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos especializados.
Definición	Es la relación entre la sumatoria de los días de espera para obtener una atención de salud por cada solicitud de referencia aceptada en el EE.SS. destino, sobre el número total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo.
Justificación	El indicador permite identificar los tiempos de espera de un usuario para recibir una atención médica posterior a la aceptación de solicitud de la referencia proveniente de establecimiento de salud de menor complejidad a uno de mayor complejidad resolutoria, orientando a la organización de los servicios que permitan la resolución de las necesidades de la población demandante, garantizando los derechos a una mejora en el estado de salud de la población. Asimismo, permite identificar las limitaciones y problemas relacionados a estas implementando acciones de mejora en los procesos de atención y en las capacidades del personal de salud.
Formula del Indicador	$\frac{\sum \text{ de Días de espera para obtener la atención médica por cada paciente referido (desde que la solicitud de referencia es aceptada hasta que es atendido) en un periodo (*)}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes atendidos por referencia en consulta externa en el mismo periodo (**)}} \times 100$ *Referencia aceptada: Solicitud de referencia que ha sido "Aceptada" por el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON **Paciente atendido por referencia en consulta externa: Fecha en que el paciente ha sido atendido en el EE.SS. destino en el aplicativo REFCON
Construcción del indicador	Numerador. – Es la sumatoria de los días de espera para obtener una atención médica por cada paciente referido, desde la fecha registrada en el campo de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará desde octubre 2025 al periodo a evaluar) en el REFCON hasta la fecha de atención en Consulta Externa en un periodo de tiempo, cuya fecha es registrada en el campo de "Fecha_Paciente_recibido" y "Llegada =S" en el REFCON Denominador. – Es el número total de pacientes atendidos en el EE.SS. destino que registran fecha en la columna de "Fecha_Paciente_recibido" - "Llegada =S" y en la columna de "Fecha_aceptación" (cuya fecha de aceptación se tomará hasta un año previo al periodo a evaluar) en el REFCON en el mismo periodo de tiempo.
Valor umbral	No aplica
Logro esperado	Categoría I-4 = 20 días de espera Hospital con o sin pob. asignada nivel II = 35 días de espera Hospital nivel III = 45 días Institutos especializados = 22 días de espera
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	Si el Logro Alcanzado es menor o igual que el Logro Esperado, entonces se le asigna el 100 %
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Numerador: REFCON Denominador: REFCON
Área responsable técnica	Dirección General de Operaciones en Salud
Área responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Notas

1. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA.
2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.
3. Para extraer la información de los días de espera en el aplicativo REFCON se restará entre los datos de la columna de "*fecha de aceptación*" y de la columna de "*fecha de recibido*", así como al valor resultante se le restará los domingos y feriados calendario debido a que Consulta Externa no se encuentra disponible en dichos días.
4. Para el Resultado Final de la evaluación (Logro Alcanzado) se tomará en cuenta **la Pauta de inclusión** según:
5. El 80% de solicitudes de referencia a través del REFCON, deben ser evaluadas (cómo máximo 20% de Estado = Pendiente).
6. El 80% de referencias aceptadas (Estado = Aceptado), deben ser recibidas (Estado = PACIENTE RECIBIDO).
7. Para efectos de evaluación: La IPRESS, debe hacer uso del REFCON, los doce meses del año.
8. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:48:45 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha N° 26: Utilización de consultorios externos de medicina:

Nombre	Utilización de consultorios externos de medicina.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	EESS del I nivel de atención (I-3, I-4), CSMC, Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos Especializados. Se excluyen los Hospitales de Emergencia Casimiro Ulloa y Emergencias Pediátricas.
Definición	Mide el grado de uso de los consultorios externos de medicina por día (incluye todas las especialidades médicas y quirúrgicas). Consultorio Funcional: Es el ambiente físico utilizado en varios turnos de atención, corresponde a los turnos de atención programados por cada consultorio físico de medicina. Precisar que, si en un consultorio físico de medicina, se programan 2 turnos de atención, esto corresponde a dos consultorios funcionales. Consultorio Físico: Es el ambiente físico delimitado perteneciente a la infraestructura de la IPRESS especialmente acondicionada para realizar la atención de medicina, en la consulta externa. Turno de atención: Se espera una programación mínima de 12 horas por consultorio por día.
Justificación	Este indicador permite evaluar el número de turnos que se viene otorgando para la atención en la consulta externa de medicina, comprendiendo un total de 12 horas por día.
Fórmula del indicador	$\frac{\text{N° Total de consultorios funcionales para atención de medicina por día, en el mes de evaluación}}{\text{N° Total de Consultorios Físicos de medicina de la IPRESS, por día, en el mes de evaluación}}$
Construcción del indicador	Numerador: Número total de consultorios funcionales para atención de medicina, el cual se obtiene de la sumatoria de los turnos programados para la atención de medicina, por cada consultorio físico de medicina, por día, en un determinado periodo. (CA_CONSULTORIOS_FN). Denominador: Número total de consultorios físicos de medicina de la IPRESS. (CA_CONSULTORIOS), el cual se obtiene de la sumatoria del número de consultorios físicos, por día, en el mismo periodo.
Valor Umbral	No Aplica
Logro esperado	Mayor o igual a 2 turnos (12 horas x día)
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	Reporte de la Oficina Estadística e Informática del Sistema Electrónico de transferencia de Información de IPRESS y Unidades de Gestión de IPRESS – SETI – IPRESS (SUSALUD) Tabla agregada A: Reporte de recursos de salud nombre del campo: consultorios físicos, consultorios funcionales http://datos.susalud.gob.pe/dataset/consulta-recursos-de-salud-por-ipress
Responsable técnico	Dirección General de Operaciones en Salud
Responsable de la Información	Oficina General de Tecnología de la Información
Notas	1. El registro mensual en el campo del SETI-IPRESS, "CA_CONSULTORIOS_FN" corresponde a la sumatoria de los turnos programados para la atención de medicina por cada consultorio físico de medicina por día. 2. El registro mensual en el campo del SETI-IPRESS, "CA_CONSULTORIOS", corresponde a la sumatoria del número de consultorios físicos por día. 3. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 4. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



PERÚ

MINSA

Ficha N° 27: Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.

Nombre	Densidad de Incidencia y/o Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.
Tipo	Indicador de desempeño.
Ámbito de evaluación	Hospitales con población asignada, hospitales e Institutos.
Definición	La densidad de incidencia y/o incidencia acumulada mide la velocidad con que se propaga las IAAS, a mayor tasa de incidencia, mayor riesgo en la atención de salud. Los hospitales e institutos donde se vigilan las IAAS en 2 o más servicios, se seleccionarán 2 tasas y en aquellos hospitales con 1 servicio vigilado, se seleccionará 1 tasa. El CDC-MINSA seleccionará las tasas que correspondan a las más altas respecto a los valores referenciales* y en aquellos hospitales o institutos con tasas cero para todos los tipos de IAAS, se considerará según la prioridad a nivel local. El hospital e instituto deberá realizar la vigilancia de IAAS en todos los servicios según norma técnica y cumplir con la notificación del 100% de la información (consolidada e individual) dentro de los siete días posteriores al siguiente mes vigilado, en el aplicativo web del CDC-MINSA.
Justificación	Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que provocan en los pacientes, disminuye la calidad de la atención de los servicios y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de salud. Estas infecciones también afectan a los neonatos que son de alto riesgo y las puerperas, por lo que, las tasas de IAAS son consideradas como indicadores de calidad en la atención integral de salud. Los documentos normativos que regulan el proceso son: ✓ Ley N° 31972 "Ley que fortalece la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) como componente de la política nacional de salud pública. ✓ Norma Técnica de Salud para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud aprobada por Resolución Ministerial N° 523-2020-MINSA. ✓ Norma Técnica de Salud para la investigación y control de brotes de infecciones asociadas a la atención de salud aprobada por Resolución Ministerial N° 509-2023/MINSA. ✓ Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP V. 01 Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aprobada por Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA. ✓ Documento Técnico: Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, aprobada por Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA.

Formula del Indicador	Densidad de incidencia: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de días- procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.}} \times 1000$ Incidencia acumulada: $\frac{\text{Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo}}{\text{Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.}} \times 100$
Construcción del indicador	Densidad de Incidencia: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo. Denominador: Sumatoria del total de días-procedimiento expuestos al riesgo en el mismo periodo. Se utiliza para la medición de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV), infección de tracto urinario (ITU) e infecciones del torrente sanguíneo (ITS). Incidencia acumulada: Numerador: Sumatoria de todos los casos según el tipo de IAAS seleccionada en el periodo. Denominador: Sumatoria del total de pacientes según procedimiento durante el mismo periodo. Se utiliza para la medición de las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) y de endometritis puerperal (END).
Valor umbral	Valor del año previo
Logro esperado	Para los hospitales e institutos que tengan tasas diferente de cero en su valor umbral, el cálculo del logro esperado se realizará considerando que: - Si sobrepasan el valor referencial para su categoría, las tasas seleccionadas deberán disminuir hasta en un 30% de su valor umbral para alcanzar el valor referencial para su categoría. - Si es menor o igual al valor referencial para su categoría, deberá mantenerse igual o por debajo del valor referencial para su categoría. Para los hospitales e institutos que tengan tasas de cero en su valor umbral, el logro esperado será el valor referencial y deberá mantenerse igual o menor a ese valor referencial para su categoría.
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	La evaluación del indicador se realizará cuando haya un 100% de cumplimiento de la notificación oportuna de los 12 meses al cierre de la base de datos; caso contrario, será evaluado con 0%. Para los hospitales o institutos en los que se selecciona 02 tasas de IAAS, a cada tasa le corresponde el 50% de cumplimiento del indicador. Por tanto, de cumplir con ambas tasas le corresponde el puntaje total del peso ponderado y de cumplir con una, le

	corresponde el 50% del peso ponderado. Para los hospitales o institutos que no logren cumplir el indicador, si el logro alcanzado es menor que el valor umbral, el porcentaje de cumplimiento de cada tasa se calculará de la siguiente manera $\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	Aplicativo web de notificación de IAAS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2026, con cierre de la base de datos al 31 de enero 2027.
Responsable técnico	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; en el marco de sus competencias.
Responsable de la información	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.
Notas	1. Los establecimientos de salud definidos en el ámbito de evaluación, que vigilen otros tipos de IAAS que no son sujetas a notificación obligatoria según normativa vigente, enviarán su plan de vigilancia epidemiológica incluyendo el tipo de IAAS, la definición de caso y la metodología utilizada; asimismo, realizarán la notificación mensual al CDC-MINSA correspondiente a los numeradores y denominadores para el cálculo de las tasas según los plazos establecidos. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.

Ficha N° 28: Disponibilidad de medicamentos esenciales (DME)

Nombre	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales (%DME)
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	- DIRESA/GERESA/DIRIS. - Redes de Salud (Unidad ejecutora). - Hospitales con población asignada, Hospitales, (Unidad ejecutora) - Institutos Especializados.
Definición	-Este indicador mide la gestión de la unidad ejecutora para obtener una disponibilidad de medicamentos esenciales con existencias mayor o igual a 2 meses equivalentes al Consumo Promedio Mensual (CPM), en los establecimientos de salud de su ámbito, correspondientes al Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales. Se mide en Meses de Existencia Disponible (MED), de acuerdo a su nivel de atención y a la cartera de servicios que brindan, en el marco de la vigilancia del acceso a medicamentos como parte esencial del derecho a la salud. -Entiéndase el uso del término “existencia” como “stock”.
Justificación	-La Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, entre ellos: A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa (literal e, 15.1), y a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo (literal a, 15.3). -La Ley N° 29459, Ley de “Los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios”, en su artículo 3 establece los principios básicos que rigen los procesos y actividades relacionadas a los PF, DM y PS, consignando en el numeral 5 el principio de accesibilidad, que señala: <i>“La Salud es considerada como un derecho fundamental de las personas. El acceso al cuidado de la salud incluye el acceso a productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Constituye un requisito para lograr este derecho: tener el producto disponible y asequible en el lugar y momento en que sea requerido”.</i> -El artículo 27 de la misma Ley 29459, modificada mediante la Ley N° 32033, señala en su numeral 27.1 <i>“El Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios como parte esencial del derecho a la salud, particularmente para las poblaciones menos favorecidas económicamente. Asimismo, el Estado dicta y adopta medidas para garantizar el acceso de la población a los medicamentos y dispositivos médicos esenciales, con criterio de equidad, empleando diferentes modalidades de financiamiento, monitoreando y evaluando su uso, (...)”.</i> Establece también en su numeral 27.3: <i>“Los establecimientos de salud del sector público, dependiendo de su nivel de complejidad, especialización y tomando en cuenta criterios epidemiológicos, están obligados a mantener en stock los medicamentos esenciales, productos biológicos y dispositivos médicos contenidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) (...)”.</i> -Los Medicamentos Esenciales, son aquellos medicamentos y productos biológicos que cubren la mayor parte de la morbilidad en el país (necesidades prioritarias de salud) que, luego de una evaluación técnica especializada multidisciplinaria, han demostrado ser comparativamente seguros, eficaces y costo-efectivos y debe estar disponibles en todo momento y al alcance de la población que los necesita. -La DME es un indicador de resultado de la gestión realizada por los actores vinculados al Sistema de Suministro Público de Medicamentos Esenciales en los diferentes niveles, para que los EESS del MINSA y de los GORES cuenten con los medicamentos esenciales, en cumplimiento del mandato legal y en salvaguarda de los derechos y salud de las personas. -La medición de la DME evidencia la situación del nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales que cuentan los EESS del MINSA y de los GORES de acuerdo a su nivel de atención y a la cartera de

	servicios que brindan, como parte de la vigilancia al acceso de medicamentos como componente fundamental del acceso a servicios de salud. Este indicador no aplica a los AEM.
Formula del Indicador	El resultado del indicador de DME de cada DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de Salud, Hospital con y sin población asignada e Instituto Especializado, se determina mediante el promedio de la DME del EESS que alcanza en el mes de evaluación (construcción del indicador: Paso del 1 al 5) del año evaluado (12 meses) y se calcula de la siguiente manera: $\%DME \text{ (Anual)} = \frac{\text{Suma de la DME (mensual)}}{12}$
Construcción del indicador	Alcances: Criterios de inclusión: 1. Se evalúan los Medicamentos Esenciales incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y de las listas complementarias vigentes. 2. Entran en la evaluación los EE.SS. registrado en RENIPRESS y en el Catálogo de prestadores del SISMED del MINSA y Gobiernos Regionales (gestionados por la DIRESA/GERESA/DISA/DIRIS). 3. Para el caso de los medicamentos en condición de SIN ROTACIÓN, solo se considera a los medicamentos vitales incluidos en la Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA. Criterios de exclusión (LOS ÚNICOS QUE SERÁN CONSIDERADOS EN LA EVALUACIÓN DEL INFORME) 1. Medicamento que corresponde a la atención exclusiva para Intervención Estratégica de Salud Pública. Basado en el listado comunicado por DGIESP, que corresponden a un medicamento que cubre al 100% de la población, no aplica cuando cubre solo un grupo étnico (exclusión automática para todos los EESS evaluados) 2. Medicamento que ha sido adquirido para la atención de un paciente por única vez, adjuntando el informe con el respectivo sustento (farmacia/servicio que requirió el medicamento).* 3. Medicamento no disponible en el mercado, adjuntando el informe con el respectivo sustento (logística y farmacia).* *Para las exclusiones 2 y 3 se debe emitir un informe con el respectivo sustento, el cual debe ser presentado a la DIGEMID hasta los 15 días hábiles, posterior a la publicación de resultados del mes a evaluar, entregas fuera de fecha no serán consideradas. Consideraciones adicionales en la evaluación aplicables solo para la presente ficha a) Para un medicamento que corresponde a una solución de gran volumen (igual o mayor 1 litro) la disponibilidad se considera con un mes de existencia disponible. b) Para que un medicamento sea considerado en situación de "SUBSTOCK CUMPLE" debe tener obligatoriamente los dos criterios señalados a continuación: - b.1) Reportar una existencia mayor a 1 mes y menor 2 meses, y - b.2) Una orden de Compra con una entrega programada para el mes siguiente de evaluación o tener una entrega regular de CENARES programada para al mes siguiente del mes evaluado. Para la aplicación de la consideración b), se debe emitir un informe con el respectivo sustento, el cual debe ser presentado a la DIGEMID hasta los 15 días hábiles, posterior a la publicación de resultados del mes a evaluar, entregas fuera de fecha no serán consideradas. Luego de la Revisión, si cumple los dos criterios citados, entonces se considera que CUMPLE EL INDICADOR (por única vez, cuando corresponda) La aplicación de la consideración b) conlleva que, la unidad ejecutora prevé los medios necesarios para realizar la distribución del medicamento a los EESS y garantizar las atenciones de los pacientes.

I.- Numerador del indicador.

Ítems condición de Existencia Disponible: Es la suma de ítems de medicamentos que se tienen registrados en cada una de las condiciones de existencia del indicador que son Normostock, Sobrestock, "substock cumple" y sin rotación.

II.- Denominador del indicador.

Total de ítems: Es la cantidad total de ítems de medicamentos esenciales manejados en el Establecimiento de Salud.

Pasos para la construcción del Indicador:

1ro. - Se fusionan los códigos SISMED de los medicamentos de igual Denominación Común Internacional (DCI), igual concentración, misma forma farmacéutica, misma vía de administración y que tienen diferentes presentaciones (Rangos según criterios establecidos por la DIGEMID), manteniendo el código SISMED de mayor rotación: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc.), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID.

Listado de medicamentos esenciales fusionados el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Link:

<https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/acceso-y-uso/#1679067267147-818f2240-7ae4>

2do. - Se calcula el Consumo Promedio Mensual (CPM) para cada medicamento

$$= \frac{\text{Suma de unidades consumidas en los últimos 12 meses} *}{\text{Nº de meses que registran consumo en los últimos 12 meses en el ICI}}$$

Para el cálculo del CPM se excluyen el mes que no se registra consumo, el cual implica obtener un consumo mensual promedio ajustado

3ro. - Se calcula los Meses de Existencia Disponible (MED) para cada medicamento:

$$= \frac{\text{Existencia del medicamento a la fecha de corte} *}{\text{Consumo Promedio Mensual (CPM) del medicamento}}$$

*Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED.

Pudiendo dar los siguientes resultados:

Desabastecido	MED: = 0	Sobrestock	MED: > 6
Substock	MED: > 0 y < 2	Sin rotación	Existencia > 0 y CPM = 0
Normostock	MED: ≥ 2 hasta ≤ 6	"Substock cumple" *	MED: > 1 hasta < 2 y cuenten con Orden de Compra o entrega de CENARES programado para al mes siguiente del mes evaluado.

* Aplica exclusivamente para la presente ficha de convenios de gestión.

4to. - Cálculo de la disponibilidad mensual de los medicamentos esenciales.

% DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (DME) EN EL EESS:

$$= \frac{\text{Nº de ítems de medicamentos esenciales en condición de normostock, "substock cumple", sobrestock y sin rotación}}{\text{Nº total de ítems de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, "substock cumple", desabastecido y sin rotación)}} \times 100$$

5to. - Cálculo de la disponibilidad mensual:

	- Para DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de Salud será: El promedio de la DME alcanzado por sus Establecimientos de Salud no ejecutor de su jurisdicción. $DME(mensual) = \frac{DME(EESS1) + DME(EESS2) + DME(EESS3) + \dots + DME(EESSX)}{\text{Número total de EESS}}$ Para los Hospitales (con y sin población asignada) e Institutos Especializados, la DME corresponde a su propia institución.
Valor umbral	Igual o mayor al 80% de la DME
Logro esperado	Igual o mayor al 90% de la DME
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$ Si cumple con el logro esperado se dará el 100% del puntaje, caso contrario será prorrateado según el cálculo entre el valor umbral y el logro alcanzado.
Frecuencia de medición	Mensual. El resultado final del indicador será, el promedio simple de las mediciones mensuales del año a evaluar.
Fuente de Datos	- Informe de Consumo Integrado (ICI) remitido a través del aplicativo informático SISMED, de acuerdo al plazo establecido en el cronograma oficial comunicado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). - El ICI recoge información de consumos y existencias de los EESS, los mismos que se utilizan para efectuar el cálculo del Consumo Promedio Mensual (CPM) y los Meses de Existencia Disponible (MED), determinando los niveles de disponibilidad de cada EESS.
Responsable técnico	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Responsable de la información	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 2. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.

Ficha N° 29: Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.

Nombre	Porcentaje de personal registrado en el aplicativo del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información.
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de aplicación	Las entidades que tengan el rol de unidad ejecutora: DIRESAS/GERESAS/DIRIS, todas tienen rol de unidad ejecutora. Redes, en cuanto tengan el rol de unidad ejecutora. Hospitales con población asignada, Hospitales, cuando tengan el rol de unidad ejecutora. Institutos
Definición	Relación porcentual entre el número de registros del Registro Nacional de Personal de la Salud sin inconsistencias de información y el total de registros contenidos en el citado registro.
Justificación	El Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) comprende un conjunto de datos de los recursos humanos en salud, los cuales se encuentran sistematizados, con el objeto de obtener información detallada y actualizada a nivel nacional, regional y local. La información obtenida sirve de base para la evaluación, formulación y seguimiento de las políticas públicas en materia de recursos humanos en salud; así como la proyección de costos para transferencias presupuestales y otros. En este orden de ideas, los registros inconsistentes generan sesgos de información y sesgos de medición, los que potencialmente puede producir errores en la interpretación de los indicadores de las políticas de recursos humanos, afectándolos de forma positiva (sobreestimación) o negativa (subestimación). El presente indicador de desempeño permitirá mejorar la calidad de la información contenida en el Registro Nacional del Personal de la Salud, consecuentemente, la información que se genera permitirá una aproximación más certera respecto a los indicadores vinculados a las políticas de recursos humanos en salud.
Formula del indicador	$1 - \left(\frac{\text{Número de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 marcados como inconsistentes}}{\text{Total de registros del INFORHUS del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728}} \right) \times 100$
Construcción del indicador	Para la construcción del indicador; el numerador se determinará por la variable registro inconsistente¹, la misma que será registrada por el equipo técnico de la Dirección General de Personal de la Salud luego de la ejecución de los procesos de consistencia interna (contraste INFORHUS - INFORHUS) y externa (contraste INFORHUS - AIRHSP) de los registros que conforman el Registro Nacional del Personal de la Salud. Por su parte, el denominador estará determinado por el total de registros del personal que labora bajo los alcances de los Decretos Legislativos N° 276, N° 1153, N° 1057 y N° 728 que se encuentren consignados en el INFORHUS.
Valor umbral	NA

Logro esperado	> 95% (Mayor o igual noventa y cinco por ciento)
Calculo del porcentaje de cumplimiento	La evaluación del porcentaje de cumplimiento se determinará de forma dicotómica; es decir, se asignará el 100% de los puntos asignados si el promedio de los doce meses de evaluación es mayor o igual al 95% de registros con inconsistencias, todo promedio menor a dicho número se considera como no cumplimiento, por lo que, en dichos casos, se asignaran 0 puntos.
Frecuencia de medición	Mensual
Fuente de datos	Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS)
Área responsable técnica	DIGEP
Área responsable de información	DIGEP
Notas	1. Un registro inconsistente se define como todo registro que contenga alguno de los siguientes criterios: 2. Recurso Humano en Salud con tipo de documento DNI que no fue validado por RENIEC o con otro tipo de documento sin especificación de nacionalidad. 3. Personal CAS o 728 que no registra monto de contrato. 4. Cargo no corresponde con nivel remunerativo 5. Cargo no corresponde con la profesión según nombramiento o contrato. 6. Personal nombrado sin fecha de nombramiento o con fecha de nombramiento inconsistente. 7. Registro nivel remunerativo AIRHSP inconsistente con nivel PLH. 8. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 9. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.



MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:52:16 -05:00



MINSA

Firmado digitalmente por CRUZATE
CABREJOS Vicente Leandro FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 17.12.2025 10:04:56 -05:00

Ficha N° 30: Porcentaje de concordancia entre los aplicativos informáticos del Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano del Sector Público (AIRHSP), Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) y de la Planilla de Haberes (PLH).

Nombre	Porcentaje de concordancia entre los aplicativos informáticos del Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano del Sector Público (AIRHSP), Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) y de la Planilla de Haberes (PLH).
Tipo	Indicador de desempeño
Ambito de aplicación	Las entidades que tengan el rol de unidad ejecutora: • DIRESAS/GERESAS/DIRIS, todas tienen rol de unidad ejecutora. • Redes, en cuanto tengan el rol de unidad ejecutora. • Hospitales con población asignada, Hospitales, cuando tengan el rol de unidad ejecutora. • Institutos
Definición	Porcentaje de concordancia entre los aplicativos informáticos del Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano del Sector Público (AIRHSP), Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) y de la Planilla de Haberes (PLH); ajustada por régimen laboral y conceptos de interés para cada uno de ellos.
Justificación	De conformidad con el numeral 3.8 del artículo 3 del Decreto de Urgencia N° 044-2021 para las convocatorias de personal, las plazas o los puestos a cubrir deben registrarse previamente en el AIRHSP, quedando prohibida la suscripción de los contratos sin la existencia de los registros en el AIRHSP, bajo responsabilidad del Titular de la entidad, del Jefe de la Oficina de Administración y del Jefe de la Oficina de Recursos Humanos o quienes hagan sus veces en la entidad; es decir, todo recurso humano que labore bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS) debe contar con el correspondiente registro en el AIRHSP. Asimismo, el numeral 3.2 del mismo dispositivo legal señala que, el AIRHSP es la herramienta informática que contiene el registro de la información de los datos personales, plazas y puestos, conceptos de ingresos correspondientes a los recursos humanos, montos por cada concepto, obligaciones y aportaciones a cargo de las entidades del Sector Público, incluyendo aquellos reconocidos mediante convenios colectivos y laudos arbitrales, emitidos en el marco de la normatividad específica, así como los ordenados por mandatos judiciales. A lo antes señalado, se debe sumar que, a través de la Décimo Cuarta Clausula del Convenio Colectivo Descentralizado Sectorial 2024 – 2025 existe una preocupación por parte de los representantes de los trabajadores del sector salud en el monitoreo y la asistencia técnica de los marcos normativos antes señalados. Por su parte, la Séptima Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1153, las valorizaciones ajustadas y priorizadas deben estar expresamente descritas en el AIRHSP, complementariamente, el artículo 14 del Decreto Supremo N° 015-2018-SA establece, entre otras cosas que, reconocer valorizaciones ajustadas o priorizadas que no estén descritas en el AIRHSP constituye una falta administrativa. De lo antes señalados se colige que existe la obligatoriedad con rango de ley de existir una concordancia entre los aplicativos informáticos AIRHSP y PLH, consecuentemente con el INFORHUS. Esta concordancia además es de interés público tanto por parte del sector como por parte de los representantes de los recursos humanos a nivel nacional. Ello en razón a que la concordancia entre estos aplicativos esta vinculada a la programación multianual, la sostenibilidad de recursos financieros a través de los años fiscales y la correcta ejecución presupuestal durante la evaluación de un periodo fiscal.

Formula del indicador	$ID = PROM \left\{ \left[\left(\frac{Asist_{Consis.Perf.(AIRHSP-INFORHUS)}}{Asist_{(AIRHSP)}} \right) + \left(\frac{Asist_{Consis.Rem.(AIRHSP-PLH)}}{Asist_{(AIRHSP)}} \right) + \left(\frac{CAS_{Consis.Rem.(AIRHSP-INFORHUS)}}{CAS_{(AIRHSP)}} \right) + \left(\frac{CAS_{Consis.Rem.(AIRHSP-PLH)}}{CAS_{(AIRHSP)}} \right) \right] * 0.25 \right\}$
Construcción del indicador	El indicador este compuesto por cuatro subcomponentes, cada uno de ellos vinculados a las relaciones entre los aplicativos AIRHSP – INFORHUS – PLH y cada uno con el mismo nivel de ponderación. En donde: • Asist: hace referencia al número de registros de personal afecto al D. Leg. 1153 • CAS: hace referencia al número de registros de personal afecto al D. Leg. CAS • Consis. Perf: hace referencia a la consistencia entre el perfil que dispone el marco normativo y el registro. • Consis. Rem: hace referencia a la consistencia entre el monto ejecutado y el monto programado.
Valor umbral	80%
Logro esperado	100% (Cinco por ciento)
Calculo del porcentaje de cumplimiento	El cálculo del porcentaje de cumplimiento se determina, de la relación existente entre el logro alcanzado, el valor umbral y el logro esperado; si y solo si, el logro alcanzado es mayor o igual al valor umbral, de acuerdo con el siguiente detalle: Si <i>Logro alcanzado</i> < 80 % => <i>Porcentaje de cumplimiento</i> = 0. Si <i>Logro alcanzado</i> ≥ 80% => $Porcentaje\ de\ cumplimiento = \frac{Logro\ Alcanzado * Peso\ Ponderado}{Logro\ Esperado}$
Frecuencia de medición	Mensual, durante los meses de marzo a diciembre 2026
Fuente de datos	• Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS). • Aplicativo informático del Registro Centralizado de Planillas y Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP). • Planilla de Haberes (PLH)
Área responsable técnica	DIGEP
Área responsable de información	DIGEP
Notas	1. Toda vez que el PLH es un aplicativo de escritorio, para evaluar la validez de los datos remitidos, los mismos serán contrastados con la información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), la misma que será consultada desde la página del seguimiento de la ejecución presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas. En los casos en los que no haya concordancia, el componente no será evaluado y se le asignará cero (0) puntos al mismo.

	2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 3. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.
--	---



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy Vº Bº
Fecha: 18.12.2025 13:53:08 -05:00

Ficha N° 31: – Porcentaje de concordancia del número del personal médico consignado en el Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS), la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales (TUA SUSALUD), el aplicativo del SIS, el HIS MINSA y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA

Nombre	Porcentaje de concordancia del número del personal médico y cirujano dentista consignado en el Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS), la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales (TUA SUSALUD), el aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud, el Sistema Informático HIS MINSA y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA
Tipo	Indicador de Resultado
Ámbito de evaluación	Nacional • Establecimientos de salud categorizados como I-4 • CSMC • Hospitales e institutos
Definición	Es la expresión porcentual de la concordancia de médicos cirujanos registrados en el aplicativo informático INFORHUS, con el número de médicos cirujanos registrados en el aplicativo del TUA SUSALUD, en el ARFSIS WEB (Aplicativo de Registro de Formatos del SIS), en el Sistema Informático HIS MINSA y en el SIHCE del MINSA
Justificación	La concordancia entre INFORHUS, TUA SUSALUD, ARFSIS WEB, el HIS MINSA y el SIHCE del MINSA es esencial porque asegura que el personal activo o contratado en el registro oficial sea el mismo que se programa y brinde la atención en las IPRESS, en períodos y lugares que se pueden verificar. Cuando existen inconsistencias (identidad, condición laboral, cargo/profesión, fechas o registros incompletos), se generan sesgos de información y de medición, que pueden producir sobreestimación o subestimación de la dotación real, de la oferta asistencial y de la capacidad operativa del sistema, afectando directamente la interpretación de indicadores y la toma de decisiones de gestión (planificación de dotación, cierre de brechas, asignación presupuestal, supervisión y control). Por ello, el indicador permite medir de manera objetiva la concordancia entre los registros de disponibilidad de médicos, su programación de turnos y la producción de las atenciones financiadas por el SIS. Un alto nivel de consistencia fortalece la gobernanza del dato, mejora la capacidad de control y seguimiento. Además, respalda decisiones basadas en evidencia para optimizar el acceso de la población a servicios de salud. Esto asegura disponibilidad real del recurso humano, una programación asistencial coherente y la prestación de servicios de salud de manera oportuna.
Fórmula del indicador	<i>PORCENTAJE DE CONCORDANCIA</i> $= \frac{\sum \text{CONCORDANCIA INFORHUS y (TUA SUSALUD o SIHICE) y (ARFSIS WEB o HIS MINSA)}}{\sum \text{N° DE REGISTROS INFORHUS}}$
Construcción del indicador	Donde: CONCORDANCIA: es una variable dicotómica que puede tomar dos posibles valores: (1) Coincide: Cuando el documento de identidad del personal médico registrado en el INFORHUS, tenga al menos un registro de turno programado en la base de datos del TUA SUSALUD o en el componente de programación de turnos del SIHCE; y al menos un registro de atención en el aplicativo del SIS o en el HIS MINSA, dentro del mismo mes e IPRESS. (0) No coincide: Cuando el documento de identidad del personal médico registrado en el INFORHUS, no cuente con registros de turnos programados dentro de la base de datos del TUA SUSALUD o del componente de programación de turnos del SIHCE, ni con registros de atención en la base del aplicativo del SIS o en el HIS MINSA, dentro del mismo mes e IPRESS. N° DE REGISTROS en el INFORHUS: es la cantidad de registros de personal médico y cirujano dentista que se encuentren consignados en el aplicativo informático INFORHUS, que laboren bajo los diferentes regímenes laborales.

Valr umbral	N. A.
Logro esperado	El logro esperado se diferencia en dos, de acuerdo con el siguiente detalle: ➤ 80% (Mayor o igual a ochenta por ciento) en establecimientos de salud categorizados como I-4 y hospitales del II y III nivel de atención • > 90% (Mayor o igual a noventa por ciento) en institutos especializados del II y III nivel de atención.
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	El porcentaje de cumplimiento se determinará del promedio anual de las mediciones que se efectúen del indicador por cada mes. $PORCENTAJE\ DE\ CUMPLIMIENTO = PROMEDIO_{(PORCENTAJE\ DE\ CONCORDANCIA)}$ Se otorgará la totalidad de los puntos asignados, si el porcentaje de cumplimiento es mayor o igual al 80% en el caso de hospitales del II o III nivel de atención y establecimientos categorizados como I-4; y, mayor o igual a 90% en los institutos del II o III nivel de atención. Todo porcentaje de cumplimiento menor a dichos valores se considera como no cumplimiento; por lo que, en dichos casos, se asignará 0 puntos.
Frecuencia de medición	Mensual, durante los meses de marzo a diciembre de 2026.
Fuente de datos	Aplicativo informático INFORHUS del Registro Nacional de Personal de la Salud, la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales (TUA SUSALUD), el aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud (ARFSIS WEB), el Sistema Informático HIS MINSA y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA
Responsable técnico	Dirección General de Personal de la Salud – DIGEP
Responsable de la información	Dirección General de Personal de la Salud – DIGEP Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD Seguro Integral de Salud – SIS Oficina General de Tecnologías de Información – OGTI
Notas	1. No se considera al personal médico que realiza actividades de salud pública de manera exclusiva. 2. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.

Ficha N° 32 - Tasas de uso de los servicios de telemedicina.

Nombre	Tasa de uso de los servicios de telemedicina (teleinterconsultas, teleconsulta, telemonitoreo)
Tipo	Indicador de desempeño
Ámbito de evaluación	Establecimientos del primer nivel de atención, Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC), hospitales con y sin población asignada e institutos que incluyen servicios de telemedicina en la cartera de servicios de salud y se encuentran publicados en RENIPRESS.
Definición	Los indicadores se enfocan a evaluar la amplitud de las prestaciones de telemedicina. Para establecimientos del primer nivel de atención, Centros de Salud Mental Comunitario y hospitales con población asignada se medirá el uso del servicio de teleinterconsulta, teleconsulta y telemonitoreo, destinadas a una población específica en calidad de consultor/consultante; mientras que para hospitales e institutos sin población asignada se evaluará las teleinterconsultas realizadas por los establecimientos de salud en calidad de consultor/consultante, según corresponda.
Justificación	La Telesalud desempeña un papel fundamental al promover el acceso y mejorar la atención médica, lo que resulta en la reducción de la brecha de acceso a los servicios de salud, principalmente en la población que presenta limitaciones de acceso geográfico, económico, cultural y otros. La Telemedicina, como un componente clave de la atención de salud a distancia, engloba la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, permitiendo una atención continua y equitativa. Además, se alinea con las prioridades nacionales de salud, incluyendo el abordaje de enfermedades no transmisibles y la atención de la salud mental, contribuyendo significativamente a mejorar la calidad de vida a la población y ampliando la cobertura de atención, mediante el uso de las tecnologías de la información (TIC).
Fórmula del Indicador	Indicador A: Establecimientos de salud del primer nivel de atención, Centros de Salud Mental Comunitario, hospitales con población asignada que incluyen el servicio de telemedicina en la cartera de servicios de salud publicado en el RENIPRESS a diciembre 2025. $\frac{\text{Número de atenciones de teleinterconsultas} \times (60/40) + \text{número de atenciones de teleconsultas} \times (10/30) + \text{número de atenciones de telemonitoreo} \times (30/72)}{\text{Población asignada del establecimiento de salud}} \times 10,000 \text{ habitantes}$ Indicador B: Hospitales e institutos sin población asignada que incluyen los servicios de telemedicina en la cartera de servicios de salud publicado en el RENIPRESS a diciembre 2025 $\frac{\text{Número de atenciones de teleinterconsultas} \times (100/240)}{\text{Número total de atenciones realizadas en el establecimiento de salud}} \times 10,000 \text{ atenciones}$
Construcción del indicador	INDICADOR A: NUMERADOR: Número de atenciones de teleinterconsultas Número de atenciones de teleinterconsultas = Atenciones con Código (CPMS) 99499.11 (LAB1 y/o LAB2) + (CPMS) 99499.12 (LAB1 y/o LAB2), <u>multiplicado por el resultado de la división de 60 entre 40.</u> Se considera para las atenciones de teleinterconsulta las realizadas por profesional de salud. Número de atenciones de teleconsultas Número de atenciones de teleconsulta = Atenciones con Código (CPMS) 99499.01 + (CPMS) 99499.03; <u>multiplicado por el resultado de la división de 10 entre 30.</u> Número de atenciones de telemonitoreo Número de atenciones de telemonitoreo= Atenciones con Código (CPMS) 99499.10 asociados al código CIE X (según anexo 1) y con tipo de diagnóstico R, <u>multiplicado por el resultado de la división de 30 entre 72</u>

	<u>Detalle de los parámetros del NUMERADOR correspondiente a la fórmula del indicador A</u> 60/40: es el parámetro que corresponde a un 60 de ponderación y 40 atenciones como mínimo por cada 10,000 habitantes asociados a la teleinterconsulta. 10/30: es el parámetro que corresponde a un 10 de ponderación y 30 atenciones como mínimo por cada 10,000 habitantes asociados a la teleconsulta. 30/72: es el parámetro que corresponde a un 30 de ponderación y 72 atenciones como mínimo por cada 10,000 habitantes asociados a la telemonitoreo. DENOMINADOR Denominador: Población asignada al establecimiento de salud de acuerdo a la publicación del Repositorio Único de Información en Salud (REUNIS 2025) https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_asignada.asp <u>INDICADOR B:</u> NUMERADOR: Numero de atenciones de teleinterconsulta: Número de atenciones de teleinterconsultas = Atenciones con Código (CPMS) 99499.11 (LAB1 y/o LAB2) + 99499.12 (LAB1 y/o LAB2), <u>multiplicado por el resultado de la división de 100 entre 240</u> <u>Detalle de los parámetros del NUMERADOR correspondiente a la fórmula del indicador B</u> 100/240: es el parámetro que corresponde a un 100 de ponderación y 240 atenciones como mínimo por cada 10,000 habitantes asociados a la teleinterconsulta. DENOMINADOR: Denominador: Número total de atenciones realizadas en el establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta obtenida del registro en el HIS-MINSA.
Valor umbral	10
Logro esperado	Logro esperado para el indicador A para el 2026 =100 Logro esperado para el indicador B para el 2026 =100
Cálculo del porcentaje de cumplimiento	$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral})}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})} \times 100$
Frecuencia de medición	Anual
Fuente de Datos	HIS-MINSA, REUNIS, RENIPRESS
Área responsable técnica	Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL), a través de la Dirección de Telemedicina (DITEL).
Área responsable de Información	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) y Dirección de Telemedicina (DITEL) de la Dirección General de Telesalud Referencia y Urgencia (DIGTEL)
Notas	- La actualización de la ficha técnica y script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. - El Listado de Hospitales con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026. - Los Centros de Salud Mental Comunitario son evaluados en su denominador con una población asignada fija de 50,000 habitantes. - Para efecto de la evaluación final se considerará el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2026. Para efectos del seguimiento de los indicadores se considerará solo la producción mensual, la cual es variable en el tiempo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCION GENERAL DE
TELESALUD REFERENCIA Y
URGENCIAS

DIRECCION DE
TELEMEDICINA

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 1

Listado por grupo de código CIE X considerados para la evaluación del servicio de telemonitoreo.

Nro	ATENCIONES:	DIAGNOSTICO CIE X
1	TRASTORNOS HIPERTENSIVOS:	I10X – I129, O100 – O109, O13X – O149, O16X
2	DIABETES MELLITUS	E100 – E14X; O240 – O249
3	TRASTORNOS EN SALUD MENTAL	Trastorno y episodio depresivo: F204, F320 – F329, F330 – F339 Trastornos de la ansiedad: F064, F400 - F419, F930 - F932 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol: F100 – F10 X Trastorno de consumo de sustancias: F11 – F19 (con los caracteres .1, .2, .3, .4 y .6) Trastorno psicótico: F200– F209, F230 – F239, F28X, F29 X, F531 Maltrato infantil, violencia familiar o intrafamiliar: T740 – T749, Y040, Y041, Y042, Y08, Y049, Y060, Y061, Y070, Y068, Y071, Y078, Y079
4	ANEMIA	D50 Anemia por carencia de hierro D51 Anemia por carencia de vitamina B12 D52 Anemia por carencia de ácido fólico D53 Otras anemias carenciales D55-D59 Anemia hemolítica D60-D64 Aplasia y otras anemias



Firmado digitalmente por
SANTISTEBAN ROMERO Javier
Alejandro FAU 20131373237 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 18:44:28 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 19.12.2025 20:13:49 -05:00

Ficha N° 33: Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa de medicina y Atención Prenatal del SIHCE del MINSA.

Nombre	Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa de medicina y componente de Atención Prenatal del SIHCE del MINSA.
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Establecimientos de salud del MINSA y gobiernos regionales I-2, I-3 y I-4, exceptuando centros de salud mental comunitarios.
Definición	Este indicador mide la gestión del ámbito de evaluación de la que dependen los establecimientos de salud del MINSA y gobiernos regionales I-2, I-3 y I-4, a fin que las atenciones brindadas en consulta externa sean registradas y firmadas digitalmente por el profesional de la salud a través del componente de consulta externa medicina y Atención Prenatal del SIHCE del MINSA, para el cual es necesario que previamente se registren la habilitación de la programación de turnos, las citas en los componentes de Ventanilla Única y triaje del SIHCE del MINSA. Es importante precisar que el profesional de la salud puede realizar la firma digital con un certificado digital de persona natural (DNle) o jurídica como un refrendo de la atención brindada. Para lo cual, el ámbito de evaluación debe proveer el equipamiento informático y conectividad que permitan la implementación del módulo de consulta externa con firma digital a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE del MINSA. Asimismo, realizar las gestiones para que el profesional de la salud que atiende en consulta externa cuente con su DNle o Certificado de Persona Jurídica para la generación de la firma digital en las atenciones que brinda.
Justificación	El uso del componente de Consulta externa medicina y Atención Prenatal del SIHCE del MINSA garantiza que el dato de los actos médicos y actos de salud se registren en el momento que estos se gestionen, sin necesidad de transcripción posterior que pueda alterar el mismo; de manera complementaria el uso de la firma digital sobre los documentos generados garantiza la integralidad de dichos documentos, garantizando la autoría de los mismos, sin posibilidad de modificaciones ni repudio sobre su contenido, y con ello contribuir a la mejora de la calidad de atención y continuidad del cuidado integral de la salud. Siendo la Historia clínica electrónica. Aquella que registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente. NORMATIVA BASE ✓ Ley N° 30024, Ley de Creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE, sus modificatorias y reglamento vigente. ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos Del Sector Salud” ✓ Resolución Ministerial N° 356-2022/MINSA, que dispone que los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas cuya titularidad sea ejercida por el Ministerio de Salud, se denomine Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del MINSA; con alcance a los establecimientos de salud del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. ✓ Resolución Ministerial N° 553-2025-MINSA que dispone que el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del MINSA, sea implementado y usado de manera obligatoria en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales.



Firmado digitalmente por PEREZ
LU Jose Enrique FAU 20131373237
hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 18:13:10 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 13:54:06 -05:00

	✓ Resolución Ministerial N.° 432-2025-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 378-MINSA/DGAIN-2025, "Directiva Administrativa para la programación de turnos de trabajo del profesional de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales".
Formula del Indicador	AFD $= \left(\frac{N^{\circ} \text{ Atenciones de medicina y prenatales firmadas digitalmente } (*)}{N^{\circ} \text{ Atenciones de medicina y prenatales registradas } (*)} \right) \times 100$ (*) Período: los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026
Construcción del Indicador	Numerador - N° Atenciones de medicina y prenatales firmadas digitalmente: Son las atenciones firmadas digitalmente por el profesional de la salud médico u obstetra, las mismas que son registradas en el componente de Consulta Externa de Medicina o en el componente de Atención Prenatal del SIHCE del MINSA, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026. Denominador - N° Atenciones de medicina y prenatales registradas: Son las atenciones brindadas por el profesional de la salud médico u obstetra, las mismas que son registradas en el componente de Consulta Externa de Medicina o en el componente de Atención Prenatal del SIHCE del MINSA, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026. ALCANCES Criterios de inclusión: 1) Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS de atención directa de consulta externa. 2) El profesional de salud médico u obstetra, que se encuentra registrado en la base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS y que atiende en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina u obstetricia. 3) Las atenciones que brindan los profesionales de la salud deben ser registradas y firmadas digitalmente en el SIHCE del MINSA, con un certificado digital de persona natural (DNle) o jurídica como un refrendo de la atención brindada. 4) Atenciones Asistenciales firmadas digitalmente: Es la atención brindada en UPSS de atención directa de consulta externa medicina y obstetricia, en la cual se firman los documentos electrónicos con firma digital del resumen de la atención. Criterios de exclusión: 1) Establecimientos de salud del ámbito de evaluación que no tengan profesionales de salud considerados para la evaluación. Condiciones previas para la evaluación: 1) El 50% o más de las atenciones registradas en el HISMINSA, por profesionales médicos generales, en la UPS de medicina general, deben estar registradas en el componente de Consulta Externa de medicina del SIHCE del MINSA. 2) El 50% o más de las atenciones prenatales registradas en el HISMINSA, por profesionales obstetras, en la UPS de obstetricia, deben estar registradas en el componente de Atención Prenatal del SIHCE del MINSA. Se considera atención prenatal a aquellas atenciones que contengan al menos uno de los siguientes CIE 10: • Z359 Supervisión de embarazo con riesgo • Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado

	• Z3491 Supervisión de embarazo normal 1º trimestre (Atención pre natal) • Z3492 Supervisión de embarazo normal 2º trimestre (Atención pre natal) • Z3493 Supervisión de embarazo normal 3º trimestre (Atención pre natal) • Z3591 Supervisión de embarazo con factor de riesgo 1º trimestre (Atención pre natal) • Z3592 Supervisión de embarazo con factor de riesgo 2º trimestre (Atención pre natal) • Z3593 Supervisión de embarazo con factor de riesgo 3º trimestre (Atención pre natal) Consideraciones adicionales en la evaluación: 1) La firma digital se realiza con el DNle o un certificado digital de persona jurídica, según corresponda. Pasos para la construcción del Indicador: 1) Se verifica que el establecimiento de salud cumpla con todas las condiciones previas para la evaluación. De no cumplirse corresponde un puntaje de cero puntos. 2) Se verifica el listado de los profesionales de la salud médicos u obstetras que se encuentra registrado en la base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS. 3) De las atenciones registradas en el componente de Consulta Externa medicina y Atención Prenatal de SIHCE del MINSA se determina el número de atenciones registradas en el periodo evaluado. 4) De las atenciones registradas en el componente de Consulta Externa Medicina y Atención Prenatal de SIHCE del MINSA se determina el número de atenciones que cuenta con firma digital en el periodo evaluado. 5) Se realiza el cálculo correspondiente 6) (Numerador / Denominador) * 100
Valor umbral	50%
Logro Esperado	≥ al 60%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\%Cumplimiento = \frac{Logro\ alcanzado - valor\ umbral}{Logro\ esperado - valor\ umbral} \times 100$
Frecuencia de medición	Avance: Trimestral Final: Anual
Fuente de Datos	1. Base de datos del SIHCE del MINSA para la verificación de los documentos firmados digitalmente correspondientes a las atenciones registradas. 2. Base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS
Responsable técnico	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI

Ficha N° 34: Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa del SIHCE del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

Nombre	Porcentaje de uso de la firma digital de las atenciones registradas en el componente de consulta externa del SIHCE del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
Tipo	Indicador de Desempeño
Ámbito de evaluación	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
Definición	Este indicador mide la gestión de la unidad ejecutora, a fin de que las atenciones brindadas en una UPSS de atención directa de Consulta externa sean registradas y firmadas digitalmente por el profesional de la salud a través del SIHCE que usa el INEN. Es importante precisar que el profesional de la salud puede realizar la firma digital con un certificado digital de persona natural (DNle) o jurídica como un refrendo de la atención brindada. Para lo cual, el INEN debe proveer el equipamiento informático y conectividad que permitan la implementación del módulo de consulta externa con firma digital a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE que usa el INEN en las UPSS de atención directa. Asimismo, realizar las gestiones para que el profesional de la salud que atiende en las UPSS de atención directa cuente con su DNle o Certificado de Persona Jurídica para la generación de la firma digital en las atenciones que brinda. Además, de ser necesario la adecuación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE que usa el INEN para la generación de la firma digital.
Justificación	El uso del componente de consulta externa del SIHCE que usa el INEN garantiza que el dato de los actos médicos y actos de salud se registren en el momento que estos se gestionen, sin necesidad de transcripción posterior que pueda alterar el mismo; de manera complementaria el uso de la firma digital sobre los documentos generados garantiza la integralidad de dichos documentos, garantizando la autoría de los mismos, sin posibilidad de modificaciones ni repudio sobre su contenido, y con ello contribuir a la mejora de la calidad de atención y continuidad del cuidado integral de la salud. Siendo Historia clínica electrónica. Historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente. Además, el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas es el conjunto de elementos humanos, organizacionales, normativos y de tecnologías de información y comunicaciones, que interactúan para el tratamiento de las historias clínicas electrónicas en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo o en un conjunto de ellos. NORMATIVA BASE ✓ Ley N° 30024, Ley de Creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE, sus modificatorias y reglamento vigente. ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos Del Sector Salud" ✓ Resolución Ministerial N.° 432-2025-MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 378-MINSA/DGAIN-2025, "Directiva Administrativa para la programación de turnos de trabajo del profesional de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales".

Formula del Indicador	$AFD = \left(\frac{N^{\circ} \text{Atenciones de consulta externa firmadas digitalmente } (*)}{N^{\circ} \text{Atenciones de consulta externa registradas } (*)} \right) \times 100$ (*) Período: los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026
Construcción del Indicador	Numerador - N° Atenciones de consulta externa firmadas digitalmente: Son las atenciones firmadas digitalmente por el profesional de la salud que atiende en la UPSS de atención directa de consulta externa, las mismas que han sido registradas en el SIHCE del INEN, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026. Denominador - N° Atenciones de consulta externa registradas: Son las atenciones brindadas por el profesional de la salud que atiende en la UPSS de atención directa de consulta externa, las mismas que han sido registradas en el SIHCE del INEN, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2026. ALCANCES Criterios de inclusión: 1) Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS de atención directa de consulta externa. 2) El profesional de salud que se encuentra registrado en la base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS y que atiende en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina. 3) Las atenciones que se brindan en consulta externa por los profesionales de la salud que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa deben ser registradas y firmadas digitalmente en el SIHCE del INEN, con un certificado digital de persona natural (DNle) o jurídica como un refrendo de la atención brindada. 4) Atenciones de consulta externa firmadas digitalmente: Es la atención en consulta externa en la cual se firman los documentos electrónicos con firma digital del resumen de la atención. Condición previa para la evaluación: 1) El 90% de las atenciones de la UPSS de atención directa de consulta externa deben estar registradas en el componente de Consulta Externa del SIHCE del INEN. Consideraciones adicionales en la evaluación 1) La firma digital se realiza con el DNle o un certificado digital de persona jurídica, según corresponda. Pasos para la construcción del Indicador: 1) Se verifica que el establecimiento de salud cumpla con todas las condiciones previas para la evaluación. De no cumplirse corresponde un puntaje de cero puntos. 2) Se verifica el listado de los profesionales de la salud médicos que se encuentra registrado en la base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud – INFORHUS 3) Del listado de los médicos que brindan atenciones de consulta externa (UPSS de atención Directa) en el INEN, registrados en el INFORHUS, se cruza con la Base de datos del RENIEC para determinar el porcentaje de los profesionales de la salud que cuentan con DNle. 4) De las atenciones registradas en el componente de Consulta Externa de SIHCE del INEN se determina el número de atenciones registradas en el periodo evaluado. 5) De las atenciones registradas en el componente de Consulta Externa de SIHCE del INEN se determina el número de atenciones que cuenta con firma digital en el periodo evaluado. 6) Se realiza el cálculo correspondiente. 7) (Numerador / Denominador) * 100

Valor umbral	50%
Logro Esperado	≥ al 60%
Cálculo del porcentaje del cumplimiento	$\% \text{ Cumplimiento} = \frac{\text{Logro alcanzado} - \text{valor umbral}}{\text{Logro esperado} - \text{valor umbral}} \times 100$
Frecuencia de medición	Avance: Trimestral Final: Anual
Fuente de Datos	Base de datos del SIHCE que viene usando el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para la verificación de los documentos firmados digitalmente correspondientes a las atenciones registradas. Base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS.
Responsable técnico	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA)
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN

Ficha N° 35: DIRESA, GERESA, DIRIS y Redes de Salud cuentan con servicios de atención integral de ITS, VIH y Hepatitis

Nombre	DIRESA, GERESA, DIRIS y Redes de Salud cuentan con servicios de atención integral de ITS, VIH y Hepatitis.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de evaluación	DIRESA, GERESA, DIRIS, Red de salud
Definición	El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr que todas las DIRESAS, GERESA, DIRIS en el país cuenten por lo menos un centro de referencias para el tratamiento de hepatitis virales y la atención de niños (as) viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral y que todas sus Redes de Salud cuenten con servicios de primer nivel para la atención integral de VIH. (incluye tratamiento antirretroviral para VIH, prevención combinada del VIH para poblaciones en alto riesgo y prevención de la transmisión materna infantil del VIH) El Ministerio de Salud en su rol rector, a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis (DPVIH) de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) promueve la atención y tratamiento de las hepatitis virales y la atención de niños (as) viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral en centros de referencia regional seleccionado por la DIRESA, GERESA, DIRIS o red de salud. Con esta implementación se fortalecerá la entrega de servicios preventivos, y recuperativos de VIH de manera descentralizada y oportuna evitando el desplazamiento de los usuarios hasta las capitales de provincia o departamento ocasionando gasto de bolsillo y empobrecimiento. Impulsamos el fortalecimiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con el objetivo de mejorar el acceso al paquete preventivo a través de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) en población de riesgo y en particular el acceso al tratamiento antirretroviral para las personas viviendo con VIH y las actividades de prevención de la transmisión materna infantil del VIH en todo el país.
Justificación	Las hepatitis virales son catalogadas como un problema de salud pública, que requiere ser atendida impulsando el diagnóstico oportuno, manejo, tratamiento y seguimiento continuos para cortar la cadena de transmisión persistente aún. Con esta incorporación se pretende que todos los establecimientos de salud correspondientes al nivel II y III de atención deberán contar con servicios de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis que brinden tratamiento antirretroviral para niños, adolescentes y adultos viviendo con VIH (incluyendo gestantes), así como tratamiento para hepatitis B y progresivamente disminuya el porcentaje de personas que se atienden en hospitales de Lima a pesar de radicar en provincias (25% aprox). Similar situación pasa con los niños viviendo con VIH que, para recibir atención de VIH requieren viajar hasta la capital del país cuando en las regiones cuentan con especialistas para su tratamiento. Por otra parte, en el marco de la implementación de las Redes integradas de servicios de salud (RIS) y Redes de Servicios de Salud (RED), este indicador mide que cada Red de salud cuente con por lo menos un establecimiento de salud del primer nivel de atención que brinda servicios de prevención y atención en VIH, que incluye el tratamiento antirretroviral para VIH, la prevención combinada del VIH para poblaciones en alto riesgo y la prevención de la transmisión materna infantil del VIH. La DIRESA, GERESA y DIRIS, se encargarán de planificar, gestionar, y ejecutar estas dos intervenciones en los niveles que correspondan con oportunidad y calidad a las poblaciones objetivo.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	CRITERIOS DIRESA/GERESA/DIRIS En todas las DIRESAS, GERESAS Y DIRIS, los establecimientos de salud correspondientes al nivel II y III de atención deberán contar con servicios de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis que brinden tratamiento antirretroviral para niños, adolescentes y adultos viviendo con VIH (incluyendo gestantes), así como tratamiento para hepatitis B crónica REDES DE SALUD Redes de Salud cuenten con servicios de prevención y atención de ITS, VIH, Hepatitis: prevención combinada (incluye la PrEP), prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B y

tratamiento antirretroviral para adultos viviendo con VIH en los establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4.

- a) Si en el ámbito se tienen menos de 50 ES de salud de categoría I-3 y I-4, la meta a alcanzar será del 40% de ES
- b) Si en el ámbito se tienen entre 50 -79 ES de categoría I-3 y I-4, la meta a alcanzar será del 35% de ES
- c) Si en el ámbito se tienen más de 80 ES de categoría I-3 y I-4 cuentan con 8 o más redes de salud, la meta a alcanzar será del 25% de ES

FUENTE AUDITABLE.

I. PARA DIRESA/GERESAS/DIRIS

En todas las DIRESAS, GERESAS Y DIRIS, los establecimientos de salud correspondientes al nivel II y III de atención deberán contar con servicios de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis que brinden tratamiento antirretroviral para niños, adolescentes y adultos viviendo con VIH (incluyendo gestantes), así como tratamiento para hepatitis B crónica. Deberá presentar:

- a. Documento Resolutivo de todos de los establecimientos de salud correspondientes al nivel II y III de atención (Memorándum o resolución Directoral la conformación del equipo multidisciplinario para la atención de Hepatitis virales y niños (as) viviendo con VIH el cual deberá ser aprobado durante el primer trimestre de 2026.

Plazo: Al 31 de marzo de 2026.

- b. Cada uno de los establecimientos de salud correspondientes al nivel II y III de atención deberá presentar el registro de las atenciones de las personas que viven con Hepatitis viral tipo B y registro de atenciones de niños (as) (NVV) que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) en el Módulo VIH-TAR del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE), y/o reporte de monitoreo de hepatitis virales del mes de octubre 2026.

Plazo: Al 15 de noviembre de 2026.

- c. Solicitud de inclusión del servicio de atención Hepatitis virales y servicio de atención de niños (as) (NVV) que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) al GEO VIH según formato de la DPVIH y vía correo: si.esnitss@gmail.com

Plazo: Al 15 de noviembre de 2026.

FUENTE AUDITABLE

II. PARA REDES DE SALUD

Todas las Redes de Salud que cuenten con servicios de prevención y atención de ITS, VIH, Hepatitis: prevención combinada (incluye la PrEP), prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B y tratamiento antirretroviral para adultos viviendo con VIH en los establecimientos de salud de categoría I-3 y I-4. Deberán adjuntar:

Documento Resolutivo (Memorándum o resolución Directoral o jefatural de la conformación del equipo multidisciplinario el cual deberá ser aprobado durante el primer trimestre de 2026 (servicio nuevo). *Si el personal de salud del equipo multidisciplinario de los Servicios de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis (servicio con funcionamiento mayor a un año) ha cambiado posterior a la emisión del último documento resolutivo, la red deberá actualizar los datos del equipo multidisciplinario a través de un único documento resolutivo como red (incluyendo los servicios nuevos y antiguos).

Plazo: Al 31 de marzo de 2026.

La única manera de considerar que las atenciones se han iniciado en el servicio es a través del Registro de las atenciones de las personas que viven con VIH (PVV) que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) en el Módulo VIH-TAR; reporte del sub modulo de Transmisión materna infantil del VIH (TMI) y registro de PrEP en el Módulo PrEP del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) en los establecimientos de salud. Por lo que deberá adjuntar el Reporte del VIH TAR – SIHCE, Reporte de TMI y Reporte de PrEP – SIHCE o padrón anonimizado de PREP, del mes de octubre 2026.

Para calificar positivamente deberá presentar dos reportes de atenciones

- SIHCE TAR de VIH + SIHCE PrEP o

	• SIHCE TAR de VIH + Reporte TMI de VIH, sífilis, hepatitis B o • SIHCE PrEP + Reporte TMI de VIH, sífilis, hepatitis B) Plazo: Al 15 de noviembre de 2026 Solicitud de inclusión del servicio de atención de VIH, (incluye tratamiento antirretroviral para VIH, prevención combinada del VIH para poblaciones en alto riesgo y Prevención de la transmisión materna infantil del VIH.) al GEOVIH según formato de la DPVIH y vía correo: si.esnitss@gmail.com El medio probatorio es el Oficio de la red hacia la DIRIS, DIRESA, GERESA, dando a conocer el inicio de la atención de PVV en TAR, la prevención combinada (PrEP) y/o la atención en prevención de la transmisión materna infantil del VIH, sífilis y Hepatitis B en el establecimiento de salud, en el GEOVIH. Plazo: Al 15 de noviembre de 2026 CONSIDERACIONES PARA REDES DE SALUD - Cada servicio de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis (incluye tratamiento antirretroviral para VIH, prevención combinada del VIH para poblaciones en alto riesgo y Prevención de la transmisión materna infantil del VIH, sífilis y hepatitis B) deberá estar conformado por un equipo multidisciplinario capacitado en las normativas vigentes. - El registro de las atenciones de personas que viven con VIH (PVV) que reciben TAR, PrEP y Prevención de la TMI del VIH, sífilis y Hepatitis B, deberá estar registrado en el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) y/o reporte de monitoreo de hepatitis virales en los establecimientos de salud que hayan implementado el servicio. - Los coordinadores de la estrategia sanitaria de prevención y control de VIH, ITS y hepatitis de cada red de salud deberán de monitorear y supervisar la calidad de atención de los servicios de atención integral de VIH. - Los establecimientos de salud que cuenten con servicios de atención integral de ITS, VIH, Hepatitis son los responsables directos de generar los registros y/o reportes de las atenciones en tratamiento antirretroviral para VIH, prevención combinada del VIH en población de alto riesgo y prevención de la transmisión materna infantil.
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis
Responsable de la información	DIRESA/GERESA/DIRIS
Frecuencia de Medición	Evaluación: anual
Fuente de Datos	Al finalizar el año de evaluación las DIRESA/GERESA/DIRIS/ deberán enviar un informe de cumplimiento de compromiso, adjuntando todos los medios probatorios organizados en dos partes: 1) Documentos probatorios de cada uno de los ES del I y II nivel de atención que brindan la atención en Hepatitis B y atención de Niños (as) con VIH-TAR y 2) Documentos probatorios por cada una de las redes que brinda la atención de VIH-TAR, PrEP y PTMI claramente verificables ordenados a la Dirección de Prevención y Control de VIH, ITS y Hepatitis de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública, para V°B°.
Notas	Las fuentes de verificación de los registros serán válidas si los ES cuentan con registros de pacientes (adultos y/o niños) en TAR, en tratamiento de hepatitis B, en PREP y PTMI. De igual manera la georeferenciación al GEO VIH se realizará cuando el ES reporte casos de por lo menos un caso. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.

Ficha N° 36: Establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad en servicios de cuidado integral de salud para adolescentes

Nombre	Establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad en servicios de cuidado integral de salud para adolescentes	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Ámbito de Aplicación	• Redes de salud/RIS que son unidades ejecutoras. • Establecimientos de salud de primer nivel de atención I-3 y I-4, se excluyen EESS que no brindan el “Paquete de Cuidado Integral de Salud del adolescente”, como los Centros Comunitarios de Salud Mental, Centros del Adulto Mayor y Centros de Salud de Emergencia.	
Definición del compromiso de mejora	Instaurar la cultura de calidad en los profesionales que brindan atención de salud a la población adolescente mediante la implementación de la mejora continua y el logro óptimo de estándares de calidad en establecimientos de salud del primer nivel de atención que brinda cuidado integral de salud a adolescentes. Todo el equipo multidisciplinario de salud debe brindar la atención a la población adolescente, para lo cual deben organizarse para identificar factores de riesgo e intervenir de forma oportuna y brindar factores protectores.	
Justificación	La actitud del personal es un elemento clave, para mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, la experiencia, las recomendaciones internacionales y nacionales ha demostrado que los servicios amigables u óptimos, mejoran las intervenciones. El objetivo es eliminar la existencia de barreras burocráticas para el acceso, evitar señalamientos, fomentar la privacidad y confidencialidad durante la consulta, seguimiento de los motivos de consulta.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	RED DE SALUD/RIS Criterio y Fuente auditable	Valor asignado por cumplimiento
	Criterio 1: Conformación y formalización del Equipo técnico de evaluación externa integrado por el coordinador de salud de adolescente, representante de calidad designado por la RED/DIRIS, y por la Dirección de Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, o la que haga sus veces según corresponda quienes elaboran el informe técnico final. Fuente auditable: Resolución Directoral de conformación hasta el 28 de febrero del 2026.	10%

	Criterio 2 : Formulación de un Plan anual de trabajo para cumplir con la evaluación externa de los establecimientos de salud programadas elaborada por el Equipo técnico de evaluación externa de la Red/RIS (conformada). Fuente auditable: Resolución Directoral de aprobación del “Plan anual de trabajo de evaluación externa, que debe ser aprobado hasta el 15 de marzo del 2026.”	10%
	Criterio 3: Capacitación a los equipos responsables de la evaluación externa y autoevaluación, del ámbito de su jurisdicción, en la metodología de la evaluación de estándares de la calidad de los servicios de los establecimientos de salud dirigidos a adolescentes Fuente auditable: Informe de capacitación que incluye listado de participantes (profesionales y técnicos de la salud) que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud) en el mes de marzo y agosto del 2026, publicada en la página web de la institución.	20%
	Criterio 4: Evaluación externa de establecimientos de salud I-3 y I-4 que aprobaron la autoevaluación con logro óptimo (puntaje de 80% o más). Fuente auditable: Reporte de evaluación externa de establecimientos de salud exportados del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) Módulo Adolescente hasta el 20 de noviembre del 2026. Incluye los EESS que aprobaron evaluación externa el año anterior. ● Si en el ámbito aprobaron en su autoevaluación con logro óptimo entre 10 o menos EESS I-3 y I-4, deben alcanzar el 100% de EESS en la evaluación externa con logro óptimo (puntaje de 80% o más). ● Si en el ámbito aprobaron en su autoevaluación con logro óptimo entre 11 a 29 EESS I-3 y I-4, deben alcanzar el 75% de EESS en la evaluación externa con logro óptimo (puntaje de 80% o más). ● Si en el ámbito aprobaron en su autoevaluación con logro óptimo entre 30 o más EESS I-3 y I-4, deben alcanzar el 50% de EESS en la evaluación externa con logro óptimo (puntaje de 80% o más).	40%
	Criterio 5: Acciones de monitoreo y seguimiento de los establecimientos de salud que alcanzaron logro óptimo (mayor a 80%) el año anterior Fuente auditable: Informe técnico de acciones de monitoreo, y seguimiento de los EESS que alcanzaron logro óptimo (mayor a 80%) el año anterior (del 2025), e incluye el reporte de evaluación externa del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) Módulo Adolescente, a remitir hasta el 15 de junio del 2026.	10%
	Criterio 6: Informe técnico de cumplimiento del compromiso de mejora de establecimientos de salud que cumplen con los estándares de calidad en servicios de cuidado integral de salud para adolescentes Fuente auditable: Informe técnico de cumplimiento del Plan de evaluación de estándares de la calidad de los EESS I-3 y I-4 aprobados en el año 2026, que incluye el acta final del equipo evaluador con firma y sello legible, y el reporte consolidado de evaluación externa exportado del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) Módulo Adolescente, que evidencia el logro	10%

	óptimo (puntaje de 80% a más), remitido por trámite documentario a su GERESA/DIRESA/DIRIS hasta el 30 de noviembre 2026.	
	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (I-3 y I-4) Criterio y Fuente auditable	Valor asignado por cumplimiento
	Criterio 1: Conformación y formalización del Equipo técnico de autoevaluación del establecimiento de salud; cuyos integrantes esta conformados por el coordinador de adolescente y otro miembro del equipo multidisciplinario capacitados/as en la normativa vigente de la etapa de vida adolescente, designado oficialmente por el jefe de Establecimiento de Salud o la Red de Salud. Fuente auditable: Resolución Jefatural o Memorándum de conformación hasta el 28 de febrero del 2026.	20%
	Criterio 2: Autoevaluación al semestre y anual. • Para aquellos con resultado con Logro óptimo remitirán el reporte a la Red al I semestre. • Para aquellos con resultado con Logro Inicial, Por Fortalecer o En Proceso, remitirán el reporte a la Red de los resultados óptimos al II semestre. Fuente auditable: Reporte de autoevaluación de acuerdo a la Norma Técnica de Salud “Estándares de Calidad para evaluar establecimientos de salud que brindan servicios de cuidado integral de salud para adolescentes”, que evidencia el logro óptimo (puntaje de 80% a más), descargado del aplicativo SIHCE. Para óptimos hasta el 30 de junio y el segundo reporte hasta el 30 de noviembre del 2026 para los que no alcanzaron el logro óptimo al I semestre.	80%
	Criterio 3: Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, que incluye el Acta Final de la autoevaluación aprobada. Fuente auditable: Informe anual de cumplimiento de compromiso de mejora de los servicios, en el que incluye el Acta Final de la autoevaluación aprobada, y el reporte de autoevaluación, de acuerdo a la Norma Técnica de Salud “Estándares de Calidad para evaluar establecimientos de salud que brindan servicios de cuidado integral de salud para adolescentes”, que evidencia el logro óptimo (puntaje de 80% a más), con firma y sello legible del equipo autoevaluador del establecimiento y solicitud de evaluación externa dirigida al director o jefe de la Red de Salud o la DIRESA, GERESA o DIRIS, con evidencia de trámite documentario o cargo de recepción. Cargo de recepción de RED o DIRESA, DIRIS hasta el 30 de Julio y 30 de noviembre del 2026.	80%
	Evaluación Anual.	
Frecuencia de medición	• Informe anual elaborado por DIRESA/GERESA/DIRIS según corresponda, con el visto bueno de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. La solicitud para el visto bueno del Informe de cumplimiento de compromiso debe remitirse al MINSA, a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS, a través del Sistema de Gestión Documentaria teniendo como fecha límite hasta el 15 de diciembre del año 2026.	

Fuente de datos para evaluación de cumplimiento	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.
Responsable técnica	- DIRESA/GERESA/DIRIS según corresponda - OGTI – Aplicativo SIHCE
Responsable de Información	La actualización de la ficha técnica o criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.
Notas	La actualización de la ficha técnica o criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:01:41 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:21:29 -05:00

Ficha N° 37.1: Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores regionales y seguimiento de réplicas a profesionales de salud de los establecimientos de salud de las DIRIS de Lima, DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y Atención del recién nacido sano y con complicaciones.

Nombre	Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores profesionales de la salud y seguimiento de réplicas a profesionales de salud de los establecimientos de salud de las DIRIS de Lima, DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y Atención del recién nacido sano y con complicaciones.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Ámbito de Aplicación	Instituto Nacional Materno Perinatal
Definición	El compromiso de mejora de los servicios, implica la capacitación y formación de facilitadores de profesionales de la salud del primer, segundo y tercer nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales en Atención de gestantes y púperas, atención de la emergencia obstétrica, diagnóstico y referencia oportuna y a profesionales que realizan Atención del recién nacido sano y con complicaciones, detección de signos de alarma y manejo oportuno, procedimientos operativos del tamizaje neonatal, cuidados del RN en método canguro, seguimiento del recién nacido de alto riesgo. El fortalecimiento de capacidades se realizará a través del denominado “Curso teórico – práctico en: - Aplicación de las claves roja, azul y amarilla en las emergencias Obstétricas, - Atención del recién nacido sano y con complicaciones Este curso contiene Unidades Temáticas con información teórica y de procedimientos en el marco de la atención integral de salud.
Justificación	El incremento de muertes maternas ocurridas en los servicios de salud está en relación con la deficiente capacidad resolutive de los establecimientos que no permiten responder adecuadamente ante las emergencias que se presentan. Las muertes neonatales están asociadas a problemas maternos, pero también, a la falta de atención de calidad durante el parto o de atención por parte de personal calificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida, siendo las causas más frecuentes de muerte neonatal la prematuridad y complicaciones asociadas, las infecciones, malformaciones congénitas letales y la asfixia, como se puede ver en la siguiente imagen (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, SE 46/2025). La Norma Técnica de Salud Materna NTS N°105 - MINSA/DGSP.V.01 NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA, tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional (prenatal, natal y postnatal) La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, aprobada con RM 545-2024/MINSA establece las intervenciones que contribuyan con la reducción de la mortalidad neonatal en el Perú. El Instituto Nacional Materno Perinatal, es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de la investigación científica, la enseñanza y la atención especializada y altamente especializada en el campo de la salud reproductiva de la mujer y del neonato; siendo su ámbito de influencia a nivel nacional principalmente en las funciones de investigación, enseñanza y asistencia técnica en temas de su competencia. En este contexto, el área de Capacitación en coordinación con la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, realizará durante el 2026 el Fortalecimiento de competencias y seguimiento de réplicas a profesionales de salud de los

	establecimientos de salud de las DIRESA, GERESA y DIRIS de Lima metropolitana, en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y Atención del recién nacido sano y con complicaciones.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	4. Elaboración de un Plan de Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores y seguimiento de réplicas de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de las DIRIS de Lima metropolitana, DIRESA y GERESA en temas de: Aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas, que consta de 08 talleres prácticos que se desarrollaran de manera presencial, mínimamente en 3 días 2. Elaboración de un Plan de Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores y seguimiento de réplicas de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención de las DIRIS de Lima metropolitana, DIRESA y GERESA en temas de: Atención del recién nacido sano y con complicaciones, que consta de 08 talleres prácticos que se desarrollaran de manera presencial, mínimamente en 3 días. Fuente auditable: dos Planes de Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores y seguimiento de réplicas 2026, consensuado con Dirección Ejecutiva de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral y de Salud Sexual y Reproductiva, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INMP, en el primer trimestre del 2026.	30%
	Ejecución del Plan para la Formación de facilitadores y seguimiento de réplicas. - Las asistencias presenciales deben ser registradas mínimamente 02 veces al día. - El participante es evaluado constantemente - Para el seguimiento de la replica se considera: plan de replica de los participantes por región, acompañamiento técnico virtual o presencial. Al finalizar el curso, el profesional estará en las condiciones de: • Aplicar nociones teóricas y prácticas sobre el manejo de las emergencias obstétricas según funciones obstétricas y capacidad resolutoria de la institución de salud. • Aplicar nociones teóricas y prácticas para la atención del recién nacido sano y con complicaciones • Los profesionales cuentan con capacidades de facilitador como: habilidades de comunicación, escucha activa, respetar a los demás, actitud positiva, sentido de integración, flexibilidad, metas específicas y conocer sus fortalezas, ser sincero, cooperador, saber trabajar en equipo, mostrar interés por los demás, además de tener confianza en su equipo y en sí mismo. Fuente auditable: el Instituto Nacional Materno Perinatal debe presentar: - Un Informe técnico de la ejecución del Plan de Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores y seguimiento de réplicas, en temas de aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas, dirigido a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA del MINSA. - Un Informe técnico de la ejecución del Plan de Fortalecimiento de competencias para la formación de facilitadores y seguimiento de réplicas, en los temas de atención del recién nacido sano y con complicaciones dirigido a la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA El informe de capacitación deben considerar lo siguiente: el listado de profesionales de la salud que participaron, que aprobaron y obtuvieron certificación o constancia según corresponda (incluir las notas), incluyendo como mínimo los siguientes datos: nombres y	70%

	apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo por IPRESS y por categoría y consignando la región de procedencia; para el seguimiento de réplica, incluir el plan de réplica de los participantes por región, acompañamiento técnico virtual o presencial, lista de personal capacitado y notas. El informe final de cumplimiento de compromiso de mejora se enviará a la DGIESP-DVICI y DSARE del Ministerio de Salud, la primera quincena de diciembre 2026 para el V° B° correspondiente.	
Área responsable técnica	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral y la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y reproductiva del MINSA	
Área responsable de la información	Instituto Nacional Materno Perinatal, Dirección Ejecutiva de Ginecología y Obstetricia, Dirección Ejecutiva de Neonatología Oficina Ejecutiva de Investigación y Docencia Especializada	
Frecuencia de medición	Anual.	
Fuente de datos	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora formulado por el INMPN.	
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o del script durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.	



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:04:25 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:22:39 -05:00

Ficha N° 37.2: Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de personal de salud de los hospitales y redes, en el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de evaluación	Instituto Nacional del Niño-Breña.
Definición	Conjunto de acciones desarrolladas por la institución orientadas a mejorar las competencias del personal de salud de hospitales y redes de salud, para mejorar el diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia.
Justificación	La actualización constante de conocimientos es un pilar fundamental para mantener y mejorar la calidad de la atención que brinda el personal de salud; teniendo en cuenta el limitado número de profesionales de la salud capacitado y la alta rotación de los mismos en los establecimientos de salud a nivel nacional; por lo que el fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a los servicios y contribuir a una adecuada atención integral de la población infantil El Instituto Nacional de Salud del Niño tiene como función “Capacitar a los profesionales de la salud y técnicos del sector, con nuevos conocimientos científicos y tecnológicos adquiridos de la investigación y atención especializada en el campo de la pediatría” (ROF).
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	- Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de vida Niño, del Plan de capacitación en diagnóstico y manejo de patologías prevalentes de la infancia, detección temprana de patologías congénitas y adquiridas en la primera infancia; la metodología debe incorporar discusión de casos o capacitación en servicio. Dirigido al personal de la salud profesional que brinda atención al niño, principalmente médicos y enfermeras de los establecimientos de salud: II-2, II-1, I-4, I-3, I-2, I-1. - Elaboración y remisión del material para la capacitación (Ppt, videos y otros según corresponda) a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su conformidad y V°B° respectivo. Fuente auditable: - Copia fechada de la Resolución Directoral INSN que aprueba el Plan de Capacitación, dentro del 1° trimestre del 2026, publicada en la página web INSN. - Documento, que acredite el envío del material de capacitación a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su revisión y aprobación al mes de abril. Porcentaje de cumplimiento: ítems 1 y 2; en los plazos establecidos= 30% - Ejecución del plan de capacitación con las siguientes consideraciones: - Participan profesionales de la Salud (Médicos, Enfermeras, otros) - Procedentes de establecimientos- categorías: Hospitales II-2, II-1, EE. SS I-4, I-3, I-2-I-1 de las DIRIS de Lima Metropolitana y 10 regiones priorizadas - Meta mínima de participantes que finalizan y aprueban el curso - DIRIS: 320 - REGIONES: 400 - Periodo de ejecución entre mayo y Julio Fuente auditable: - Informe de capacitación que incluye listado de participantes que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud, categoría), nota obtenida. Al mes de setiembre del 2026, publicada en la página web del INSN. - Informe de la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA con el visto bueno respectivo. Porcentaje de cumplimiento: ítem 3; en los plazos establecidos= 70% El informe final de cumplimiento de compromiso de mejora se enviará a la DGIESP-DVICI/Etapa de vida Niño la primera quincena de diciembre 2026 para el V° B° correspondiente.
Responsable técnico	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP, a través de la Dirección de Intervenciones por curso de vida y cuidado integral.

Responsable de la información	Instituto Nacional del Niño (INSN - Breña).
Frecuencia de Medición	Anual
Fuente de Datos	Informe elaborado por la Etapa de Vida Niño de la Dirección de intervenciones por curso de vida y cuidado integral a partir del informe remitido por el Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña.
Notas	La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:05:38 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:23:16 -05:00

Ficha N° 37.3: Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer y segundo nivel la atención en el manejo de las emergencias pediátricas y su referencia oportuna.

Nombre	Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel y segundo nivel de la atención en el manejo de las emergencias pediátricas y su referencia oportuna.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de evaluación	Hospital de Emergencias Pediátricas -HEP.
Definición	El compromiso de mejora de los servicios implica la capacitación del personal de salud del primer y segundo nivel de atención que desarrollan actividades asistenciales con pacientes pediátricos, en promoción, prevención y recuperación de la salud y su referencia oportuna en caso de no poder manejar el caso de acuerdo con su nivel de atención. La capacitación se realizará a través del denominado “Curso de atención en emergencias pediátricas y su referencia oportuna a nuestro hospital”, el mismo que contiene unidades temáticas con información teórica de las enfermedades priorizadas en el marco de la atención integral de salud.
Justificación	El fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud es un mecanismo importante para ampliar el acceso a los servicios; y contribuir a una adecuada atención integral de la población infantil, teniendo en cuenta el limitado número de profesionales de la salud capacitado y la alta rotación del recurso humano en los establecimientos de salud a nivel nacional. El Hospital de Emergencias Pediátricas como establecimientos de salud especializado, tiene como objetivo promover la articulación entre el primer, segundo nivel de atención y el tercer nivel de atención, mejorando el acceso a los servicios y haciendo un eficiente uso de los servicios.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Elaboración consensuada con el MINSA/DGIESP/DVICI/Etapa de vida Niño, del Plan de capacitación en “manejo de las emergencias pediátricas de problemas de salud infantil priorizados y su adecuada referencia y contra referencia”, la metodología debe incorporar discusión de casos o capacitación en servicio dirigido al personal de la salud profesional (médicos y enfermeras) de los establecimientos de salud: II-2, II-1, I-4, I-3, I-2, I-1 de Lima Metropolitana y 10 regiones priorizadas. Elaboración y remisión del material para la capacitación (Ppt, videos y otros según corresponda) a la DVICI /Etapa de vida Niño del MINSA), para su conformidad y V°B° respectivo. Fuente auditable: Copia fedateada de la Resolución Directoral HEP que aprueba el Plan de Capacitación, dentro del 1° trimestre del 2026. publicada en la página web HEP. Documento, que acredite el envío del material de capacitación a la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA, para su revisión y aprobación al mes de abril. Porcentaje de cumplimiento: ítems 1 y 2; en los plazos establecidos= 30% Ejecución del plan de capacitación con las siguientes consideraciones: Participan profesionales de la Salud (Médicos y Enfermeras) Procedentes de establecimientos- categorías: Hospitales II-2, II-1, EE. SS I-4, I-3, I-2-I-1 de las DIRIS de Lima Metropolitana y 10 regiones priorizadas Meta mínima de participantes que finalizan y aprueban el curso DIRIS: 320

	REGIONES: 400 Periodo de ejecución entre mayo y Julio Fuente auditable: Informe de capacitación que incluye listado de participantes que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud, categoría), al mes de setiembre del 2026, publicada en la página web del HEP. Informe de la DVICI/Etapa de vida Niño del MINSA con el visto bueno respectivo. Porcentaje de cumplimiento: ítem 3; en los plazos establecidos= 70% El informe final de cumplimiento de compromiso de mejora se enviará a la DGIESP- DVICI/Etapa de vida Niño del Ministerio de Salud, la primera quincena de diciembre 2026 para el V° B° correspondiente.
Responsable técnico	Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública- DGIESP, a través de la Dirección de Intervenciones por curso de vida y cuidado integral.
Responsable de la información	Hospital de Emergencias Pediátricas -HEP.
Frecuencia de Medición	Anual
Fuente de Datos	Informe preparado por la Etapa de Vida Niño de la Dirección de Intervenciones por curso de vida y cuidado integral, a partir del informe remitido Hospital de Emergencias Pediátricas -HEP.
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:06:48 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:24:02 -05:00

Ficha N° 37.4: Fortalecimiento de las REDES INTEGRADAS DE SALUD, mejorando las competencias del personal profesional de salud, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), de los tres niveles de atención.

Nombre	Fortalecimiento de las REDES INTEGRADAS DE SALUD, mejorando las competencias del personal profesional de salud, de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para la detección de riesgos de discapacidad y personas con discapacidad (PCD), de los tres niveles de atención.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de evaluación	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra., Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON	
Definición	Se realiza capacitación a los profesionales de la salud, de los tres niveles de atención de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana, y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA), para identificar riesgos de discapacidad en niños y adolescente a través de tamizajes de detección y la evaluación clínica, para realizar una referencia o atención oportuna según capacidad resolutive con el objetivo de prevenir la discapacidad o disminuir su severidad.	
Justificación	La Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, realizada el 2012, estableció que el 5.2% de la población peruana vive con alguna discapacidad. Posteriormente, el Censo Nacional 2017, el INEI reportó que el 10.3 % de la población tiene alguna discapacidad. El MINSA ha implementado desde el 2015, un sistema de registro de las personas con discapacidad en tiempo real y sectorial con participación de IPRESS públicas, mixtas y privadas que, a setiembre del 2025, tiene un registro acumulado de 611,458 certificados de personas con discapacidad. La data evidencia que el 61.3% de 60,686 niñas y niños son PCD severa, el 56.1% de 32,646 adolescentes son PCD severa. Estos grupos etarios tiene prevalencias de discapacidad en razón a que no se están detectando tempranamente y menos aún reciben prestaciones preventivas, recuperativas y/o de habilitación/rehabilitación integral. Por ello, el transferir capacidades y competencias al personal de salud de los tres niveles de atención estandarizando las intervenciones según capacidad resolutive, siendo una inversión útil, prioritaria y urgente. La mejora en la detección temprana y la referencia correspondiente cuando no exista capacidad resolutive en la IPRESS, contribuirá a fortalecer las acciones de prevención y control de la progresión de la discapacidad y finalmente mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Esta intervención se encuentra en el marco de lo dispuesto en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú país saludable", la Política General de Gobierno para el período 2021-2026 cuyo EJE 1 y línea de intervención 1.2.2 se refiere a "implementar prestaciones de salud en redes integradas de salud con capacidad resolutive óptima en el marco de la atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención", al contribuir a disminuir los años de vida ajustados de discapacidad (AVAD); los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (ONU), al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (Resolución Ministerial N°030-2020-MINSA) y su manual de implementación (Resolución Ministerial N°220-2021-MINSA), y a implementar los servicios dispuestos al sector salud en la Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, DSN°007-2021-MIMP.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1. Elaboración del plan de fortalecimiento de los establecimientos de las REDES INTEGRADAS DE SALUD de los tres niveles de atención de las DIRESA/GERESA/DIRIS, en el mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, los contenidos de la capacitación y el cronograma en no menos de 10 DIRESA/GERESA/DIRIS y 04 DIRIS de Lima Metropolitana. Fuente Auditable: Plan consensuado con la Dirección de Prevención y Control de la discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral del INR, hasta el mes de marzo de 2026 y publicado en la página web del INR.	40%

	2. Informe de la operatividad de los establecimientos de las REDES INTEGRADAS DE SALUD fortalecidas por el INR con los reportes estadísticos de los diagnósticos de las patologías presentadas en las capacitaciones 2024, 2025 y 2026 registrados por los profesionales de salud capacitados en el HIS MINSA de las DIRESA/GERESA/DIRIS seleccionadas (no menos de 10 DIRESA/GERESA/DIRIS y 04 DIRIS de Lima Metropolitana). Fuente Auditable: Informe de cumplimiento de compromiso de gestión, que contiene el detalle de los cursos realizados, los logros de los indicadores establecidos en el Plan con el listado de profesionales de la salud que aprobaron los cursos realizados el 2026, y obtuvieron certificación o constancia según corresponda incluyendo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, colegiatura, especialidad (si la tiene) e IPRESS donde labora. El informe debe contar con la conformidad de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad DGIESP/MINSA y ser publicado en la página web del INR, al mes de diciembre 2026.	60%
Responsable técnico	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)	
Responsable de la información	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra., Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERU-JAPON	
Frecuencia de Medición	Anual	
Fuente de Datos	Informe preparado por la DGIESP a partir del informe, elaborado por Instituto Nacional de Rehabilitación	
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.	



Firmado digitalmente por ALARCON GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:08:02 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:24:32 -05:00

Ficha N° 37.5: Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención en la identificación, evaluación y manejo rehabilitador de patologías prevalentes en la infancia.

Nombre	Fortalecimiento de competencias del personal profesional de la salud del primer nivel de atención en la identificación, evaluación y manejo rehabilitador de patologías prevalentes en la infancia.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de evaluación	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DE CALLAO
Definición	El compromiso de mejora de los servicios, implica la capacitación de profesionales de salud del primer nivel de atención. El objetivo es que puedan identificar, evaluar y manejar las patologías más comunes en la infancia, detectar signos de alarma, y decidir si brindar un tratamiento rehabilitador o realizar una derivación oportuna a un centro de mayor complejidad (con UPSS-MR). Esta estrategia busca prevenir la discapacidad o reducir su gravedad.
Justificación	La Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad (ENEDIS) INEI, realizada el 2012, estableció que el 5.2% de la población peruana vive con alguna discapacidad. Posteriormente, el Censo Nacional 2017, el INEI reportó que el 10.3 % de la población tiene alguna discapacidad. Desde el año 2015, el Ministerio de Salud (MINSA) implementó un sistema nacional de registro en tiempo real para personas con discapacidad, con participación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas. A agosto de 2024, el sistema ha acumulado un registro de 611,458 personas con discapacidad certificadas. Dentro de este universo, destaca que el 61.3% de 60,686 niñas y niños son PCD severa, el 56.1% de 32,646 adolescentes son PCD severa, lo cual representa una preocupación significativa por el alto porcentaje de discapacidad severa no detectada a tiempo ni tratada adecuadamente en la primera infancia. Infancia y Adolescencia: Períodos Críticos de Desarrollo Tanto la infancia (0-11 años) como la adolescencia (12-17 años) son etapas clave del curso de vida humano en las que se experimentan intensos procesos de crecimiento, desarrollo neurológico, social y emocional. La presencia de una discapacidad en estas etapas compromete seriamente el desarrollo de habilidades fundamentales para la autonomía, la participación social, el aprendizaje y la salud mental. La infancia es considerada por la OMS como la etapa más sensible para el desarrollo del cerebro, ya que durante estos años se establecen las bases cognitivas, motoras y afectivas. Si no se interviene oportunamente, cualquier alteración en el desarrollo puede derivar en discapacidades permanentes. Por ejemplo, el retardo del desarrollo psicomotor, los trastornos posturales o el síndrome de hipermovilidad articular pueden pasar desapercibidos en los controles rutinarios si el personal de salud no cuenta con herramientas ni formación adecuada para detectarlos. En el caso de la adolescencia, esta representa una segunda ventana crítica de maduración cerebral, identidad y consolidación de habilidades sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, entre el 10 % y el 20 % de los adolescentes en el mundo presentan algún tipo de condición de salud que puede constituirse en una discapacidad si no se detecta y maneja adecuadamente. En Perú, estudios recientes estiman que entre el 6 % y el 8 % de los adolescentes presentan alguna forma de discapacidad, muchas veces vinculada a trastornos del neurodesarrollo, discapacidades psicosociales o problemas sensoriales no tratados. Brechas en la Atención: Necesidad de Fortalecer Capacidades en el Primer Nivel Una de las principales debilidades del sistema es la baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención para detectar, intervenir o referir adecuadamente los casos de riesgo de

	discapacidad en estas edades. A pesar de contar con normativas que reconocen la importancia de la atención integral, persiste la falta de estandarización de protocolos y de formación específica del personal médico y de enfermería. La carencia de acciones preventivas, terapéuticas o rehabilitadoras en la infancia y adolescencia no solo profundiza las desigualdades, sino que contribuye a la cronificación de condiciones que podrían haberse evitado o mitigado. Por ello, fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud en los tres niveles de atención, especialmente en el primero, resulta una estrategia urgente y costo-efectiva para mejorar la detección oportuna, garantizar la referencia adecuada y brindar un abordaje integral de la discapacidad.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1.- Elaboración del plan de Fortalecimiento de competencias de médicos del primer nivel de atención en la identificación, evaluación y manejo rehabilitador de patologías prevalentes en la infancia y adolescencia. El mismo que establece entre otros aspectos, el ámbito de intervención, la metodología, los contenidos de la capacitación y el cronograma en no menos de 10 EE SS de PNA de la DIRESA Callao). Fuente auditable: Plan consensuado con la Dirección de Prevención y Control de la discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, aprobado con Resolución Directoral, hasta el mes de marzo de 2026 publicado en la página web del Hospital de Rehabilitación del Callao de la DIRESA Callao. 2. Informe de la operatividad los establecimientos del primer nivel de atención de la DIRESA Callao fortalecidas, por el Hospital de Rehabilitación de Callao, con los reportes estadísticos de los diagnósticos de las patologías presentadas en las capacitaciones, 2026, registrados por los médicos capacitados en el HIS MINSA de los EESS seleccionadas (no menos de 10 EE SS de PNA de la DIRESA Callao). Fuente auditable: Informe que contiene el detalle de los cursos realizados, los logros de los indicadores establecidos en el Plan con el listado de médicos que aprobaron los cursos realizados el 2026 y obtuvieron certificación o constancia según corresponda, incluyendo los siguientes Datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional colegiatura, especialidad (si la tiene) e IPRESS donde labora. El informe debe contar con la conformidad de la Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad DGIESP/MINSA, y posteriormente publicado en la página web de la DIRESA Callao, al mes de diciembre 2026.
Responsable técnico	Dirección de Prevención y Control de la Discapacidad de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).
Responsable de la información	HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DE CALLAO
Frecuencia de Medición	Anual
Fuente de Datos	Informe preparado por la DGIESP a partir del informe elaborado por: Hospital de Rehabilitación del Callao.
Notas	La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.

Ficha N° 38: Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (EESS Amigos de la Madre, la Niña y el Niño)

Nombre	Fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la lactancia materna (Certificación y/o actualización ¹ de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño).
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Institutos ² , Hospitales ³ , Hospitales con población asignada, y establecimientos de salud ⁴ del primer nivel de atención (I-3 y I-4), que brindan atención materno infantil.
Definición	El compromiso de mejora implica el desarrollo del conjunto de acciones establecidas por el MINSA para lograr la “Certificación de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño” (Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, aprobada con Resolución Ministerial N°609-2014/MINSA y la incorporación de los Anexos 5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7:C, aprobada con Resolución Ministerial N°353-2016/MINSA). La DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud que realizan acciones como: evaluaciones internas, plan de mejora, capacitaciones, evaluaciones externas, monitoreo y supervisión para mejorar la organización de los servicios y fortalecer las competencias del personal de salud para la adecuada implementación en el marco de lo dispuesto en la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, según corresponda. La DIRESA/GERESA/DIRIS/REDES, Institutos, Hospitales y establecimientos de salud que promueven y protegen la lactancia materna como practica clave para reducir la morbilidad materno-infantil en las y los niños hasta los dos años de vida contribuyendo al Desarrollo Infantil Temprano.
Justificación	La evidencia actual indica que la lactancia materna es el método de alimentación infantil más seguro y saludable, además proporciona beneficios a corto y largo plazo al niño o niña, tanto en su estado nutricional, afectivo, de salud y desarrollo durante los primeros años de vida e incluso en periodos posteriores, extendiendo estos beneficios a la madre, la familia y la comunidad. El desarrollo del niño está estrechamente vinculado con la nutrición, por ello es importante contar con información de la prevalencia de la lactancia materna. En el Perú según la ENDES 2024, el 67,4% de niños menores de seis (6) de edad tuvieron lactancia materna. Asimismo, se observa que el mayor porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna es en el área rural (82,4%) en comparación con el área urbana (61,8%). En el periodo 2019-2024 se aprecia la misma tendencia entre ambas áreas de residencia. Según región natural, la Sierra y la Selva presentaron mayores porcentajes de niños menores de edad con lactancia materna (79,4% y 77,1% respectivamente), y según la educación de las madres, en los niños de madres con un nivel educativo de primaria o menos se observan valores del 80%. En este contexto, el Ministerio de Salud asume su rol rector y en mérito del cumplimiento de compromisos establecidos y en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, de acuerdo a las recomendaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en el marco de sus políticas y normativas sectoriales como el Reglamento de Alimentación Infantil aprobado con Decreto Supremo N°009-2006-SA, promueve, protege y apoya la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de niños y niñas hasta los dos años o más de vida.

¹ Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01, ítem 5.1- Definición operativa, la “certificación” tiene una duración de tres años, finalizado este periodo debe ser actualizado.

² Corresponde al Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del Niño -Breaña

³ Hospitales que brindan atención materno infantil.

⁴ EESS desde I-1 hasta III-E



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:09:33 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:26:19 -05:00

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	CRITERIO Y FUENTE AUDITABLE	Valor asignado por cumplimiento
	PARA DIRESA/GERESA/DIRIS⁵ Lograr la certificación de EESS como "Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" según la cantidad de establecimientos adscritos: - Con 100 o menos EESS: Meta del 80% de EESS certificados. - Con 101 a 200 EESS: Meta mínima del 60% de EESS certificados. - Con 201 a más EESS: Meta mínima del 40% de EESS certificados. Nota: se contabilizan los EESS (Institutos, Hospitales y EESS I-2, I-3, I-4) que cuenten con Resolución de Certificación vigente emitida entre noviembre 2023 y noviembre 2026. Fuente Auditable: Resolución de Certificación o actualización⁶, por un periodo de tres (03 años) a partir de la fecha registrada en el Acta Final de la Evaluación Externa (RM N°353-2016/ MINSA, Anexo 7C), otorgado por la autoridad regional⁷, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/, según corresponda. La misma que debe ser sustentada con un informe que consigne los resultados.	100%
	PARA REDES DE SALUD⁸ a. <u>Redes que CUENTAN con EESS Certificados vigentes</u> Realizar visitas inopinadas de verificación y asistencia técnica, según la cantidad de establecimientos adscritos: - Con 20 o menos EESS: Meta del 100% de EESS certificados. - Con 21 a más EESS: Meta del 60% de EESS certificados b. <u>Redes que NO CUENTAN con EESS Certificados</u> Realizar visitas y asistencia técnica para lograr la certificación aprobada según la cantidad de establecimientos adscritos: - Con 5 o menos EESS: Meta del 100% de EESS - Con 6 a más EESS: Meta 70% de EESS Fuente auditable: Resolución de Certificación o actualización⁹, por un periodo de tres (03 años) a partir de la fecha registrada en el Acta Final de la Evaluación Externa (RM N°353-2016/ MINSA, Anexo 7C), otorgado por la autoridad regional¹⁰, es publicado en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/, según corresponda. La misma que debe ser sustentada con un informe que consigne los resultados.	100%
	PARA INSTITUTOS, HOSPITALES Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD CATEGORÍAS I-3 Y I-4 a. <u>Certificados o con certificación actualizada</u> <u>Para EESS certificados entre noviembre 2023 a noviembre 2025:</u> Desarrollo de Acciones de Monitoreo¹¹, cuatro (04) en el año, con	100%

⁵ La información del número de EESS y Hospitales será según RENIPRES/RENAES a diciembre 2023. No se considera los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú

⁶ Según la RM N°609-2014/MINSA. La certificación tiene una duración de tres años, finalizado ese período debe ser actualizada.

⁸ La información del número de EESS y Hospitales será según RENIPRES/RENAES a diciembre 2024. No se considera los Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú.

⁹ Según la RM N°609-2014/MINSA. La certificación tiene una duración de tres años, finalizado ese período debe ser actualizada.

¹¹ Según Anexo 04: Ficha de Monitoreo de Lactancia Materna, de la Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP-V.01-Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.

	un intervalo no mayor de tres (03) meses,¹². • <u>Para EESS Certificados durante el 2026</u>, sus Monitoreos realizarán posterior a la fecha de evaluación externa aprobada según Acta 7C. Fuente auditable: • Resolución de Certificación o actualización, otorgado por la autoridad regional según corresponda, vigente al 2026. • Informe anual de Monitoreo trimestral realizada durante el 2026, adjuntando el resumen de las Fichas de Monitoreo (RM N°609-2014/MINSA, Anexo 04). • El Plazo de envío de informe final Anual a la GERESA/DIRESA/DIRIS, no debe exceder al 30 de noviembre 2026. b. NO Certificados • Evaluación interna (Autoevaluación) con puntaje mayor o igual a 80% y solicitud de evaluación externa. Fuente auditable: Informe de evaluación interna y solicitud de la evaluación externa al comité técnico institucional regional.	
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral.	
Responsable de la información	DIRESA/GERESA/DIRIS, RED, Instituto, Hospital, según corresponda.	
Frecuencia de Medición	Evaluación: anual	
Fuente de Datos	Informe de verificación del cumplimiento de la normatividad vigente en las resoluciones emitidas, el cual deberá contar con el visto bueno de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. El MINSA se reserva el derecho de realizar revisiones aleatorias y posterior a la documentación sustentatoria. La DIRESA/GERESA/DIRIS e Instituto solicitará el visto bueno del Informe al MINSA, a través del Sistema de Gestión Documentaria teniendo como fecha límite hasta el 15 de diciembre del año 2026.	
Notas	1. Todas las fuentes auditables que se registran en el aplicativo para la evaluación y los que se publican en el portal institucional de la DIRESA/GERESA/DIRIS/Hospitales o Redes según corresponda, deben ser escaneados de los documentos originales o en su defecto copias legibles fedateadas. 2. La DIRESA/GERESA/DIRIS es responsable de garantizar la veracidad de la información reportada y de los documentos sustentatorios (fuentes auditables), como lo indica la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión. 3. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.	


 Firmado digitalmente por ALARCON
 GUIZADO Valentina Antonieta FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 18.12.2025 14:10:32 -05:00


 Firmado digitalmente por OSTOS
 JARA Bernardo Elvis FAU
 20131373237 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 18.12.2025 15:29:36 -05:00

Ficha N° 39: Implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención

Nombre	Implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.	
Ámbito de Aplicación	DIRESA, GERESA y DIRIS, que como unidades ejecutoras tienen bajo su responsabilidad EESS del primer nivel de atención. Redes que son unidades ejecutoras	
Definición del compromiso de mejora	Garantizar la implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención como estrategia para el control de estas enfermedades y evitar sus complicaciones tardías.	
Justificación	Las enfermedades no transmisibles son las principales causas de muerte y gastos en nuestro sistema de salud, por lo que es necesario su abordaje en el primer nivel de atención con estrategias costo efectivas.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Criterio y Fuente auditable	Valor asignado por cumplimiento
	Criterio: Conformación del “Equipo de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS”, integrado por el coordinador de daños no trasmisibles, los facilitadores regionales de la implementación de la iniciativa HEARTS y los jefes de establecimientos donde se implementa la iniciativa HEARTS Fuente auditable: Resolución Directoral de conformación del “Equipo de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS” en la última quincena de enero del año en curso	10 %
	Criterio: Formulación de un “Plan anual de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS” elaborado por el “Equipo de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS” Fuente auditable: Resolución Directoral de aprobación del “Plan anual de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS”, que debe ser aprobado en la última quincena de febrero del año en curso	10 %
	Criterio: Capacitación semestral del personal de salud en el abordaje de las enfermedades no transmisibles. Fuente auditable: Informe de capacitación que incluye listado de participantes (profesionales y técnicos de la salud) que aprobaron la capacitación, conteniendo como mínimo los siguientes datos: nombres y apellidos, DNI, grupo ocupacional, sede de trabajo (por establecimiento de salud) en el mes de julio y diciembre 2026, publicada en la página web de la institución Resultado esperado: - Se espera que al menos el 90% del personal de los EESS de salud del primer nivel involucrado en la medición de la PA reciben entrenamiento cada 6 meses en medición de PA. - Se espera que al menos el 90% del personal de los EESS de salud del primer nivel involucrado en la atención de los pacientes con DM, reciben entrenamiento cada 6 meses. - Se espera que al menos el 90% del personal de los EESS de salud del primer nivel involucrado en el despistaje de la ERC, reciben entrenamiento cada 6 meses	20 %
	Criterio: Auditoria de historias clínicas realizado como mínimo en una muestra de 10 historias clínicas al azar de atenciones realizadas en diferentes fechas del periodo evaluado, por cada condición a evaluar; utilizando la “Ficha de Auditoria de Historias Clínicas de Pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica” elaborada por el equipo técnico de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles (DENOT).	20%

	Fuente auditable: Informe de auditoría de historia clínica elaborado por la unidad orgánica o funcional de calidad de la institución, de al menos el 60% EESS de la jurisdicción de la institución evaluada donde se implementa la iniciativa HEARTS Resultado esperado: - Al menos el 10% más del basal de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA se les ha medido el riesgo cardiovascular. - Al menos el 10% más del basal de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que logran alcanzar la meta terapéutica de control glucémico, evaluada mediante la HbA1c. - Al menos el 10% más del basal de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que reciben, al menos una vez al año, una evaluación estructurada del pie diabético, incluyendo inspección visual, prueba de sensibilidad (monofilamento de 10 g y/o diapasón de 128 Hz) y evaluación vascular (pulsos pedios y tibiales posteriores). - Al menos el 10% más del basal de pacientes a partir 40 años con diabetes mellitus tipo 2 que reciben estatinas y ácido acetil salicílico según corresponda al diagnóstico o condición. - Al menos el 10% más del basal de población en riesgo tamizados para ERC utilizando TFG y albuminuria	
	Criterio: Registro de pacientes con enfermedades no transmisibles en el padrón nominal. Fuente auditable: Informe de verificación en el que se adjunte el padrón nominal Resultado esperado - Al menos el 80% de personas adultas de la jurisdicción del DIRESA, GERESA, DIRIS o RED, han sido registradas con diagnóstico de HTA respecto a la mejor estimación disponible de la prevalencia esperada para el ámbito. - Al menos el 80% de personas adultas de la jurisdicción del DIRESA, GERESA, DIRIS o RED, han sido registradas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, respecto a la mejor estimación disponible de la prevalencia esperada para el ámbito. - Al menos el 10% más del basal de la población en riesgo fueron tamizados para ERC utilizando TFG y albuminuria durante el periodo de tiempo evaluado.	10%
	Criterio: Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA se les ha medido la presión arterial adecuadamente Fuente auditable: Informe de monitoreo de la toma de la PA en los establecimientos de salud seleccionados.	20%
	Criterio: Evaluación de la disponibilidad de equipos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos en EESS del primer nivel de atención. Fuente auditable: Informe de verificación con el número de establecimientos que cuentan con tensiómetros validados y el número en cada uno de ellos, monofilamentos o diapasones de 128 Hz, y, para el caso de los que cuentan con laboratorio, el número de los que cuentan con insumos para la medición de hemoglobina glicosilada, glucosa sérica, creatinina, albuminuria y perfil de colesterol Resultado esperado: - Al menos el 50% de los establecimientos cuentan con tensiómetros validados. - Al menos el 60% de los establecimientos cuentan con monofilamentos o diapasones de 128 Hz - Al menos el 50% de los laboratorios registrados cuentan con insumos para la medición de hemoglobina glicosilada, glucosa sérica, creatinina, albuminuria y perfil de colesterol	10%
Área responsable técnica	Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT)	
Área responsable de la información	Coordinador de Daños No Transmisibles de la DIRIS/DIRESA o GERESA	
Frecuencia de medición	Anual.	

Fuente de datos para evaluación de cumplimiento	Informe de cumplimiento de compromiso de mejora de cada DIRESA, GERESA, DIRIS y Redes con el V°B° de la DNOT/DGIESP
Notas	1. La DIRESA, GERESA, DIRIS y Redes evaluadas, remitirán el informe final de cumplimiento de compromiso de mejora a la DNOT- DGIESP, a primera quincena de diciembre 2026 para el V° B° correspondiente. 2. La DENOT brindará la asistencia técnica correspondiente para la elaboración del informe, cuyo esquema se presenta en el anexo 1 3. Las capacitaciones deben tener como base las Vías de Abordaje Hearts para Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular, Diabetes Mellitus 2 y Enfermedad Renal Crónica vigentes. 4. La "Ficha de Auditoría de Historias Clínicas de Pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica será proporcionada por la DENOT. 5. El protocolo estandarizado de medición de la presión arterial se encuentra en la vía de abordaje HEARTS de hipertensión arterial. 6. Se deben emplear observaciones directas para medir la calidad de la medición de la presión arterial. Emplear como mínimo diez observaciones directas. 7. Para medir el cumplimiento del protocolo de medición de la presión arterial, se utilizará la "Lista de Chequeo para la Supervisión de la Toma Correcta de la Presión Arterial según Estándares de la Vía HEARTS", de la DENOT. 8. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:11:28 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:30:27 -05:00

Anexo 1:

Plan anual de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención

1.- Introducción:

Describirá el contexto local en términos de prevalencia regional de la HTA, DM y ERC usando datos de, por ejemplo, registros HIS o, cuando esté disponible, datos de su padrón nominal, concluyendo que el objetivo del presente plan es mejorar la atención de la los pacientes con HTA, DM y ERC en la región con la Finalidad de reducir la mortalidad cardiovascular.

2.- Actividades

Enumerará para cada uno de los logros esperados señalados a continuación las actividades que contribuirán a su logro, acompañado de un cronograma.

Logros esperados
1. Conformación del "Equipo de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS" 2. Plan anual de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS 3. Capacitación semestral del personal de salud en el abordaje de las enfermedades no transmisibles. 4. Auditoria de historias clínicas de los pacientes con HTA, DM y ERC 5. Registro de pacientes con enfermedades no transmisibles en el padrón nominal 6. Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA se les ha medido la presión arterial adecuadamente 7. Evaluación de la disponibilidad de equipos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos en EESS del primer nivel de atención

Ejemplo para el caso del logro 3

Actividad	Mes
1° entrenamiento en toma de PA	Febrero 2026
1° capacitación en abordaje de la DM	Febrero 2026
1° capacitación en abordaje de la ERC	Febrero 2026
2° entrenamiento en toma de PA	Diciembre 2026
2° capacitación en abordaje de la DM	Diciembre 2026
2° capacitación en abordaje de la ERC	Diciembre 2026

Ejemplo para el caso del logro 4

Actividad	Mes
Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA se les ha medido el riesgo cardiovascular.	Diciembre 2026
Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico nuevo de HTA inician tratamiento con terapia combinada con dos antihipertensivos según el protocolo de tratamiento.	Diciembre 2026
Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA de alto riesgo, reciben tratamiento con estatinas y/o ácido acetilsalicílico, según corresponda.	Diciembre 2026

Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que logran alcanzar la meta terapéutica de control glucémico, evaluada mediante la HbA1c.	Diciembre 2026
. Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo2 que reciben, al menos una vez al año, una evaluación estructurada del pie diabético, incluyendo inspección visual, prueba de sensibilidad (monofilamento de 10 g y/o diapasón de 128 Hz) y evaluación vascular (pulsos pedios y tibiales posteriores).	Diciembre 2026
. Al menos el $\geq 60\%$ de pacientes a partir 40 años atendidos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que reciben estatinas.	Diciembre 2026
. Al menos el 60% de población en riesgo calculado del total de población con diagnóstico de hipertensión y/o diabetes mellitus tipo 2 tamizados para ERC utilizando TFG y albuminuria	Diciembre 2026
Al menos el 80% de pacientes atendidos con diagnóstico de HTA se les ha medido el riesgo cardiovascular.	Diciembre 2026

3.- Equipo encargado de la implementación de las actividades de cada una de las actividades.

El responsable de la implementación es el Director de la DIRESA/GERESA/DIRIS, acompañado de un equipo técnico que incluye el responsable de la estrategia de daños no transmisibles, los facilitadores de la implementación y el jefe del establecimiento donde se implementa la iniciativa HEARTS.

4.- Compromiso de aumento de establecimiento de su jurisdicción que implementarán la iniciativa HEARTS.

Se enumerará el nombre del establecimiento, la localidad y su jefe de establecimiento.

5.- Cronograma de evaluación de los impulsores e índices de madurez de la implementación de la iniciativa HEARTS

Se detallará que las fechas de evaluación serán los meses de junio y diciembre y se especificará el equipo encargado de su evaluación incluyendo el Director de la DIRESA/GERESA/DIRIS, acompañado de un equipo técnico que incluye el responsable de la estrategia de daños no transmisibles, los facilitadores de la implementación y el jefe del establecimiento donde se implementa la iniciativa HEARTS.

6.- Anexos

- 1.- Vía de abordaje HEARTS para HTA, DM y ERC
- 2.- "Ficha de Auditoría de Historias Clínicas de Pacientes con Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica"
- 3.- la "Lista de Chequeo para la Supervisión de la Toma Correcta de la Presión Arterial según Estándares de la Vía HEARTS"

NOTA: El informe debe ser enviado por el DIRECTOR de la DIRESA



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 14:12:23 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:30:53 -05:00

Anexo 2:

Informe de implementación del Plan anual de trabajo para la implementación de la iniciativa HEARTS en establecimiento del primer nivel de atención.

1.- Introducción:

Describirá el contexto local en términos de prevalencia regional de la HTA, DM y ERC usando datos de, por ejemplo, registros HIS o, cuando esté disponible, datos de su padrón nominal, concluyendo que el objetivo del presente plan es mejorar la atención de la los pacientes con HTA, DM y ERC en la región con la Finalidad de reducir la mortalidad cardiovascular.

2.- Actividades

Detallará el logro obtenido para cada una de las actividades en los medios de verificación señalados, los mismos que se adjun tarán como anexos al informe de implementación. Para el caso de las paginas webs, se debe asegurar que los enlaces webs estén vigentes. Para el caso de los porcentajes de pacientes, los medios de verificación deben incluir tanto el porcentaje de pacientes que logran el objetivo y el numero total de personas atendidas con este diagnóstico. Por ejemplo

Para el caso del logro 6

$$\frac{\text{Número de mediciones de la PA realizadas de acuerdo al protocolo}}{\text{Total de mediciones de la PA realizadas}} \times 100$$

Para el caso del logro 3

$$\frac{\text{Número de participantes en la capacitación}}{\text{Total de personal de salud que atienden población de riesgo}} \times 100$$

3.- Dificultades encontradas y soluciones planteadas para el cumplimiento de los logros esperados

Enumerará todas las dificultades encontradas para el cumplimiento de cada uno de los logros esperados y con la respectiva solución planteada y ejecutada para su cumplimiento según el siguiente cuadro:

Dificultad encontrada	Solución Planteada
Dificultad 1...	Solución 1...
Dificultad 2...	Solución 2...

Cada una de los logros debe tener su propio cuadro

4.- Conclusiones y prospecto de mejora para el plan del siguiente año

Describirá los logros esperados a juzgar por su propia evaluación y las actividades que plantea ejecutar el próximo año con el fin de mejorar sus logros.

NOTA: El informe debe ser enviado por el DIRECTOR de la DIRESA

Ficha N° 40: Fortalecimiento de la articulación del centro de salud mental comunitaria, establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado en salud mental y de los Hogares Protegidos.

Nombre	Fortalecimiento de la articulación del centro de salud mental comunitaria, establecimientos de salud del primer nivel de atención no especializado en salud mental y de los Hogares Protegidos.
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios.
Ámbito de evaluación	Redes de Salud y Centro de Salud Mental Comunitaria.
Definición	El compromiso de mejora comprende el desarrollo de acciones orientadas a fortalecer el funcionamiento y medir el nivel de implementación, consolidación y articulación comunitaria de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) y Hogares Protegidos (HP), implementados en el marco del <i>Plan Nacional de Fortalecimiento de los Servicios de Salud Mental 2024-2028</i> .
Justificación	La Ley N° 30947, Ley de Salud Mental y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N°007-2020-SA, garantiza el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Asimismo, considera en el modelo de atención comunitaria el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental. Igualmente, la finalidad de la Ley en mención tiene como prioridades la implementación de servicios de atención de salud mental comunitaria, como componentes primordiales y esenciales de las redes integradas de salud, y la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria como eje estratégico de la política pública de salud mental. Asimismo: Los centros de salud mental comunitaria son espacios de trabajo y aprendizaje colaborativo entre, profesionales de diferentes disciplinas y la participación de la comunidad para la atención y cuidado de personas con problemas de salud mental. Tienen como funciones la atención especializada y participativa de usuarios(as) y sus familias con problemas de salud mental de moderada a alta complejidad y el fortalecimiento continúe de las competencias de los equipos de salud en los establecimientos no especializados en salud mental de su territorio, para el cuidado de la salud mental, a través de un acompañamiento clínico psicosocial y de gestión planificado que incluye la capacitación en servicio. Los Hogares Protegidos (HP), son servicios médicos de apoyo transitorios que articulan con las redes comunitarias, destinados para personas con diagnóstico de trastorno mental grave, discapacidad mental y dependencia leve a moderada, que se encuentran con estabilidad clínica y requieren de cuidados mínimos, que no cuentan con soporte familiar o no es suficiente, y aceptan vivir voluntariamente en un hogar protegido donde se acogen un máximo de 8 personas, que reciben alojamiento, vestimenta, alimentación, acompañamiento psicosocial, intervenciones de promoción del autocuidado personal, desarrollo de habilidades para actividades de la vida diaria, soporte a la integración socio comunitaria y apoyo a la reintegración laboral. La implementación del modelo salud mental comunitaria conlleva la articulación y el trabajo colaborativo entre la diversidad de establecimientos de salud que conforman una red para lograr la integración del cuidado de salud mental en la atención integral de salud. Para este propósito se requiere que todos los servicios de salud estén categorizados y formalizados con su respectivo código IPRESS, sean parte activa y efectiva de la planificación, ejecución y evaluación al constituirse en centro de costos de la red de servicios. También es importante que se generen espacios de interaprendizaje y colaboración entre los profesionales especializados de salud mental y los del primer nivel atención, para abordar las necesidades de salud mental de la población. Este compromiso de mejora apunta a estos propósitos.

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Para las Redes de Salud	
	1. Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2026 aprobado con resolución directoral. Fuente Auditable: Resolución Directoral que apruebe el Plan de acompañamiento clínico psicosocial 2026, emitido hasta el mes de febrero del año 2026; el cual será adjuntado al informe final.	Cumplen con el ítem 20%
	2. La Red de Salud establece mecanismos de articulación de los servicios de salud de su jurisdicción con los centros de salud mental comunitaria; a fin de identificar y derivar expedientes de usuarios para la evaluación por la comisión de derivación a hogares protegidos, que garantice como mínimo 8 residentes durante el año 2026 en el HP. Fuente auditable: Informe anual del número de residentes de acuerdo a matriz estándar establecida por la DSAME; adjuntar actas de reunión de la comisión de derivación a hogares protegidos. Reporte HIS – MINSA	Cumplen con el ítem 30%
	3. La Red de Salud establece mecanismos de articulación de los servicios de salud de su jurisdicción; a fin de garantizar de que cada Hogar Protegido (HP) logre como mínimo el egreso de 1 residente que haya conseguido su reinserción laboral o reintegro familiar, en pleno ejercicio del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad, durante el año 2026. Fuente auditable: Informe semestral de las acciones desarrolladas para el egreso de residentes de Hogares Protegidos, acorde al modelo establecido por la DSAME, que incluya en sus anexos la matriz estandarizada. Reporte HIS – MINSA	Cumplen con el ítem 30%
	4. Informe final del monitoreo realizado por la Red de Salud que contenga las acciones desarrolladas y logros obtenidos que incluyen: - Resolución Directoral con la aprobación del Plan de acompañamiento clínico psicosocial hasta el mes de febrero 2026. - Cronograma de monitoreo, nudos críticos identificados y medidas adoptadas por la coordinación de salud mental de la red de salud. - Informe Anual del acompañamiento Clínico Psicosocial que consolide la información solicitada en una matriz estandarizada. - Información de las visitas de Acompañamiento Clínico Psicosocial, según matriz estándar. - Información del número de residentes de acuerdo a matriz estándar. - Información semestral de egresos de residentes de Hogares Protegidos, de acuerdo a matriz estándar. Fuente auditable: Informe remitido a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. Reporte HIS-MINSA	Cumplen con el ítem 20%
	Los Centros de Salud Mental Comunitario, deben cumplir:	
	1. El Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) deberá remitir un informe detallado, sobre la ejecución del Acompañamiento Clínico Psicosocial (ACP) en su jurisdicción. Considerando: a. Criterios de priorización para la selección de los establecimientos de salud del primer nivel no especializado de salud mental.	

	b. El desarrollo de cada una de las 8 visitas presenciales de acompañamiento clínico psicosocial, por cada uno de los 4 establecimientos de salud priorizados. c. Los resultados del acompañamiento clínico psicosocial que mejora la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud priorizados del primer nivel de atención no especializado en salud mental de su jurisdicción, para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento oportuno. Fuente auditable: Informe anual, acorde al modelo establecido por la DSAME, que incluya en sus anexos la matriz estandarizada. Reporte HIS-MINSA.	Cumplen con el ítem 100 %
Responsable técnico	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME).	
Responsable de la información	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME) y Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI).	
Frecuencia de Medición	Anual	
Fuente de Datos	Informe preparado por la DSAME de la DGIESP, a partir del informe remitido por la RED DE SALUD.	
Notas	La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.	



Firmado digitalmente por ALARCON
GUIZADO Valentina Antonieta FAU
20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.12.2025 13:45:34 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 15:31:50 -05:00

Ficha N° 41: Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a nivel nacional

Nombre	Fortalecimiento del sistema de vigilancia de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a nivel nacional
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de evaluación	Redes de salud, Hospitales, Hospitales con población asignada e institutos.
Definición	La notificación es la comunicación oficial que realiza el responsable de la vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, de la unidad notificante que se encuentra aprobada por Resolución Directoral de cada GERESA/DIRESA/DIRIS. La notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se realiza en población general y parálisis flácida aguda en menores de 15 años, se realiza de forma inmediata (dentro de las 24 horas de identificado el caso), que corresponde a una notificación oportuna; y se realiza en todos los servicios de los establecimientos de salud. La notificación negativa es realizada por el personal de salud encargado de epidemiología de un Establecimiento de Salud (EESS) en el aplicativo OSIRIS de forma semanal, indicando la ausencia de casos en la jurisdicción correspondiente. Estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda: • Notificación oportuna a través del sistema de vigilancia de Notiweb y OSIRIS. • Notificación negativa semanal de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda a través del sistema de vigilancia OSIRIS. Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará los siguientes criterios: • La notificación de casos corresponderá a todas las edades. • Participarán las redes de salud conformadas a nivel nacional. Estas deberán consolidar la información de sus establecimientos de salud. • La notificación cumplirá la definición de caso sospechoso de sarampión-rubéola, cuyo registro se realizará en el aplicativo Notiweb y la obtención de muestra de sangre dentro de los 30 días de haber iniciado la erupción, con el registro de la ficha clínico epidemiológica de sarampión-rubéola al OSIRIS. • De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS. Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará los siguientes criterios: • La notificación de casos corresponderá a menores de 15 años • La notificación cumplirá la definición de caso de parálisis flácida aguda, cuyo registro se realizará en el aplicativo Notiweb y la obtención de muestra de heces dentro de los 14 días posteriores de haber iniciado la parálisis, con el envío de la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda a CDC. • De no notificarse casos se deberá cumplir con la notificación negativa de forma semanal en el aplicativo OSIRIS.

Justificación	La Región de las Américas fue declarada como libre de los virus de la rubéola y el sarampión en el 2015 y 2016 respectivamente y el último caso confirmado de poliomielitis por poliovirus salvaje en 1991; sin embargo, la circulación de ambos virus en otras regiones del mundo y la clasificación como un país de alto riesgo para la certificación del sarampión-rubéola y polio coloca en riesgo la sostenibilidad de la eliminación en el país y en la región de las Américas. En marzo del 2023 se confirmó un caso de poliovirus derivado de vacuna tipo1 y durante el 2025 se han presentado dos casos confirmados de sarampión en el Perú. Desde el 2020 la notificación de casos sospechosos de SR no ha logrado el estándar recomendado por la OPS que es de 2 casos sospechosos de SR por cada 100,000 hab. Adicionalmente, la cobertura de vacunación de SRP2 para el 2024 no alcanzó superar el 95% y al 10 de octubre del 2025 no ha alcanzado el avance esperado. Es por ello, la necesidad de un sistema de vigilancia epidemiológica de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda sensible que permita identificar, notificar casos y establecer las medidas de control de forma inmediata, que evite la circulación y diseminación del virus en la comunidad y afecte a la población vulnerable presentando el sarampión complicaciones y muerte en población infantil; y la poliomielitis afectando el sistema nervioso ocasionando secuelas de por vida. Este compromiso de mejora se encuentra en relación al Plan Estratégico Institucional 2019-2026 ampliado del MINSA en cuanto al OEI.1 de Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población con énfasis en las prioridades nacionales; y la AEI.1.10 Identificación, notificación y control de brotes, epidemias y otros eventos de importancia de salud pública, oportunos. Los documentos normativos que regulan el proceso son: ✓ Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria que establece la notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública (actualización de los anexos 1,2 y 3 e incluye a la tuberculosis como una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica y de notificación obligatoria en el país.), aprobada a través de RM N°948-2012/MINSA. ✓ Directiva Sanitaria N°049-MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de sarampión, rubéola y otras enfermedades febriles eruptivas, aprobada a través de RM N°800-2012/MINSA. ✓ Directiva Sanitaria N°059-MINSA/DGE-V-01. Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Poliomielitis/Parálisis Flácida Aguda, aprobada a través de RM N°931-2014/MINSA.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola se considerará: Para redes de salud: A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 30% del puntaje total. B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola según el Anexo N °01, el cumplimiento de esta actividad equivale al 70% del puntaje total Para hospitales con población asignada, hospitales del II y III nivel, y los Institutos Especializados: Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos de sarampión-rubéola se considerará: A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de sarampión-rubéola, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total B) Notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola según el Anexo N° 02, el cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje total.

	Para el porcentaje de cumplimiento en la notificación de casos de parálisis flácida aguda se considerará: A) Notificación negativa semanal de la vigilancia de parálisis flácida aguda, considerando el cumplimiento del 90% o más que equivale al 10% del puntaje total B) Notificación de casos de parálisis flácida aguda según el Anexo 02 , el cumplimiento de esta actividad equivale al 40% del puntaje total. El porcentaje de cumplimiento para los hospitales de todos los niveles e institutos especializados se calculará en base al promedio de los porcentajes de cumplimiento alcanzado para la notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda. Fuente auditable: El aplicativo Notiweb, módulo OSIRIS, ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda
Responsable técnico	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
Responsable de la información	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
Frecuencia de Medición	Anual
Fuente de Datos	Aplicativo web de notificación de sarampión-rubéola y parálisis flácida aguda y modulo OSIRIS del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Se considerará el registro de la información hasta el 31 de diciembre del 2026, con cierre de base de datos al 31 de enero del 2027.
Notas	1. El CDC monitorizará la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de sarampión – rubéola, que se registra en el aplicativo OSIRIS, para el cumplimiento de la definición de caso. De igual manera, la información registrada en la ficha clínico epidemiológica de parálisis flácida aguda remitida de manera física posterior a la notificación, la misma que contiene la información que corresponde al cumplimiento de la definición de caso, tiempo para la notificación y para la obtención de muestra. 2. Para la notificación de casos sospechosos de sarampión-rubéola participarán los Institutos Especializados: INSN Breña, INSN San Borja, Instituto Nacional Materno Perinatal. 3. Para la notificación de casos de parálisis flácida aguda participarán los Institutos Especializados INSN Breña y San Borja, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. 4. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 5. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.

ANEXO 01: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubéola esperados por REDES DE SALUD 2026

REGIONES	REDES DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS
AMAZONAS	CHACHAPOYAS	>= 1
AMAZONAS	UTCUBAMBA	>= 1
AMAZONAS	BAGUA	>= 1
AMAZONAS	CONDORCANQUI	>= 1
ANCASH	RED PACIFICO SUR	>= 3
ANCASH	RED HUAYLAS SUR	>= 3
ANCASH	RED PACIFICO NORTE	>= 3
ANCASH	RED CONCHUCOS SUR	>= 1
ANCASH	RED HUAYLAS NORTE	>= 1
ANCASH	RED CONCHUCOS NORTE	>= 1
APURIMAC	ABANCAY	>= 1
APURIMAC	JOSE MARIA ARGUEDAS	>= 1
APURIMAC	COTABAMBA	>= 1
APURIMAC	SONDOR	>= 1
APURIMAC	CHINCHEROS	>= 1
APURIMAC	GRAU	>= 1
APURIMAC	AYMARAES	>= 1
APURIMAC	ANTABAMBA	>= 1
AREQUIPA	AREQUIPA CAYLLOMA	>= 13
AREQUIPA	CAMANA CARAVELLI	>= 1
AREQUIPA	CASTILLA CONDESUYOS - LA UNION	>= 1
AREQUIPA	ISLAY	>= 1
AYACUCHO	HUAMANGA	>= 3
AYACUCHO	CENTRO	>= 1
AYACUCHO	SAN FRANCISCO	>= 1
AYACUCHO	HUANTA	>= 1
AYACUCHO	SAN MIGUEL	>= 1
AYACUCHO	PUQUIO	>= 1
AYACUCHO	CORACORA	>= 1
CAJAMARCA	CAJAMARCA	>= 3
CAJAMARCA	JAEN	>= 2
CAJAMARCA	SAN IGNACIO	>= 1
CAJAMARCA	CHOTA	>= 1
CAJAMARCA	CUTERVO	>= 1
CAJAMARCA	CAJABAMBA	>= 1
CAJAMARCA	HUALHAYOC - BAMBAMARCA	>= 1
CAJAMARCA	CELENDIN	>= 1
CAJAMARCA	SAN MARCOS	>= 1
CAJAMARCA	SAN MIGUEL	>= 1
CAJAMARCA	RED SANTA CRUZ	>= 1
CAJAMARCA	CONTUMAZA	>= 1
CAJAMARCA	SAN PABLO	>= 1
CALLAO	VENTANILLA	>= 5
CALLAO	BEPECA	>= 4
CALLAO	BONILLA - LA PUNTA	>= 3
CUSCO	CUSCO NORTE	>= 2
CUSCO	CUSCO SUR	>= 2
CUSCO	CANAS CANCHIS ESPINAR	>= 1
CUSCO	CHUMBIVILCAS	>= 1
CUSCO	LA CONVENCION	>= 1
CUSCO	CUSCO VRAEM	>= 1

ANEXO 01: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubéola esperados por REDES DE SALUD 2026

REGIONES	REDES DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS
HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	>= 1
HUANCAVELICA	TAYACAJA	>= 1
HUANCAVELICA	ANGARAES	>= 1
HUANCAVELICA	CHURCAMP	>= 1
HUANCAVELICA	ACOBAMBA	>= 1
HUANCAVELICA	HUAYTARA	>= 1
HUANCAVELICA	CASTROVIRREYNA	>= 1
HUANUCO	HUANUCO	>= 3
HUANUCO	LEONCIO PRADO	>= 2
HUANUCO	AMBO	>= 1
HUANUCO	PACHITEA	>= 1
HUANUCO	PUERTO INCA	>= 1
HUANUCO	HUAMALIES	>= 1
HUANUCO	DOS DE MAYO	>= 1
HUANUCO	MARAÑÓN	>= 1
HUANUCO	YAROWILCA	>= 1
HUANUCO	HUACAYBAMBA	>= 1
HUANUCO	LAURICOCHA	>= 1
ICA	ICA	>= 4
ICA	CHINCHA	>= 2
ICA	PISCO	>= 2
ICA	NASCA	>= 1
ICA	PALPA	>= 1
JUNIN	VALLE DEL MANTARO	>= 7
JUNIN	SATIPO	>= 2
JUNIN	CHANCHAMAYO	>= 1
JUNIN	JAUIJA	>= 1
JUNIN	CHUPACA	>= 1
JUNIN	TARMA	>= 1
JUNIN	PICHANAKI	>= 1
JUNIN	PANGO	>= 1
JUNIN	JUNIN	>= 1
LA LIBERTAD	RIS TRUJILLO	>= 10
LA LIBERTAD	RIS SANCHEZ CARRIÁN	>= 1
LA LIBERTAD	RIS ASCOPE	>= 1
LA LIBERTAD	RIS VIRÁŠ	>= 1
LA LIBERTAD	RIS PATAZ	>= 1
LA LIBERTAD	RIS OTUZCO	>= 1
LA LIBERTAD	RIS PACASMAYO	>= 1
LA LIBERTAD	RIS CHEPEN	>= 1
LA LIBERTAD	RIS SANTIAGO DE CHUCO	>= 1
LA LIBERTAD	RIS JULCÁN	>= 1
LA LIBERTAD	RIS GRAN CHIMÁŠ	>= 1
LA LIBERTAD	RIS BOLIVAR	>= 1
LAMBAYEQUE	RED CHICLAYO	>= 8
LAMBAYEQUE	RED LAMBAYEQUE	>= 3
LAMBAYEQUE	RED FERREÁAFE	>= 1
LIMA	HUAURA OYON	>= 2
LIMA	CANETE YAUYOS	>= 2
LIMA	HUARAL	>= 2
LIMA	BARRANCA CAJATAMBO	>= 1
LIMA	CHILCA MALA	>= 1
LIMA	HUAROCHIRI	>= 1
LIMA	CANTA	>= 1

ANEXO 01: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubéola esperados por REDES DE SALUD 2026

REGIONES	REDES DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS
LORETO	MAYNAS - CIUDAD	>= 5
LORETO	ALTO AMAZONAS	>= 1
LORETO	MAYNAS - PERIFERIE	>= 1
LORETO	REQUENA	>= 1
LORETO	RAMON CASTILLA	>= 1
LORETO	LORETO	>= 1
LORETO	UCAYALI	>= 1
LORETO	DATEM DEL MARA'ON	>= 1
MADRE DE DIOS	MADRE DE DIOS	>= 1
MOQUEGUA	SALUD MOQUEGUA	>= 1
MOQUEGUA	SALUD ILO	>= 1
PASCO	OXAPAMPA	>= 1
PASCO	PASCO	>= 1
PASCO	DANIEL CARRION	>= 1
PIURA	SULLANA	>= 6
PIURA	PIURA-CASTILLA	>= 5
PIURA	BAJO PIURA	>= 3
PIURA	AYABACA	>= 2
PIURA	MORROPON-CHULUC	>= 2
PIURA	HUANCABAMBA	>= 1
PIURA	HUARMACA	>= 1
PUNO	SAN ROMAN	>= 4
PUNO	PUNO	>= 2
PUNO	MELGAR	>= 1
PUNO	AZANGARO	>= 1
PUNO	CHUCUITO	>= 1
PUNO	HUANCANE	>= 1
PUNO	COLLAO	>= 1
PUNO	CARABAYA	>= 1
PUNO	SANDIA	>= 1
PUNO	YUNGUYO	>= 1
PUNO	LAMPA	>= 1
SAN MARTIN	SAN MARTIN	>= 2
SAN MARTIN	RIOJA	>= 2
SAN MARTIN	MOYOBAMBA	>= 1
SAN MARTIN	LAMAS	>= 1
SAN MARTIN	TOCACHE	>= 1
SAN MARTIN	EL DORADO	>= 1
SAN MARTIN	MARISCAL CĂCERES	>= 1
SAN MARTIN	PICOTA	>= 1
SAN MARTIN	BELLAVISTA	>= 1
SAN MARTIN	HUALLAGA	>= 1
TACNA	RED DE SALUD TACNA	>= 4
TUMBES	TUMBES	>= 3
UCAYALI	CORONEL PORTILLO	>= 2
UCAYALI	FEDERICO BASADRE - YARINACocha	>= 2
UCAYALI	ATALAYA	>= 1
UCAYALI	AGUAYTIA - SAN ALEJANDRO	>= 1

ANEXO 02: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubeola y parálisis flácida aguda esperados por Hospitales e Institutos Especializados 2026

DIRS / DIRESA / GERESA	HOSPITALES E INSTITUTOS DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS	CASOS SOSPECHOSOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA ESPERADOS
AMAZONAS	II-2 - 00004838 - HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FATIMA	>= 2	>= 1
AMAZONAS	II-1 - 00005044 - GUSTAVO LANATTA LUJAN	>= 2	>= 1
AMAZONAS	II-1 - 00005125 - SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA	>= 2	>= 1
AMAZONAS	II-1 - 00004950 - MARIA AUXILIADORA	>= 2	>= 1
AMAZONAS	II-1 - 00005145 - SANTA MARIA DE NIEVA	>= 2	>= 1
ANCASH	II-2 - 00001543 - HOSPITAL "VICTOR RAMOS GUARDIA" - HUARAZ	>= 2	>= 1
ANCASH	II-2 - 00001652 - HOSPITAL LA CALETA	>= 2	>= 1
ANCASH	II-2 - 00001703 - ELEAZAR GUZMAN BARRON	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001719 - HOSPITAL DE APOYO CASMA	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001633 - HOSPITAL DE APOYO YUNGAY	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001587 - HOSPITAL DE APOYO CARAZ	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001741 - HOSPITAL DE APOYO HUARMEY	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001516 - HOSPITAL DE APOYO CARHUAZ	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001765 - HOSPITAL DE APOYO DE POMABAMBA "ANTONIO CALDAS DOMINGUEZ"	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001813 - HOSPITAL DE APOYO HUARI	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001795 - HOSPITAL DE APOYO SIHUAS	>= 2	>= 1
ANCASH	II-1 - 00001472 - HOSPITAL DE APOYO RECUAY	>= 2	>= 1
APURIMAC	II-2 - 00007719 - HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	>= 2	>= 1
APURIMAC	II-2 - 00004131 - HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	>= 2	>= 1
APURIMAC	II-E - 00032674 - HOSPITAL DE EMERGENCIAS CHALHUANCA	>= 2	>= 1
APURIMAC	II-1 - 00004140 - HOSPITAL CHINCHEROS	>= 2	>= 1
APURIMAC	II-1 - 00002625 - TAMBOMBAMBA	>= 2	>= 1
AREQUIPA	II-1 - 00001344 - HOSPITAL DE CAMANA	>= 2	>= 1
AREQUIPA	III-1 - 00001231 - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA	>= 2	>= 1
AREQUIPA	III-1 - 00001232 - HOSPITAL GOYENECHÉ	>= 2	>= 1
AREQUIPA	II-1 - 00016721 - HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	>= 2	>= 1
AREQUIPA	II-1 - 00001382 - HOSPITAL APLAO	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-2 - 00035125 - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA"	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003655 - HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA "DANIEL ALCIDES CARRIÁ" N	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-E - 00003575 - HOSPITAL JESUS NAZARENO	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003727 - HOSPITAL DE APOYO DE PUQUIO "FELIPE HUAMÁN POMA DE AYALA"	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003523 - HOSPITAL DE APOYO DE CORACORA	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-E - 00003792 - HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003770 - HOSPITAL DE APOYO SIVIA	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003754 - HOSPITAL DE APOYO SAN FRANCISCO	>= 2	>= 1
AYACUCHO	II-1 - 00003494 - HOSPITAL DE APOYO CANGALLO	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-2 - 00004210 - HOSPITAL GENERAL DE JAEN	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004659 - HOSPITAL DE APOYO CHOTA - JOSE SOTO CADENILLAS	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-E - 00004655 - SIMON BOLIVAR	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-2 - 00007686 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004466 - DE APOYO CELENDIN	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004981 - SANTA MARIA DE CUTERVO	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004782 - BAMBAMARCA - TITO VILLAR CABEZAS	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004223 - SAN JAVIER BELLAVISTA	>= 2	>= 1
CAJAMARCA	II-1 - 00004511 - DE APOYO CAJABAMBA	>= 2	>= 1
CALLAO	II-2 - 00006219 - HOSPITAL SAN JOSE	>= 2	>= 1
CALLAO	III-1 - 00006218 - NAC. DANIEL A. CARRION	>= 2	>= 1
CALLAO	II-1 - 00007126 - HOSPITAL DE VENTANILLA	>= 2	>= 1
CUSCO	II-1 - 00002378 - ALFREDO CALLO RODRIGUEZ	>= 2	>= 1
CUSCO	II-1 - 00002421 - QUILLABAMBA	>= 2	>= 1

ANEXO 02: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubeola y parálisis flácida aguda esperados por Hospitales e Institutos Especializados 2026

DIRIS / DIRESA / GERESA	HOSPITALES E INSTITUTOS DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS	CASOS SOSPECHOSOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA ESPERADOS
CUSCO	III-1 - 00002305 - ANTONIO LORENA DEL CUSCO	>= 2	>= 1
CUSCO	II-E - 00025210 - TUPAC AMARU	>= 2	>= 1
CUSCO	II-1 - 00007135 - ESPINAR	>= 2	>= 1
CUSCO	II-1 - 00002469 - SAN JUAN DE KIMBIRI VRAEM	>= 2	>= 1
CUSCO	II-1 - 00002398 - SANTO TOMAS	>= 2	>= 1
HUANCAVELICA	II-2 - 00003853 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA	>= 2	>= 1
HUANCAVELICA	II-1 - 00003943 - HOSPITAL DE LIRCAY	>= 2	>= 1
HUANCAVELICA	II-1 - 00004074 - HOSPITAL DE PAMPAS	>= 2	>= 1
HUANCAVELICA	II-1 - 00003917 - HOSPITAL PROVINCIAL DE ACOBAMBA	>= 2	>= 1
HUANUCO	II-2 - 00000754 - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN	>= 2	>= 1
HUANUCO	II-E - 00000756 - HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI	>= 2	>= 1
HUANUCO	II-1 - 00000932 - HOSPITAL DE TINGO MARIA	>= 2	>= 1
ICA	II-2 - 00003358 - HOSPITAL REGIONAL DE ICA	>= 2	>= 1
ICA	II-1 - 00003359 - HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO	>= 2	>= 1
ICA	II-1 - 00003472 - SAN JUAN DE DIOS	>= 2	>= 1
ICA	II-1 - 00003443 - RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA	>= 2	>= 1
ICA	II-1 - 00003414 - HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA	>= 2	>= 1
ICA	II-1 - 00003458 - DE APOYO DE PALPA	>= 2	>= 1
JUNIN	II-2 - 00000308 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL DR. JULIO CESAR DEMARINI CARO	>= 2	>= 1
JUNIN	III-E - 00000753 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLINICO QUIRURGICO DANIEL ALCIDES CARRION	>= 2	>= 1
JUNIN	III-E - 00006615 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN	>= 2	>= 1
JUNIN	II-2 - 00000520 - DE APOYO FELIX MAYORCA SOTO	>= 2	>= 1
JUNIN	II-1 - 00000432 - DE APOYO MANUEL HIGA ARAKAKI	>= 2	>= 1
JUNIN	II-1 - 00000365 - HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA	>= 2	>= 1
JUNIN	II-1 - 00000340 - HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI	>= 2	>= 1
JUNIN	II-1 - 00000442 - SAN MARTIN DE PANGOA	>= 2	>= 1
JUNIN	II-1 - 00000519 - HOSPITAL DE APOYO JUNIN	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005299 - HOSPITAL DE APOYO CHEPEN	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005292 - HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	III-1 - 00005195 - HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	III-1 - 00005196 - REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005349 - HOSPITAL DE APOYO LEONCIO PRADO	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005226 - HOSPITAL DISTRITAL JERUSALEN	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005231 - HOSPITAL DISTRITAL LAREDO	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005251 - HOSPITAL PROVINCIAL DE VIRU	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005243 - HOSPITAL DISTRITAL VISTA ALEGRE	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005204 - HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005217 - HOSPITAL DISTRITAL EL ESFUERZO DE FLORENCIA DE MORA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005209 - HOSPITAL DISTRITAL DE EL PORVENIR SANTA ISABEL	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005314 - HOSPITAL DE APOYO OTUZCO ELPIDIO BEROVIDES PEREZ	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005332 - HOSPITAL DE APOYO CESAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005375 - HOSPITAL PROVINCIAL DE TAYABAMBA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005277 - HOSPITAL PROVINCIAL DE CASCAS	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005263 - HOSPITAL PROVINCIAL ASCOPE "ROSA SANCHEZ DE SANTILLAN"	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005306 - HOSPITAL PROVINCIAL DE JULCAN	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00007152 - HOSPITAL DISTRITAL ALTO MOCHE-WALTER CRUZ VILCA	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-1 - 00005366 - HOSPITAL PROVINCIAL DE BOLIVAR	>= 2	>= 1
LA LIBERTAD	II-E - 00034853 - DISTRITAL PACASMAYO	>= 2	>= 1
LAMBAYEQUE	III-1 - 00011470 - HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE	>= 2	>= 1
LAMBAYEQUE	II-2 - 00004317 - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES	>= 2	>= 1
LAMBAYEQUE	II-1 - 00004370 - HOSPITAL BELEN - LAMBAYEQUE	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-2 - 00007639 - HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-2 - 00007635 - HOSPITAL DE BARRANCA	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-2 - 00007638 - HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS Dr. HIDALGO ATOCHE LOPEZ	>= 2	>= 1



ANEXO 02: Número de casos sospechosos de sarampión – Rubeola y parálisis flácida aguda esperados por Hospitales e Institutos Especializados 2026

DIRIS / DIRESA / GERESA	HOSPITALES E INSTITUTOS DE SALUD	CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN-RUBÉOLA ESPERADOS	CASOS SOSPECHOSOS DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA ESPERADOS
LIMA REGION	II-2 - 00036034 - HOSPITAL REGIONAL DE CAÑETE - REZOLA	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-2 - 00007637 - HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-1 - 00007636 - HOSPITAL DE SUPE LAURA ESTHER RODRIGUEZ DULANTO	>= 2	>= 1
LIMA REGION	II-1 - 00005850 - HOSPITAL SAN JUAN DE MATUCANA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-1 - 00006211 - HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-1 - 00006206 - HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-E - 00006215 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-E - 00006213 - HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-E - 00006212 - HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	II-2 - 00005617 - HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-1 - 00006207 - HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-2 - 00016918 - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD NIÑO SAN BORJA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-2 - 00006209 - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS	-	>= 1
LIMA DIRIS CENTRO	III-2 - 00006208 - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL	>= 2	-
LIMA DIRIS CENTRO	III-2 - 00006216 - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS ESTE	II-2 - 00005947 - HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD JOSÉ AGURTO TELLO	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS ESTE	II-1 - 00005883 - HOSPITAL DE HUAYCAN	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS ESTE	III-E - 00033381 - HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS ESTE	III-1 - 00005946 - HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS NORTE	II-2 - 00007632 - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS NORTE	III-1 - 00007633 - HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS NORTE	III-1 - 00007634 - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS SUR	II-2 - 00023159 - HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	>= 2	>= 1
LIMA DIRIS SUR	III-1 - 00005987 - HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	>= 2	>= 1
LORETO	II-2 - 00000001 - HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCÍA"	>= 2	>= 1
LORETO	II-2 - 00000210 - HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	>= 2	>= 1
LORETO	III-1 - 00000003 - HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"	>= 2	>= 1
LORETO	II-1 - 00000066 - HOSPITAL II-1 SANTA CLOTILDE	>= 2	>= 1
LORETO	II-1 - 00000162 - HOSPITAL II-I CONTAMANA	>= 2	>= 1
MADRE DE DIOS	II-1 - 00002698 - HOSPITAL SANTA ROSA	>= 2	>= 1
MOQUEGUA	II-1 - 00002818 - HOSPITAL ILO	>= 2	>= 1
MOQUEGUA	II-2 - 00007732 - HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA	>= 2	>= 1
PASCO	II-2 - 00000979 - HOSPITAL REGIONAL DR. DANIEL ALCIDES CARRION GARCIA	>= 2	>= 1
PASCO	II-1 - 00000980 - ERNESTO GERMAN GUZMÁN GONZALES	>= 2	>= 1
PASCO	II-1 - 00000981 - HOSP. "ROMAN EGOAVIL PANDO" VILLA RICA	>= 2	>= 1
PIURA	II-1 - 00002021 - HOSPITAL DE APOYO II - 1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES - PAITA	>= 2	>= 1
PIURA	II-1 - 00002161 - E.S II-1 HOSPITAL CHULUCANAS	>= 2	>= 1
PIURA	II-2 - 00002084 - HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU - COREA SANTA ROSA II-2	>= 2	>= 1
PIURA	II-2 - 00001910 - HOSPITAL DE APOYO II - 2 SULLANA	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00003032 - ILAVE	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00035288 - HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	>= 2	>= 1
PUNO	II-2 - 00003251 - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	>= 2	>= 1
PUNO	II-2 - 00031179 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	>= 2	>= 1
PUNO	II-2 - 00003299 - CARLOS MONJE MEDRANO	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00002941 - CARLOS CORNEJO ROSELLO	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00003349 - YUNGUYO	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00003068 - HOSPITAL LUCIO ALDABAL PAUCA	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00003128 - HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO (LAMPÁ)	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00002990 - JULI	>= 2	>= 1
PUNO	II-1 - 00003335 - HOSPITAL SANDIA	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-1 - 00006732 - HOSPITAL DE RIOJA	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-2 - 00006918 - HOSPITAL TARAPOTO	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-1 - 00006733 - HOSPITAL MOYOBAMBA - ALPINO ACOSTA RUIZ	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-E - 00006359 - BANDA SHILCAYO	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-E - 00006919 - HOSPITAL II-E JUANJUI - MC LUIS IZQUIERDO VÁSQUEZ	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-1 - 00006580 - HOSPITAL II-1 "DR. JOSÉ PEÑA PORTUGUEZ" - TOCACHE	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-E - 00006502 - HOSPITAL BELLAVISTA	>= 2	>= 1
SAN MARTIN	II-E - 00006352 - HOSPITAL II-E LAMAS	>= 2	>= 1
TACNA	II-2 - 00002864 - HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	>= 2	>= 1
TUMBES	II-2 - 00017077 - HOSPITAL REGIONAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2	>= 2	>= 1
UCAYALI	II-2 - 00005576 - HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	>= 2	>= 1
UCAYALI	II-2 - 00005577 - HOSPITAL AMAZONICO - YARINACUCHA	>= 2	>= 1
UCAYALI	II-1 - 00035881 - HOSPITAL INTERCULTURAL DE ATALAYA	>= 2	>= 1

Ficha N° 42: Fortalecimiento del equipamiento informático y la conectividad en los establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y Gobiernos Regionales

Nombre	Fortalecimiento del equipamiento informático y la conectividad en los establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y Gobiernos Regionales
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud
Ámbito de evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de salud.
Definición	Este compromiso de mejora de los servicios busca mejorar la gestión del ámbito de evaluación de la que dependen los establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y gobiernos regionales, a fin de que las atenciones brindadas en consulta externa sean registradas y firmadas digitalmente por el profesional de la salud a través del SIHCE del MINSA, para lo cual es necesario que previamente se registren la habilitación de la programación de turnos, las citas en los componentes de Ventanilla Única y triaje del SIHCE del MINSA. Es importante precisar que el profesional de la salud puede realizar la firma digital con un certificado digital de persona natural (DNle) o jurídica como un refrendo de la atención brindada. Para lo cual, el ámbito de evaluación debe gestionar y/o proveer el equipamiento informático necesario y conectividad que permitan la implementación y uso continuo del módulo de programación de turno, citas, triaje, consulta externa y Atención Prenatal con firma digital a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE. Asimismo, realizar las gestiones para que el profesional de la salud que atiende en consulta externa cuente con su DNle o Certificado de Persona Jurídica para la generación de la firma digital en las atenciones que brinda.
Justificación	El uso del componente de Consulta externa del SIHCE del MINSA garantiza que el dato de los actos médicos y actos de salud se registren en el momento que estos se gestionen, sin necesidad de transcripción posterior que pueda alterar el mismo; de manera complementaria el uso de la firma digital sobre los documentos generados garantiza la integridad de dichos documentos, garantizando la autoría de los mismos, sin posibilidad de modificaciones ni repudio sobre su contenido, y con ello contribuir a la mejora de la calidad de atención y continuidad del cuidado integral de la salud. Siendo Historia clínica electrónica. Historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente. Además, el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas. Es el conjunto de elementos humanos, organizacionales, normativos y de tecnologías de información y comunicaciones, que interactúan para el tratamiento de las historias clínicas electrónicas en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo o en un conjunto de ellos. Por lo cual es de suma importancia que los establecimientos de salud puedan tener el equipamiento informático y conectividad que permitan la implementación del módulo de consulta externa y Atención Prenatal con firma digital a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE. Asimismo, es necesario que los profesionales de salud que atienden en consulta externa medicina general y obstetricia cuenten con su DNI electrónico o Certificado de Persona Jurídica para la generación de la firma digital en las atenciones que brinda.



Firmado digitalmente por PEREZ
LU Jose Enrique FAU 20131373237
hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 18:12:27 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:04:31 -05:00

NORMATIVA BASE

- ✓ Ley N° 30024, Ley de Creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE, sus modificatorias y reglamento vigente.
- ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos Del Sector Salud"
- ✓ Resolución Ministerial N° 356-2022/MINSA, que dispone que los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas cuya titularidad sea ejercida por el Ministerio de Salud, se denomine Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del MINSA; con alcance a los establecimientos de salud del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención.
- ✓ Resolución Ministerial N° 553-2025-MINSA que dispone que el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del MINSA, sea implementado y usado de manera obligatoria en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales.

PARA DIRESA/GERESA/DIRIS

- 1) Si en el ámbito cuentan con 100 o menos establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y gobiernos regionales, excluyendo a los centros de salud mental comunitarios (CSMC), la meta a alcanzar será el 50% de estos EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC) que han implementado equipamiento informático y conectividad suficiente para el uso de los módulos de programación de turnos, citas, triaje y consulta externa y Atención Prenatal con firma digital del SIHCE-MINSA. Además, el 60% de profesionales de salud de este 50% de EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC) que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina general y obstetricia debe contar con un certificado digital activo para la firma digital deben contar con certificado digital activo para firmar digitalmente en el módulo de consulta externa del SIHCE del MINSA.
- 2) Si en ámbito cuentan entre 101 a 300 establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y gobiernos regionales, excluyendo a los centros de salud mental comunitarios (CSMC), la meta a alcanzar será del 25% de estos EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC), que han implementado equipamiento informático y conectividad suficiente para el uso de los módulos de programación de turnos, citas, triaje y consulta externa con firma digital del SIHCE-MINSA. Además, el 60% de profesionales de salud de este 25% de EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC) que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina general y obstetricia debe contar con un certificado digital activo para la firma digital deben contar con certificado digital activo para firmar digitalmente en el módulo de consulta externa del SIHCE del MINSA.
- 3) Si en el ámbito cuentan entre 301 a más establecimientos de salud I-2, I-3 y I-4 del MINSA y gobiernos regionales, excluyendo a los centros de salud mental comunitarios (CSMC), la meta a alcanzar será del 15% de estos EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC), que han implementado equipamiento informático y conectividad suficiente para el uso de los módulos de programación de turnos, citas, triaje y consulta externa con firma digital del SIHCE-MINSA. Además, el 60% de profesionales de salud de este 15% de EESS I-2, I-3 y I-4 (excluyendo CSMC) que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina general y obstetricia debe contar con un certificado digital activo para la firma digital deben contar con certificado digital activo para firmar digitalmente en el módulo de consulta externa del SIHCE del MINSA.

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Day V: B*
Fecha: 18.12.2025 14:05:04 -05:00

	PARA REDES DE SALUD 1) La meta de EESS a alcanzar que corresponderá, será de acuerdo al porcentaje correspondiente a la DIRESA/GERESA/DIRIS al que pertenece. Plazos: 1. Las acciones incluidas en el compromiso de mejora deberán cumplirse hasta el 30 de junio del 2026. 2. Se deberá presentar un informe mensual de avance de cumplimiento del compromiso de mejora durante los meses de febrero, marzo, abril, mayo, y junio del 2026. 3. La presentación del Informe final de cumplimiento de compromiso de mejora deberá presentarse hasta el 15 de julio del 2026.
Responsable técnico	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA)
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA)
Frecuencia de Medición	Evaluación: anual
Fuente de Datos	Informe preparado por el ámbito de evaluación, que contenga un análisis de brecha de los EESS I-2, I-3 y I-4, respecto a la conectividad y equipamiento informático suficiente y adecuado para la implementación y uso continuo de los módulos de programación de turnos, ventanilla única, triaje, consulta externa de medicina y atención prenatal con firma digital del SIHCE del MINSA.
Notas	1. Los equipos informáticos y conectividad deben estar implementados como mínimo en cada ambiente del establecimiento de salud donde se va a utilizar y permitan el uso de manera continua de los módulos de programación de turnos, ventanilla única, triaje, consulta externa y atención prenatal con firma digital. 2. No se incluye a los Centros de Salud Mental Comunitarios. 3. El análisis de brecha debe considerarse hasta el nivel de cada ambiente del EESS. 4. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas en situaciones de emergencia.

Ficha N° 43: Fortalecimiento del sistema de información de Historias Clínicas Electrónicas en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los Gobiernos Regionales

Nombre	Fortalecimiento del sistema de información en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los Gobiernos Regionales	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de evaluación	Hospitales e Institutos del MINSA y de los gobiernos regionales	
Definición	Este compromiso de mejora de los servicios busca mejorar los sistemas de información en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los gobiernos regionales, a fin de que se pueda tener la información necesaria para evaluar la implementación del Historia Clínica Electrónica (SIHCE) y contar con información de los sistemas de información para la toma de decisiones. La información necesaria para evaluar la implementación del SIHCE, es la información generada en los sistemas de programación de turnos, citas y consulta externa.	
Justificación	El uso del componente de Consulta externa del SIHCE que usan los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los gobiernos regionales garantiza que el dato de los actos médicos y actos de salud se registren en el momento que estos se gestionen, sin necesidad de transcripción posterior que pueda alterar el mismo; de manera complementaria el uso de la firma digital sobre los documentos generados garantiza la integridad de dichos documentos, garantizando la autoría de los mismos, sin posibilidad de modificaciones ni repudio sobre su contenido, y con ello contribuir a la mejora de la calidad de atención y continuidad del cuidado integral de la salud. Siendo Historia clínica electrónica. Historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia; refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente. Por lo cual es importante el monitorizar y verificar su implementación por parte del Ministerio de Salud. Para eso se necesita que los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los gobiernos regionales envíen la información registrada en el SIHCE del establecimiento de salud al MINSA, información registrada en el módulo de programación de turnos, citas y consulta externa. NORMATIVA BASE ✓ Ley N° 30024, Ley de Creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE, sus modificatorias y reglamento vigente. ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos Del Sector Salud"	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	1) 80% de profesionales de la salud con certificado digital activo a diciembre del 2026. Plazos: 1. Las acciones incluidas en el compromiso de mejora deberán cumplirse hasta el 31 de diciembre del 2026. 2. Se deberá presentar un informe de avance trimestral de cumplimiento del compromiso de mejora durante los meses de marzo, junio, setiembre y diciembre del 2026. 3. La presentación del Informe final de cumplimiento de compromiso de mejora deberá presentarse hasta el 15 de enero del 2027	
	Contar con el 30% de profesionales de salud que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina que cuenten con certificado digital activo para firmar digitalmente en el SIHCE del Establecimiento de Salud.	Junio 2026

	Contar con el 80% de profesionales de salud que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina que cuenten con certificado digital activo para firmar digitalmente en el SIHCE del Establecimiento de Salud.	Diciembre 2026
Responsable técnico	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA)	
Responsable de la información	Oficina General de Tecnologías de la Información - OGTI (MINSA)	
Frecuencia de Medición	semestral	
Fuente de Datos	1. Base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS. 2. Base de datos de RENIEC de las personas que tiene DNIe con certificado digital activo. 3. Informe con la relación de los profesionales de la salud, que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina que cuenten con certificado digital activo para realizar la firma digital en el SIHCE del Establecimiento de Salud.	
Notas	1. En el informe de avance trimestral, los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel del MINSA y de los Gobiernos Regionales, deberán remitir la relación de los profesionales de la salud, que atienden en la UPSS de atención directa de consulta externa de medicina, la cual deberá incluir las siguientes variables: Tipo de documento, N° de documento, Apellidos y nombres, Cargo, Condición laboral, Dependencia / Servicio / Unidad orgánica, Tiene certificado digital (Sí/No), Tipo de certificado digital, Entidad emisora del certificado, Fecha de emisión, Fecha de vencimiento, Estado del certificado, Dispositivo del certificado, Responsable de validar el certificado, Observaciones, y Evidencia adjunta (Sí/No). 2. La actualización de la ficha técnica durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia.	

Ficha N°44: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente.

Nombre	Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud	
Ámbito de evaluación	Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos	
Definición	La Ronda de Seguridad del Paciente, es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, con la finalidad de identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.	
Justificación	Alrededor de 1 de cada 10 pacientes resulta con un daño cuando recibe atención de salud y cada año, más de 3 millones de personas fallecen como consecuencia de ello. En los países de ingresos medianos y bajos, 4 de cada 100 personas mueren por este motivo. Más de la mitad de estos daños son prevenibles. Las causas habituales son los errores en la prescripción de medicamentos, errores cometidos durante la identificación de pacientes, caída de pacientes, aparición de úlceras por de cúbico, infecciones asociadas a la atención de salud, errores diagnósticos, entre otras prácticas de atención inseguras.¹ La Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud" aprobada mediante Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, señala que la aplicación de Rondas de seguridad del paciente, permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, identificar oportunamente los actos inseguros, prevenir y reducir los riesgos en la atención de salud, a través de la evaluación del cumplimiento de los verificadores que aseguren prácticas seguras; lo que permitirá contar con sistemas seguros, implementando estrategias de mejora continua en seguridad del paciente con participación efectiva del equipo multidisciplinario.²	
Logro esperado y	HOSPITALES NIVEL II (CON POBLACION ASIGNADA, SIN POBLACIÓN ASIGNADA) Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente (RSP). 1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital conforma y reconoce mediante acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2026. 1.2 El Hospital ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2026, el cual está aprobado con acto resolutivo o documento oficial de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, que incluya mínimo (01) una RSP por mes según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería). El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional Hasta el mes de enero del 2026. Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de la DIRESA/GERESA / DIRIS, mediante el Sistema de Gestión	Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1 30%

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> OMS

² RMN°163-2020-MINSA Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud.

porcentaje de cumplimiento	Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. Plazo de recepción en el Ministerio de Salud mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta 28 de febrero 2026 Fuente auditable: documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	
	Criterio 2: 2.1. Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente (RSP). El Hospital elabora el informe semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente por semestre; cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo seleccionarse por semestre obligatoriamente la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general o adulto), Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3: Hojas de Resultados, debidamente firmados por todos los miembros del equipo de Rondas de seguridad del paciente (reconocido con acto resolutivo), que alcanzan cumplimiento mínimo de las buenas prácticas del 70% en el I semestre y 80% en el II semestre en las UPSS: Emergencia, Cuidados Intensivos Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general o adulto), Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico. Al día siguiente de haberse aplicado la RSP deberán cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS. Anexo 6: El Plan de acción, de mejora en relación a los verificadores inseguros, elaborado y ejecutado por el Jefe del servicio visitado, con evidencias verificables cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS, para que se de conformidad al compromiso de mejora. Así mismo, es obligatorio adjuntar el Informe de medición de adherencia a los 5 momentos de higiene de manos por grupo ocupacional y servicios, establecido por la OMS y la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud³ para la reducción de IAAS. Anexo 7: Ficha de monitoreo que muestra la implementación de las acciones de mejoras 70% al I semestre y 80% al II semestre, adjuntando el listado de seguimiento de las acciones de mejora implementadas por UPSS, evidenciándose el nombre y firma del responsable/miembro del equipo de RSP que realizó el monitoreo de implementación de las acciones de mejora, cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS. Remitido a través de DIRESA/GERESA/DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud. Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: ● I semestre hasta 31 de julio 2026 ● II semestre hasta 31 de diciembre 2026 Fuentes auditables: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2 70%

³ RM 255-2016/MINSA

	HOSPITALES Nivel III e INSTITUTOS Criterio 1: Programación de Rondas de Seguridad del Paciente (RSP). 1.1 Según lo establecido en la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN, el Hospital o Instituto, conforma y reconoce mediante acto resolutivo de la IPRESS, un Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero del 2026 1.2 El hospital e Instituto ha elaborado y cuenta con un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente correspondiente al periodo 2026, el cual está aprobado con acto resolutivo, que incluya mínimo (01) una ronda por mes. Según el anexo 1 de la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN. (firmado por el titular/responsable de la IPRESS, responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de Calidad, responsable de la Oficina de Epidemiología y el responsable del Departamento/servicio de Enfermería). El documento oficial, aprobado y publicado en la web institucional hasta el mes de enero 2026 Oficio comunicando la aprobación y publicación en página web institucional remitido a través de DIRESA/GERESA / DIRIS mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud con atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: criterio 1.1 y 1.2: hasta 28 de febrero 2026 Fuente auditable: documento de conformidad elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 1 30%
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Criterio 2: 2.1. Informes de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente (RSP) El Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral (I, II) que contiene información de la ejecución de (06) seis Rondas de Seguridad del Paciente; mínimo (01) una por mes y cumpliendo estrictamente el cronograma aprobado, debiendo seleccionarse obligatoriamente por semestre en la UPSS de: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general, UCI pediátrica y Neonatal), centro Obstétrico, Centro Quirúrgico. El informe debe contener los siguientes anexos legibles: Anexo 3: Hojas de Resultados, debidamente firmadas por todos los miembros del equipo de rondas de seguridad del paciente (reconocido con acto resolutivo), que alcanzan cumplimiento mínimo de las buenas prácticas del 70% en el I semestre y 80% en el II semestre en las UPSS: Emergencia, Cuidados Intensivos (UCI general, UCI pediátrica y Neonatal), Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico. Al día siguiente de haberse aplicado la RSP deberán ser cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS. Anexo 6: El Plan de acción de mejora en relación a los verificadores inseguros, elaborado y ejecutado por el Jefe del servicio visitado, con evidencias verificables cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS, para que se de conformidad al compromiso de mejora. Así mismo adjuntar informe de medición de adherencia a los 5 momentos de higiene de manos establecido por la OMS y Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud, para la reducción de IAAS, por grupo ocupacional y servicios.	Cumple con las acciones según lo establecido en criterio 2 70%

	Anexo 7: Ficha de monitoreo que muestra la implementación de las mejoras 70% al I semestre y 80% al II semestre adjuntando el listado de seguimiento de las acciones de mejora implementadas por UPSS, evidenciándose el nombre y firma del responsable/ miembro del equipo de RSP que realizó el monitoreo de implementación de las acciones de mejora, cargadas en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS. Remitido a través de la DIRESA/GERESA/DIRIS, mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, los Institutos Nacionales remiten directamente a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud, del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Plazo de recepción en el Ministerio de Salud, mediante el Sistema de Gestión Documental: ● Informe I semestre hasta el 31 de julio 2026 ● Informe II semestre hasta el 31 de diciembre 2026 Fuente auditable: documentos semestrales de conformidad elaborada por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. (Publicado en la Página Web del Ministerio de Salud).	
Responsable técnico	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Responsable de la información	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS, en base a los informes remitidos por las DIRESA/GERESA/DIRIS e Institutos Nacionales	
Notas	1. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. 2. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026.	

Ficha N°45: Fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud.

Nombre	Fortalecimiento de la Autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de Calidad en la atención de salud.	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios de salud.	
Ámbito de evaluación	Redes de Salud, Hospitales con población asignada, Hospitales e Institutos.	
Definición	La Autoevaluación es la primera fase del Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud (PAES), que consiste en la evaluación periódica basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud. Se medirá a los EESS seleccionados, que realizan autoevaluación del PAES, con los estándares establecidos en la normativa vigente.	
Justificación	La Ley N°26842 Ley General de la Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad. En ese sentido la implementación del proceso de Acreditación de establecimientos de salud-PAES, en su primera fase la Autoevaluación, en la cual un equipo institucional de evaluadores internos aplica periódicamente el listado de estándares de acreditación correspondiente a su categoría, permite determinar el nivel de cumplimiento de estándares e identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora en el EESS. La evaluación periódica del cumplimiento de estándares de Acreditación, tiene por objetivo desarrollar una cultura de calidad en el personal de la salud y promover acciones de mejora continua de la calidad de atención, así como el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios del EESS, con la finalidad de contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que el EESS cuenta con capacidades para brindar prestaciones de calidad. Base Legal: RM N° 456-2007/MINSA. NTS para la Acreditación de establecimientos de Salud y SMA (incluye como anexo 3: Listado de Estándares de Acreditación para EESS con categoría I-1 a III-1). RM N° 270-2009/MINSA Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de EESS y SMA. RM N° 491-2012/MINSA Listado de estándares de Acreditación para EESS con categoría III-2.	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	INSTITUTOS y HOSPITALES (con y sin población asignada) Los establecimientos de salud, cumplen con la organización y planificación de la Autoevaluación según normativa vigente: 1. Conformación del Equipo de Acreditación. 2. Conformación del Equipo de Evaluadores Internos. 3. Plan de Autoevaluación aprobado. 4. Comunicación de fecha de inicio de Autoevaluación). El Hospital/Instituto regional, remite oficio a su instancia superior (RED DE SALUD/DIRESA/GERESA) y a través de ella, a la UFGCS-DVMPAS, comunicando que cumple con la organización y planificación de la Autoevaluación y ha cargado en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS 04 archivos con los documentos que sustentan el cumplimiento del criterio (1.Conformación del Equipo de Acreditación, 2.Conformación del Equipo de Evaluadores Internos, 3.Plan de Autoevaluación aprobado, 4.Comunicación de fecha de inicio de Autoevaluación), en plazo previsto. Los Hospitales de Lima Metropolitana remiten lo solicitado directamente a la UFGCS-DVMPAS con copia a la DIRIS correspondiente, en plazo previsto. Los Institutos Nacionales remiten lo solicitado directamente a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto. Plazo de recepción en MINSA: Hasta 30 de julio 2026 Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales, Hospitales de Lima Metropolitana y de las DIRESA/GERESA (remiten documentos de hospital/instituto regional). 2.- Los establecimientos de salud cumplen con la ejecución de la Autoevaluación 2026 según normativa vigente (Informe Técnico Final de Autoevaluación, archivo Excel de	Cumple con las acciones 1 y 2 = 50%

	resultados emitido por el aplicativo para la Acreditación). El Hospital/Instituto regional remite a su instancia superior (RED DE SALUD/DIRESA/GERESA) y a través de ella a la UFGCS-DVMPAS el Informe Técnico Final de Autoevaluación y comunica que ha cargado en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS el archivo Excel de resultados de Autoevaluación emitido por el aplicativo para la Acreditación, en plazo previsto. Los Hospitales de Lima Metropolitana remiten lo solicitado directamente a la UFGCS-DVMPAS con copia a la DIRIS correspondiente, en plazo previsto. Los Institutos Nacionales remiten lo solicitado directamente a la UFGCS-DVMPAS en plazo previsto. Plazo de recepción MINSA: Hasta 30 de diciembre 2026 Fuente auditable: Documento de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de los Institutos Nacionales, Hospitales de Lima Metropolitana y de las DIRESA/GERESA (remiten documentos de hospital/instituto regional). Este informe abarcará el cumplimiento de las acciones 2 y 3.																		
	3- Los establecimientos de salud mejoran progresivamente el cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad, evidenciado en el incremento del resultado de Autoevaluación respecto al alcanzado el año anterior, según categoría (ver tabla I) <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Tabla I</th></tr> <tr> <th rowspan="2">EESS</th><th colspan="2">Resultado de Autoevaluación 2026*</th></tr> <tr> <th>Mínimo esperado 2026</th><th>Incrementa resultado respecto al año anterior</th></tr> <tr> <td>II-1</td><td>55%</td><td rowspan="4">2%</td></tr> <tr> <td>II-2</td><td>65%</td></tr> <tr> <td>III-1</td><td>70%</td></tr> <tr> <td>III-2</td><td>78%</td></tr> </table> * Los EESS que el año anterior superaron el resultado mínimo esperado para 2026 (Tabla 1), deberán incrementar el 2% del resultado alcanzado el año anterior o contar con Autoevaluación 2026 aprobada (resultado 85% o más).	Tabla I			EESS	Resultado de Autoevaluación 2026*		Mínimo esperado 2026	Incrementa resultado respecto al año anterior	II-1	55%	2%	II-2	65%	III-1	70%	III-2	78%	Cumple con acción 3 = 50%
Tabla I																			
EESS	Resultado de Autoevaluación 2026*																		
	Mínimo esperado 2026	Incrementa resultado respecto al año anterior																	
II-1	55%	2%																	
II-2	65%																		
III-1	70%																		
III-2	78%																		

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento

RED DE SALUD/DIRESA/GERESA/DIRIS

Las Redes de Salud, DIRESA/GERESA/DIRIS conducen el proceso de Acreditación de EESS en su jurisdicción. Gestionan la implementación de la Autoevaluación en los EESS del primer nivel de atención seleccionados.

Observaciones:

-El número de EESS del primer nivel de atención de la Red de Salud, seleccionados para realizar Autoevaluación del PAES 2026, se establecerá con relación al avance del año anterior, de acuerdo al rango descrito en la Tabla II:

Tabla II		
N° total de EESS de la Red de Salud/DIRIS	EESS realizan Autoevaluación 2026*	
	% mínimo de EESS seleccionados	Incrementa EESS respecto al año anterior
Menos de 50 EESS	70%	10%
51 a 100 EESS	60%	
Más de 100 EESS	50%	

-*El incremento del 10% aplica para las Redes de Salud/DIRIS que en el año anterior superaron el porcentaje mínimo de EESS Autoevaluados establecidos en Tabla II.

-Si el año anterior la Red de Salud/DIRESA/GERESA/DIRIS realizó Autoevaluación en el 100% de sus EESS, la meta para el 2026 será el 100% de EESS.

-Para DIRESA/GERESA, el número de EESS de primer nivel seleccionados que realizarán Autoevaluación 2026, será la sumatoria de los EESS seleccionados por cada una de las Redes de Salud de su ámbito jurisdiccional.

-El número de EESS seleccionados según los parámetros establecidos en la presente ficha se registrarán en Acta de Reunión de Negociación de Convenio de Gestión.

1. La Red de Salud/DIRESA/GERESA/DIRIS muestra que los establecimientos de salud del primer nivel de atención seleccionados, de su jurisdicción, han cumplido con la organización y planificación para la Autoevaluación 2026 (1.Conformación del Equipo de Acreditación, 2.Conformación del Equipo de Evaluadores Internos, 3.Plan de Autoevaluación aprobado, 4.Comunicación de fecha de inicio de Autoevaluación) según normativa vigente.

La Red de Salud elabora y remite a su instancia superior (DIRESA/GERESA) y a través de ella a la UFGCS/MINSA, un **Informe consolidado de red** sobre el cumplimiento del criterio (no se aceptan los informes de Microrredes) y comunica que ha cargado en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS 01 archivo Excel con la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel seleccionados que cumplieron con la organización y planificación para la Autoevaluación 2026 (1.Conformación de Equipo de Acreditación, 2.Conformación de Equipo de Evaluadores Internos, 3.Plan de Autoevaluación aprobado, 4.Comunicación de fecha de inicio de Autoevaluación) según normativa vigente, en plazo previsto.

La DIRESA/GERESA/DIRIS remite a la UFGCS-DVMPAS un **Informe consolidado regional/jurisdiccional** sobre el cumplimiento del criterio y comunica que ha cumplido con cargar en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS 01 archivo Excel con la **Matriz consolidada preestablecida** por la UFGCS/MINSA con los EESS del primer nivel seleccionados de la región que cumplieron con la organización y planificación para la Autoevaluación 2026 (1.Conformación de Equipo de Acreditación, 2.Conformación de Equipo de Evaluadores Internos, 3.Plan de Autoevaluación aprobado, 4.Comunicación de fecha de inicio de Autoevaluación) según normativa vigente, en plazo previsto.

Plazo de recepción:

Hasta 15 de agosto 2026 (Red de Salud a DIRESA/GERESA).

Hasta 30 de agosto 2026 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS).

Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de

Cumple con acciones

1 y 2 = 60%

	DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional). 2. La Red de Salud/DIRESA/GERESA/DIRIS, remite en plazo previsto, el Informe consolidado de su jurisdicción acerca de los EESS de primer nivel de atención que realizaron Autoevaluación durante el año 2026 y comunica que ha cargado en el link de acceso a la plataforma de almacenamiento DRIVE-MINSA proporcionado por la UFGCS-DVMPAS lo siguiente: ✓ 01 archivo Excel con la Matriz consolidada preestablecida por la UFGCS/MINSA que registra los resultados de Autoevaluación de los EESS del primer nivel de atención. ✓ 01 archivo Excel donde en cada hoja se encuentre el reporte resumen de resultados semaforizados de Autoevaluación emitido por el Aplicativo para la Acreditación, de cada uno de los EESS registrados en la Matriz mencionada en párrafo anterior. La Red de Salud remite lo solicitado a la DIRESA/GERESA y a través de ella a la UFGCS/MINSA en plazo previsto. La DIRESA/GERESA/DIRIS remite lo solicitado a la UFGCS-MINSA en plazo previsto. Plazo de recepción: Hasta 15 de diciembre 2026. (Red a DIRESA/GERESA). Hasta 30 de diciembre 2026 (DIRESA/GERESA/DIRIS a UFGCS-DVMPAS). Fuente auditable: Informe de conformidad de la UFGCS, publicado en web MINSA; elaborado en base a los documentos recibidos por trámite documentario de DIRESA/GERESA/DIRIS (remiten Informes de Redes de Salud y consolidado jurisdiccional). Este informe abarcará el cumplimiento de las acciones 2 y 3.	
	3. El Informe consolidado de la Red/RIS/DIRESA/GERESA/DIRIS (mencionado en acción 2), acerca de los EESS de primer nivel de atención que realizaron autoevaluación durante el año 2026, muestra que todos los EESS del primer nivel de atención seleccionados, realizaron Autoevaluación 2026. EESS seleccionados de acuerdo al rango descrito en la Tabla II.	Cumple con acción 3 = 40%
Responsable técnica y de la información.	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud-UFGCS del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud-DVMPAS	
Frecuencia de medición	Anual	
Fuente de datos	Informe elaborado por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS) del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud (DVMPAS), en base a los informes remitidos por hospitales de Lima Metropolitana, Institutos Nacionales, RED/DIRESA/GERESA y DIRIS.	
Notas	La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico. El Listado de Hospital con población asignada será aprobado como anexo en la Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la elaboración, suscripción, monitoreo y evaluación de los Convenios de Gestión 2026. Observación: Las DIRESA/GERESA/DIRIS, Redes de Salud, promueven que un porcentaje cada vez mayor de sus EESS realicen la Autoevaluación del proceso de Acreditación de establecimientos de salud en el año 2026 y que mejoren sus resultados respecto al año anterior.	



PERÚ

Ministerio
de Salud

Ficha N° 46: Fortalecimiento de las acciones de fomento de la investigación en salud

Nombre	Fortalecimiento de acciones de fomento de la investigación en salud	
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios	
Ámbito de Aplicación	Hospitales del III nivel de atención, Institutos Especializados de Salud y II-E (solo el IREN Centro) DIRIS, DIREAS/GERESAS.	
Definición	El compromiso con el fomento de la investigación en salud está directamente vinculado con la generación de evidencias sobre problemas identificados en los servicios de salud, tanto en institutos y hospitales, así como en DIRIS, DIREAS, GERESAS. Estas instituciones deben impulsar actividades de investigación que visibilicen las dificultades existentes en los establecimientos de salud y que, a partir de sus resultados, contribuyan a la toma de decisiones orientadas a mejorar la calidad de la atención y la gestión de los servicios de salud, mediante el desarrollo de investigaciones y la difusión de sus resultados.	
Justificación	La generación de evidencia científica es fundamental en el abordaje de los problemas y dificultades percibidas en el proceso de prestación de servicios, y contribuye a tomar decisiones debidamente informadas para mejorar la atención de la salud y bienestar de las personas y población. La evidencia científica en salud que orienta la toma de decisiones en nuestro país proviene, en su mayoría, de investigaciones realizadas en contextos distintos al nuestro, principalmente en países de altos ingresos, cuyas condiciones raciales, culturales, económicas, sociales y ambientales difieren de la realidad nacional. Esta situación resalta la importancia de desarrollar investigaciones en los niveles nacional, regional y local, cuyos resultados permitan generar, adaptar e implementar estrategias, metodologías y tecnologías sanitarias que hayan demostrado eficacia y eficiencia en la solución de los problemas de salud del país. El Ministerio de Salud, como órgano rector de las políticas sanitarias del país, asume y promueve el desarrollo de la investigación en salud con el propósito de generar evidencia científica que apoye tanto a los decisores como a los profesionales de salud en el cumplimiento de sus funciones de gestión y prestación de servicios, basándose en la mejor información nacional disponible. De este modo, se busca fortalecer la toma de decisiones y aumentar la probabilidad de éxito en la atención de la salud de la población. Esta tarea debe ser asumida de manera seria, sostenida y solidaria por instituciones que desarrollan investigación en salud como los Institutos Especializados, Hospitales, DIRIS, DIREAS y GERESAS del país.	
Responsable Técnico	Subdirección de Investigación en Salud (SUDIV) de la Dirección de Investigación e Innovación en Salud (DIIS) del Instituto Nacional de Salud (INS).	
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	INSTITUTOS DE SALUD ESPECIALIZADOS (CATEGORIA III-2): 1. INDICADOR PRODUCCION: Protocolos de investigación aprobados por el Comité de Ética en Investigación (CEI) durante el año 2026, enmarcados en las líneas nacionales de investigación en salud u objetivos institucionales de investigación Metodología de cálculo: - Se consideran los resultados consolidados del indicador (n.º de protocolos aprobados anualmente) de los últimos dos años reportados. - Con dichos valores se calcula el promedio bianual por institución, generando una distribución (mínimo-máximo) que permite establecer quintiles y puntos de corte entre pares de la misma categoría de la IPRESS. - Unidad de medida: cada institución obtiene un puntaje del 1 al 5, según su posición relativa dentro de los quintiles definidos (ver tabla resumen) - Para reflejar el peso del indicador en la evaluación global de este CM, el puntaje se convierte en porcentaje, de manera que el puntaje máximo (5) equivale al 40 % del total asignado a este indicador (ver tabla resumen)	50%



MINSAL

Firmado digitalmente por OROS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:10:44 -05:00



Firmado digitalmente por MINAYA
MARTINEZ Gabriela Enríquez
FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:57:54 -05:00

Firmado digitalmente por AYALA
QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU
20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:48:46 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Quintil de desempeño	Nivel de desempeño	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente
Q1	Muy alto	1	40 %
Q2	Alto	2	32 %
Q3	Medio	3	24 %
Q4	Bajo	4	16 %
Q5	Muy bajo	5	8 %

PLAZO: 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Informe remitido a la SUDIV de la DIIS del INS (vía link REDCap*), adjuntando en anexo las constancias, dictámenes u otro de aprobación de los protocolos del año 2026 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI). No serán considerados en el cálculo del puntaje, los protocolos de pregrado (a excepción de los de innovación) y los ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica.

(*) Se solicitará información sobre % de protocolos de investigación aprobados, ejecutados y con informe final.

BONUS: Si el 50% de los protocolos de investigación aprobados se enmarcan en las Líneas Nacionales de Investigación en Salud al 2030(*), se brindará un puntaje adicional del 10% al total obtenido (*RM N. 424-2025-MINSA)

Logro esperado y
porcentaje de
cumplimiento

2. INDICADOR ESTRUCTURAL: Estado de Comité de Ética en Investigación (CEI) institucional
Evalúa el nivel de desarrollo y formalización del CEI institucional como componente de fortalecimiento de la capacidad investigadora.

Metodología de cálculo: El puntaje se asigna según el estado del CEI:

0 % si está conformado, pero no registrado;

5 % si se encuentra registrado/acreditado ante el INS; y

10 % si se encuentra adherido a Red Nacional de Comités de Ética en Investigación (RENACEI)

PLAZO: hasta el 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Certificado de registro o acreditación del CEI, Certificado de Adhesión a la Red Nacional de Comités de Ética en Investigación (RENACEI) emitido por la SUDIV de la DIIS del INS, o documento tipo constancia de conformación del Comité de Ética en Investigación (CEI) emitido por la institución.

10%

Logro esperado y
porcentaje de
cumplimiento

3. INDICADOR de PRODUCCION: Publicaciones de investigaciones originales [estudios primarios, revisiones sistemáticas (con o sin meta-análisis), estudios con bases secundarias, estudios de caso, serie de casos] en que, alguno de los autores tenga como institución de afiliación el instituto especializado en cuestión.

Las publicaciones deben ser hechas en revistas indizadas que cumplan con criterios mínimos (contenido revisado por pares, tener ISSN, DOI) y que se encuentren en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, WebOfScience).

Metodología de cálculo:

- Se consideran los resultados consolidados del indicador (n.º de publicaciones originales anuales en revistas indizadas, reporte de los últimos dos años.
- Con dichos valores se calcula el promedio bianual por institución, generando una distribución (mínimo-máximo) que permite establecer quintiles y puntos de corte entre pares de la misma categoría IPRESS.
- Unidad de medida: cada institución obtiene un puntaje del 1 al 5, según su posición relativa dentro de los quintiles definidos (ver tabla resumen)
- Para reflejar el peso del indicador en la evaluación global de este CM, el puntaje se convierte en porcentaje, de manera que el puntaje máximo (5) equivale al 40 % del total asignado a este indicador (ver tabla resumen)

40%



Firmado digitalmente por MINAYA
MARTINEZ Gabriela Emperatriz
FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:59:39 -05:00



Firmado digitalmente por AYALA
QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU
20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:49:04 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:11:03 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Quintil de desempeño	Nivel de desempeño	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente
Q1	Muy alto	1	40 %
Q2	Alto	2	32 %
Q3	Medio	3	24 %
Q4	Bajo	4	16 %
Q5	Muy bajo	5	8 %

PLAZO: 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Informe remitido a la SUDIV de la DIIS del INS (vía link REDCap)*, adjuntando los link de los resúmenes (abstract) y DOI de los artículos publicados.

El porcentaje sumatoria final de los 3 indicadores, se multiplica por la ponderación establecida en la matriz de evaluación institucional para este compromiso de mejora.

Logro esperado y
porcentaje de
cumplimiento

HOSPITALES (CATEGORIA III-1),

HOSPITALES / INSTITUTOS (CATEGORIA III-E) y, II-E (solo el IREN Centro):

1. INDICADOR PRODUCCION: Protocolos de investigación aprobados por el Comité de Ética en Investigación (CEI) durante el año 2026, enmarcados en las líneas nacionales de investigación en salud u objetivos institucionales de investigación

Metodología de cálculo:

- Se consideran los resultados consolidados del indicador (n.º de protocolos aprobados anualmente) de los últimos dos años reportados.
- Con dichos valores se calcula el promedio bianual por institución, generando una distribución (mínimo-máximo) que permite establecer quintiles y puntos de corte entre pares de la misma categoría IPRESS.
- Unidad de medida: cada institución obtiene un puntaje del 1 al 5, según su posición relativa dentro de los quintiles definidos (ver tabla resumen)
- Para reflejar el peso del indicador en la evaluación global de este CM, el puntaje se convierte en porcentaje, de manera que el puntaje máximo (5) equivale al 40 % del total asignado a este indicador (ver tabla resumen)

PLAZO: 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Informe remitido a la SUDIV de la DIIS del INS (vía link REDCap*), adjuntando en anexo las constancias, dictámenes u otro de aprobación de los protocolos del año 2026 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI). No serán considerados en el cálculo del puntaje, los protocolos de pregrado (a excepción de los de innovación) y los ensayos clínicos patrocinados por la industria farmacéutica.

(*)Se solicitará información sobre % de protocolos de investigación aprobados, ejecutados y con informe final.

BONUS: Si el 50% de los protocolos de investigación aprobados se enmarcan en las líneas nacionales de investigación en salud al 2030(*), se brindará un puntaje adicional del 10% al total obtenido. (*)RM N. 424-2025-MINSA)

50%

**V°B°**
INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD
Firmado digitalmente por MINAYA
MARTINEZ Gabriela Emperatriz
FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 20:00:08 -05:00

**V°B°**
INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD
Firmado digitalmente por AYALA
QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU
20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:49:17 -05:00

**PERÚ**
MINSA
Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:11:20 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Logro esperado y
porcentaje de
cumplimiento

2. INDICADOR ESTRUCTURAL: Estado de Comité de Ética en Investigación (CEI)
institucional

Evalúa el nivel de desarrollo y formalización del CEI institucional como componente de fortalecimiento de la capacidad investigadora.

Metodología de cálculo: El puntaje se asigna según el estado del CEI:

0 % si está conformado, pero no registrado;

5 % si se encuentra registrado ante el INS; y

10 % si cuenta con acreditación INS vigente que le permite evaluar ensayos clínicos.

PLAZO: hasta el 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Certificado de registro o acreditación del CEI emitido por la SUDIV de la DIIS del INS, o documento tipo constancia de conformación del Comité de Ética en Investigación (CEI) emitido por la institución.

10%

Logro esperado y
porcentaje de
cumplimiento

3. INDICADOR de PRODUCCION: Publicaciones de investigaciones originales [estudios primarios, revisiones sistemáticas (con o sin meta-análisis), estudios con bases secundarias, estudios de caso, serie de casos] en que, alguno de los autores tenga como institución de afiliación el instituto especializado en cuestión.

Las publicaciones deben ser hechas en revistas indizadas que cumplan con criterios mínimos (contenido revisado por pares, tener ISSN, DOI) y que se encuentren en bases de datos de literatura científica como: Scopus, Medline/PubMed, Scielo, Web of Science).

Metodología de cálculo:

- Se consideran los resultados consolidados del indicador (n.º de publicaciones originales anuales en revistas indizadas, reporte de los últimos dos años).
- Con dichos valores se calcula el promedio bianual por institución, generando una distribución (mínimo-máximo) que permite establecer quintiles y puntos de corte entre pares de la misma categoría IPRESS.
- Unidad de medida: cada institución obtiene un puntaje del 1 al 5, según su posición relativa dentro de los quintiles definidos (ver tabla resumen)
- Para reflejar el peso del indicador en la evaluación global de este CM, el puntaje se convierte en porcentaje, de manera que el puntaje máximo (5) equivale al 40 % del total asignado a este indicador (ver tabla resumen)

Quintil de desempeño	Nivel de desempeño	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente
Q1	Muy alto	1	40 %
Q2	Alto	2	32 %
Q3	Medio	3	24 %
Q4	Bajo	4	16 %
Q5	Muy bajo	5	8 %

PLAZO: 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

FUENTE AUDITABLE: Informe remitido a la SUDIV de la DIIS del INS (vía link REDCap), adjuntando en anexo las constancias, dictámenes u otro de aprobación de los protocolos del año 2026 por parte del Comité de Ética en Investigación (CEI).

Informe remitido a la Subdirección de investigación – SUDIV – de la Dirección de Investigación e Innovación en Salud del INS (vía link REDCap), adjuntando los links de los resúmenes (abstract) y DOI de los artículos publicados.

El porcentaje sumatoria final de los 3 indicadores, se multiplica por la ponderación establecida en la matriz de evaluación institucional para este compromiso de mejora.

40%



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:11:47 -05:00



Firmado digitalmente por MINAYA
MARTINEZ Gabriela Emperatriz
FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 20:00:41 -05:00



Firmado digitalmente por AYALA
QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU
20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:49:30 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	DIRIS/DIRESAS/GERESAS (sede docente): 1. INDICADOR: Plan de Investigación Institucional (regional) Evalúa el cumplimiento del Plan de Investigación Institucional (regional), considerando su elaboración, aprobación y el nivel de implementación. Adicionalmente, reconoce a las regiones que cuentan con líneas regionales de investigación priorizadas y aprobadas al 2030. Metodología de cálculo: <table><thead><tr><th>Condición evaluada</th><th>Puntaje asignado</th><th>% de cumplimiento equivalente (máx. 40 %)</th></tr></thead><tbody><tr><td>No cuenta ni presenta plan de investigación institucional (regional)</td><td>0</td><td>0 %</td></tr><tr><td>Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación < 70 %</td><td>1</td><td>13 %</td></tr><tr><td>Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 %</td><td>2</td><td>27 %</td></tr><tr><td>Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 % y con líneas regionales de investigación priorizadas y aprobadas al 2030</td><td>3</td><td>40 %</td></tr></tbody></table> Plazo: 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026 Fuente Auditable: Plan de Investigación aprobado (según formato) con Resolución Directoral de la DIRESA/GERESA, publicado en la web institucional.	Condición evaluada	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente (máx. 40 %)	No cuenta ni presenta plan de investigación institucional (regional)	0	0 %	Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación < 70 %	1	13 %	Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 %	2	27 %	Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 % y con líneas regionales de investigación priorizadas y aprobadas al 2030	3	40 %	40%
Condición evaluada	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente (máx. 40 %)															
No cuenta ni presenta plan de investigación institucional (regional)	0	0 %															
Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación < 70 %	1	13 %															
Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 %	2	27 %															
Plan elaborado y aprobado, con nivel de implementación ≥ 70 % y con líneas regionales de investigación priorizadas y aprobadas al 2030	3	40 %															
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	2. INDICADOR ESTRUCTURAL: Estado de Comité de Ética en Investigación (CEI) institucional Evalúa el nivel de desarrollo y formalización del CEI institucional como componente de fortalecimiento de la capacidad investigadora. Metodología de cálculo: El puntaje se asigna según el estado del CEI: 5 % si está conformado, pero no registrado 10 % si se encuentra registrado ante el INS PLAZO: hasta el 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026 FUENTE AUDITABLE: Certificado de registro del CEI emitido por la SUDIV de la DIIS del INS, o documento tipo constancia de conformación del Comité de Ética en Investigación (CEI) emitido por la institución.	10%															
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	3. INDICADOR de PRODUCCION: Protocolos de investigación aprobados por el comité de ética en investigación – CEI y enmarcados en las líneas nacionales o regionales de investigación en salud al 2030. PUNTAJE: de 1 a 5 puntaje, según tabla adjunta.	50%															



Firmado digitalmente por MINAYA MARTINEZ Gabriela Émperatriz FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 20:01:05 -05:00



V°B°
INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD

Firmado digitalmente por AYALA QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:49:44 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:12:22 -05:00



PERÚ

Ministerio
de Salud

Rango (n.º de protocolos aprobados por CIE)	Puntaje asignado	% de cumplimiento equivalente	Nivel de desempeño
1 a 5	1	10 %	Muy bajo
6 a 10	2	20 %	Bajo
11 a 15	3	30 %	Medio
16 a 20	4	40 %	Alto
Más de 20	5	50 %	Muy alto

Plazo: Hasta el 31 de diciembre 2026. Se presentará informe de avance al 30 de junio de 2026

Fuente auditable: Informe (constancia/certificado) que contenga relación de protocolos de investigación (original, protocolo de posgrado) elaborados por personal del establecimiento de salud y aprobados por el CEI correspondientes al año 2026 y remitidos a la SUDIV de la DIIS del INS (vía link REDCap). (*) Se solicitará información sobre % de protocolos de investigación aprobados, ejecutados y con informe final.

BONUS: Si el 50% de los protocolos de investigación aprobados se enmarcan en las líneas nacionales de investigación en salud al 2030(*), se brindará un puntaje adicional del 10% al total obtenido. (*)RM N. 424-2025-MINSA)

El porcentaje final -sumatoria de los 3 indicadores-, se multiplica finalmente por la ponderación establecida en la matriz de evaluación institucional para el cálculo final de este compromiso de mejora.



V°B°
INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD

Firmado digitalmente por MINAYA
MARTINEZ Gabriela Emperatriz
FAU 20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 20:01:40 -05:00



V°B°
INSTITUTO
NACIONAL
DE SALUD

Firmado digitalmente por AYALA
QUINTANILLA Beatriz Paulina FAU
20131263130 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 19:50:05 -05:00



MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:12:37 -05:00

Ficha N° 47: Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a través de la estrategia de RIS iniciadoras en las regiones y en Lima Metropolitana

Nombre	Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a través de la estrategia de RIS iniciadoras en las regiones y en Lima Metropolitana
Tipo	Compromiso de mejora de los servicios
Ámbito de evaluación	Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud y Direcciones de Redes Integrales de Salud
Definición	Cumplimiento de grupos de actividades o resultados trimestrales y anuales por parte de las RIS conformadas que han sido propuestas por las DIRESAs, GERESAs y DIRIS como RIS iniciadoras
Justificación	La Ley N° 30885 estableció el marco normativo para la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) en el territorio nacional. Las RIS, una vez en funcionamiento, deben ayudar al logro de los resultados sanitarios. De estos resultados sanitarios, se ha identificado a las enfermedades crónicas, en particular a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA), como problemas de salud que se beneficiarían de la estrategia propuesta, pero también por la carga de enfermedad a nivel nacional y regional observada por estas dos condiciones. La propuesta de RIS iniciadoras es la aplicación de los principios y métodos a un problema de salud concreto, en este caso, la DM2 e HTA. Como tal, el numeral 9.1 del Reglamento de la Ley N° 30885, dispone que el funcionamiento de las RIS se realice preferentemente a través de la implementación de la estrategia de RIS iniciadoras en las regiones y en Lima Metropolitana. La mayor parte de regiones y todas las DIRIS han expresado su decisión de incluir a una o más RIS en el proceso de RIS iniciadoras. Este compromiso de mejora busca incentivar en el equipo de la región o DIRIS la participación en las acciones de desarrollo de sus RIS iniciadoras, además de establecer hitos claros de implementación.
Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	Acciones preparatorias (0% del peso). Al 14 de febrero del 2026, las regiones o DIRIS han ratificado, modificado o presentado su propuesta de inclusión de una RIS de su territorio en la estrategia de RIS iniciadoras, mediante oficio dirigido a la DGAIn, en el cual precisan la RIS que durante el año 2026 serán sujeto de evaluación para el presente indicador. Estas RIS deben estar conformadas. En este oficio la DIRESA, GERESA o DIRIS comunica a) la RIS seleccionada y b) los funcionarios o trabajadores (al menos 2, incluyendo uno de la Dirección de Servicios de Salud o su equivalente, y uno de la estrategia de Enfermedades No Transmisibles o su equivalente). La DGAIn evalúa este oficio y señala si la DIRESA, GERESA o DIRIS ha cumplido con las acciones preparatorias. El cumplimiento de las acciones preparatorias no tiene puntaje, pero es un requisito para el cumplimiento del compromiso. <u>Condiciones para la selección de la RIS iniciadora:</u> La RIS seleccionada debe ser aquella en la que se han realizado acciones de desarrollo en los años previos, o una RIS para la cual se haya solicitado previamente por la DIRESA, GERESA o DIRIS la inclusión como RIS iniciadora. En caso sea una RIS diferente, la DIRESA, GERESA o DIRIS debe justificar la decisión y asegurar en la misma el avance de la conformación de equipos multidisciplinarios de salud (EMS) y en la preparación del listado nominalizado de pacientes. <u>Fuente auditable:</u> Oficio de la DIRESA, GERESA o DIRIS, y oficio de evaluación de la DGAIn. Acción 1 (25% del peso). Al 30 de abril, la DIRESA, GERESA o DIRIS habrá cumplido con las siguientes acciones: A. <u>La DIRESA, GERESA o DIRIS ha actualizado la conformación de los EMS de la RIS seleccionada.</u> Presentar el listado de EMS por establecimiento de salud, que debe basarse en el listado presentado durante el proceso efectuado en el año 2023, modificando los casos en los que haya ocurrido cambios en la dotación de personal. B. <u>La DIRESA, GERESA o DIRIS ha actualizado el listado nominalizado de pacientes con DM2 y de pacientes con HTA.</u> Presentar el listado nominalizado de pacientes, que debe basarse en el listado anonimizado presentado durante el proceso efectuado en el año 2024, modificando el listado de acuerdo los casos nuevos, cambios de residencia y defunciones.



Firmado digitalmente por
ALVARADO CHICO Carlos Alberto
FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 14:28:24 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:13:18 -05:00

C. La DIRESA, GERESA o DIRIS ha elaborado una hoja informativa sobre la situación de la DM2 y HTA en el ámbito territorial de la RIS. Sobre la base de un modelo de presentación de datos alcanzado por DGAIN, se elabora una hoja informativa que contiene datos de la situación de la enfermedad y de la respuesta de los servicios a la misma.

La DIRESA, GERESA o DIRIS elabora un informe de cumplimiento de las 3 tareas señaladas, según modelo que facilita DGAIN. El informe es enviado a la DGAIN por trámite documentario u equivalente, hasta el día 15 de mayo. La DGAIN evalúa el mismo y emite un oficio a la DIRESA, GERESA o DIRIS, en el cual señala si el informe cumple o no con lo solicitado.

Fuente auditable: Informe de cumplimiento de la DIRESA, GERESA o DIRIS, y oficio de evaluación de la DGAIN.

Acción 2 (25% del peso). Al 30 de junio, la DIRESA, GERESA o DIRIS habrá cumplido con las siguientes acciones:

A. Selección de dos (2) acciones prioritarias a implementar:

1. En relación a los EMS y listado nominalizado de pacientes, la DIRESA, GERESA o DIRIS selecciona una de las siguientes actividades:

- a) Asignación de población con DM2 y/o HTA y unidades territoriales sanitarias a los EMS, y determinación de rutinas de trabajo a los EMS de la RIS seleccionada, o
- b) Implementación de herramientas digitales para el seguimiento y control de pacientes con DM2 y HTA aplicadas en la RIS seleccionada.

2. En relación al fortalecimiento de la oferta de servicios, la DIRESA, GERESA o DIRIS selecciona una de las siguientes actividades:

- a) Implementación de servicios de atención especializados en la RIS seleccionada, o
- b) Centralización de laboratorios en la RIS seleccionada, o
- c) Implementación de historia clínica electrónica en la RIS seleccionada.

La implementación de servicios de atención especializados incluye la identificación de profesionales de salud especialistas en la RIS, identificación de los establecimientos de salud donde se realizarán las atenciones, recojo de información del mobiliario y equipamiento disponible y requerido, y revisión de las modalidades de prestación de los servicios.

La centralización de laboratorios incluye asegurar la oferta de procedimientos de laboratorio seleccionados para todo el ámbito de la RIS, empleando la capacidad instalada y fortaleciendo las unidades de toma de muestra e implementando mecanismos de análisis centralizado y complementariedad de cartera.

La implementación de la historia clínica electrónica implica el desarrollo y uso de al menos los módulos de admisión, triaje y consulta externa, teniendo en cuenta las disposiciones establecidas en el marco normativo vigente.

B. Aplicación de línea de base de implementación. La DIRESA, GERESA o DIRIS emplea las listas de verificación para las actividades seleccionadas, proporcionada por DGAIN, para levantar el estado de línea de base para la implementación de las actividades seleccionadas.

C. Elaboración de matriz de compromisos para implementación de acciones prioritarias. La DIRESA, GERESA o DIRIS realiza una reunión con los responsables de las áreas relevantes de su institución para la implementación de las dos acciones prioritarias seleccionadas, en la que revisa la lista de verificación y elabora una matriz de compromisos, en la que se detallan las tareas, responsables y plazos, según formato proporcionado por DGAIN.

DGAIN programará una asistencia técnica virtual para detallar las acciones propuestas, incluyendo la presentación de la lista de verificación que se aplicará para la evaluación de la implementación de las mismas, y el método de calificación del cumplimiento. Luego de la asistencia técnica, la DIRESA, GERESA o DIRIS



Firmado digitalmente por
ALVARADO CHICO Carlos Alberto
FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 17.12.2025 14:28:38 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS
JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:18:57 -05:00



Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU 20131373237 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 18.12.2025 14:19:27 -05:00



Firmado digitalmente por ALVARADO CHICO Carlos Alberto FAU 20131373237 hard Motivo: Doy V° B° Fecha: 17.12.2025 14:28:49 -05:00

	elabora un informe de cumplimiento detallando las acciones seleccionadas, la evaluación de línea de base en relación a las acciones seleccionadas, y el acta de reunión y la matriz de compromisos firmadas, en relación a la implementación de las acciones seleccionadas. La DGAIN facilitará el modelo de este informe y de acta de compromisos. El informe de cumplimiento deberá ser enviado a la DGAIN por trámite documentario hasta el día 17 de julio, y la DGAIN evaluará el mismo y emitirá un oficio a la DIRESA, GERESA o DIRIS, en el cual señalará si el informe cumple o no con lo solicitado. <u>Fuente auditable:</u> Informe de cumplimiento de la DIRESA, GERESA o DIRIS, y oficio de evaluación de la DGAIN.
	Acción 3 (50% del peso). Al 30 de noviembre, la DIRESA, GERESA o DIRIS habrá cumplido con las siguientes acciones: 1. Conduce la ejecución de las acciones señaladas en la matriz de compromisos de la acción 2, y aplica la lista de verificación para evaluar el avance de ejecución. 2. Remite a la DGAIN un informe de ejecución de las actividades seleccionadas, conteniendo las listas de verificación aplicadas, así como los medios de verificación de los ítems evaluados, de acuerdo a la selección de actividades que haya efectuado. 3. Prepara y remite a la DGAIN un análisis de la implementación de las actividades, según formato proporcionado por DGAIN. La DIRESA, GERESA o DIRIS, emite un informe de cumplimiento, según modelo proporcionado por la DGAIN, enviado a la misma por trámite documentario hasta el día 11 de diciembre; la DGAIN evaluará el mismo y emitirá un oficio a la DIRESA, GERESA o DIRIS, en el cual señalará si el informe cumple o no con lo solicitado. <u>Fuente auditable:</u> Informe de cumplimiento de la DIRESA, GERESA o DIRIS, y oficio de evaluación de la DGAIN.
Responsable técnico	DGAIN
Responsable de la información	DGAIN
Frecuencia de medición	Periódica
Fuente de datos	Fuente auditable de las acciones.
Notas	1. La DIRESA, GERESA o DIRIS puede tener más de una RIS iniciadoras, pero en ese caso debe seleccionar una de ellas en el marco de este compromiso de mejora. Esta selección no implica que la DGAIN no continuará con la asistencia técnica a las demás RIS iniciadoras de la DIRESA, GERESA o DIRIS. 2. La DIRESA, GERESA o DIRIS no realizará modificaciones del territorio o ámbito de la RIS seleccionada para este compromiso de mejora durante el año, salvo acuerdo sobre este punto con la DGAIN. 3. El no cumplimiento de algunas de las acciones 1, 2 o 3, no invalida el cumplimiento de las demás acciones (la evaluación de las acciones es independiente). 4. La actualización de la ficha técnica o de los criterios, durante la vigencia del dispositivo que lo aprueba corresponde al MINSA, la misma que se puede dar por modificaciones normativas o situaciones de emergencia y responde a la solicitud y sustento del responsable técnico.

Ficha N° 48: Fortalecimiento de las acciones multisectoriales desde los espacios de articulación territorial y los establecimientos de salud para la implementación de las Políticas de Salud

Nombre	Fortalecimiento de las acciones desde los espacios de articulación territorial y los establecimientos de salud para la implementación de las Políticas de Salud
Tipo	Compromiso de mejora
Ámbito de evaluación	DIRESA/GERESA/DIRIS y EESS de mayor complejidad del primer nivel de atención, hospitales con población asignada cuando no exista establecimiento de primer nivel de atención.
Definición	Los comités distritales de salud (CDS) coordinan, conciertan y articulan para lograr una eficiente implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS), concertando las prioridades que requieren los distintos niveles de Gobierno, contribuyendo a la mejora de la salud, a través de la colaboración entre la ciudadanía y las autoridades, en cada distrito; el responsable de establecimiento de salud de mayor complejidad del primer nivel de atención en cumplimiento de sus funciones asume las secretarías de coordinación de estos comités coordinando con sus DIRESAS/ GERESAS/DIRIS como autoridades de Salud para el desarrollo de acciones que implementan la PNMS en sus tres objetivos prioritarios, fortaleciendo la articulación que realizan los EESS con sus actores locales, contribuyendo a la mejora de la salud de su población.
Justificación	Conforme al Decreto Legislativo 1161 que aprobó la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el Decreto Legislativo 1504, estableció que el Comité Distrital de Salud (CDS) es el espacio multisectoriales, que bajo la conducción del Ministerio de Salud, coordinan, conciertan y articulan para lograr una eficiente implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud que tiene tres objetivos prioritarios: OP1:Mejorar los Hábitos, conductas y Estilos de Vida Saludables de la Población; OP2: Asegurar el Acceso a Servicios Integrales de Salud de Calidad y Oportunos a la Población; OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud; así mismo los CDS; son también los espacios de proposición de políticas de salud y de articulación intergubernamental, para alcanzar unidad y coherencia ante la diversidad de necesidades sanitarias, concertando las prioridades que requieren los distintos niveles de Gobierno. Es función del CDS “Proponer las prioridades de salud del distrito, orientadas al cuidado integral de salud de la población, en el marco de las políticas nacionales, regionales y locales de salud”, la Resolución Ministerial N°730-2024/MINSA, estableció que las prioridades aprobadas serán incluidas en las agendas multisectoriales de salud, propias de la implementación del Plan Estratégico Multisectorial (PEM). Según la Resolución Ministerial 058-2025/MINSA la Agenda Distrital de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de Salud según la Resolución, identifica intervenciones concretas para la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS), a nivel de cada territorio; el seguimiento del avance de ejecución de estas agendas se hace bajo la coordinación y gestión del Jefe del establecimiento de mayor complejidad, o jefe de la RED o RIS que asume el cargo de Secretario de Coordinación del CDS según lo establecido en el Decreto Supremo 032-2020-SA y con participación ciudadana A los CDS les corresponde elegir los productos situacionales del PEM de la PNMS, considerando sus prioridades de salud y los incluyen en su Agenda de Intervenciones multisectoriales priorizadas de salud, según lo establecido en los artículos 5 y 18 del Decreto Supremo 032-2020-SA, así mismo la Resolución Ministerial 065-2025/MINSA, que aprueba Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025 - 2030 del Ministerio de Salud, consideró respecto a la rendición de cuentas de la implementación de los productos situacionales de la Política Nacional Multisectorial de Salud en los territorios, que los comités distritales de salud cumplen con su funcionamiento regular y periódico, desarrollando una sección dedicada a la rendición de cuentas sobre el avance en la implementación y logro de los productos situacionales de su Agenda de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de la Política. Precisamente, con el resultado de dicha revisión, se elabora y emite un reporte periódico, (minimamente trimestral), que dará cuenta de su avance. La finalidad de estas intervenciones es que se fortalezca la articulación multisectorial que realizan los establecimientos de salud con sus actores locales para la mejora de la salud de la población.



PERÚ MINSA

Firmado digitalmente por VELA BARBA Carlos Luis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 12:36:45 -05:00



PERÚ MINSA

Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:20:02 -05:00

Logro esperado y porcentaje de cumplimiento	ESTABLECIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN U HOSPITAL CON POBLACIÓN ASIGNADA (CUANDO NO EXISTA ESTABLECIMIENTO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL DISTRITO) Acción 1: Acciones para impulsar la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable” (PNMS) y fortalecimiento de la articulación que realizan los establecimientos de salud con sus actores territoriales a) El EESS de mayor complejidad del primer nivel de atención, hospitales con población asignada (cuando no exista establecimiento de primer nivel de atención en el distrito), como representante ante el CDS participa en la gestión de una prioridad de salud, implementando los Productos Situacionales del PEM de la PNMS, según su “Agenda Distrital de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de Salud”, para lo cual deberá participar en la sesión en la que se acuerda: - Seleccionar una prioridad de salud y elaborar su cronograma de actividades - Seleccionar los productos situacionales del PEM de la PNMS, relacionadas a la prioridad seleccionada - Aprobar el cronograma de seguimiento (mínimo 5 sesiones en el año) de las actividades de la “Agenda Distrital de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de Salud” Fuentes auditables: El EESS debe presentar el acta del CDS que evidencia los acuerdos señalados en el literal a), registro de asistencia (según formato establecido por la SECCOR), directorio actualizado; en los casos en que se modifique la conformación/reconformación de los CDS, adjuntar la ordenanza correspondiente. Plazo: El EESS deberá realizar la acción 1a) hasta el 31 de marzo 2026	Cumple Acción 1a: 20%
	b) El EESS de mayor complejidad del primer nivel de atención, hospitales con población asignada (cuando no exista establecimiento de primer nivel de atención en el distrito), como representante ante el CDS participa en las sesiones donde se realiza el seguimiento periódico del cronograma de actividades de la “Agenda Distrital de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de Salud”, y se informa de las acciones de articulación que ha realizado el EESS con sus actores territoriales para la mejora de la salud de su distrito. Fuente auditable: 5 Actas del CDS (mínimo) donde se da conformidad al seguimiento de su “Agenda Distrital de Intervenciones Multisectoriales Priorizadas de Salud”, de acuerdo con el cronograma aprobado, adjuntando las evidencias y registros de asistencia de cada sesión (según formato establecido por la SECCOR) y directorio actualizado; en los casos en que se modifique la conformación/reconformación de los CDS, adjuntar la ordenanza correspondiente Plazo: El EESS deberá realizar la acción 1b) hasta el 20 de diciembre 2026	Cumple Acción 1b: 80%
	Acción 2: Acciones para impulsar la implementación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable” (PNMS) a) La DIRESA/GERESA/DIRIS evalúa los criterios técnicos de la información que el EESS que participa en el CDS ha cargado en el aplicativo SECCOR, para dar cumplimiento a la actividad 1a) y elabora un informe dirigido a la SECCOR Nacional Fuente Auditable: Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la SECCOR que contenga los documentos que sustentan el cumplimiento de la acción 1a realizada por los EESS, indicando la evaluación: “CONFORME” o “NO CONFORME”. La SECCOR emite la conformidad del informe recibido de la DIRESA/GERESA/DIRIS. Plazo: DIRESA/GERESA/DIRIS, hasta el 15 de abril 2026	Cumple Acción 1a: 20%

	b) La DIRESA/GERESA/DIRIS, evalúa los criterios técnicos de la información que el EESS que participa en el CDS ha cargado en el aplicativo SECCOR, para dar cumplimiento a la actividad 1b) y elabora un informe dirigido a la SECCOR Nacional Fuente Auditable: Informe de la DIRESA/GERESA/DIRIS a la SECCOR que contenga los documentos que sustentan el cumplimiento de la acción 1b indicando la evaluación: “CONFORME” o “NO CONFORME”. La SECCOR emite la conformidad del informe recibido de la DIRESA/GERESA/DIRIS. Plazo: DIRESA/GERESA/DIRIS, hasta el 31 de diciembre 2026 Porcentaje de Cumplimiento para DIRESA/GERESA/DIRIS Acción 2b: <table><tr><th>N° de distritos por DIRESA/GERESA/DIRIS</th><th>Porcentaje de cumplimiento</th></tr><tr><td>Si cuentan con 25 distritos o menos</td><td>100% de los EESS</td></tr><tr><td>Si cuentan con 26 a 80 distritos</td><td>85% de los EESS</td></tr><tr><td>Si cuentan con 81 a 120 distritos</td><td>80% de los EESS</td></tr><tr><td>Si cuentan con 121 a más distritos</td><td>75% de los EESS</td></tr></table>	N° de distritos por DIRESA/GERESA/DIRIS	Porcentaje de cumplimiento	Si cuentan con 25 distritos o menos	100% de los EESS	Si cuentan con 26 a 80 distritos	85% de los EESS	Si cuentan con 81 a 120 distritos	80% de los EESS	Si cuentan con 121 a más distritos	75% de los EESS	Cumple Acción 1b: 80%
N° de distritos por DIRESA/GERESA/DIRIS	Porcentaje de cumplimiento											
Si cuentan con 25 distritos o menos	100% de los EESS											
Si cuentan con 26 a 80 distritos	85% de los EESS											
Si cuentan con 81 a 120 distritos	80% de los EESS											
Si cuentan con 121 a más distritos	75% de los EESS											
Responsable técnico	SECCOR											
Responsable de la información	SECCOR											
Frecuencia de Medición	Anual											
Fuente de Datos	Informe preparado por SECCOR, a partir de los informes proporcionados por las DIRESA/GERESA/DIRIS según corresponda.											



PERÚ



MINSa

Firmado digitalmente por VELA BARBA Carlos Luis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 12:37:07 -05:00



PERÚ

MINSa

Firmado digitalmente por OSTOS JARA Bernardo Elvis FAU
20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.12.2025 14:26:49 -05:00