MINISTERIO DE SALUD

No. 278-2011/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 13 de ABRIL del 2011

Visto el expediente N° 11-026399-001, que contiene el Memorandum N° 1552-2011-DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas, e Informe N° 214-2011-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 3° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, dispone que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);

Z. Solís V.

Que, el artículo 41° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, dispone que la Dirección General de Salud de las Personas, es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados, entre otros, a la atención Integral y servicios de salud;

C. Agosta S.

Que, la Dirección General de Salud de las Personas ha propuesto para su aprobación el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021", con la finalidad de contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada;

W. Olivera A.

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

D. León Ch.

Con el visado del Director General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Responsable de la Oficina de Descentralización, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud;

De conformidad con el literal l) del artículo 8º de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Servicios de Salud, la difusión, supervisión y evaluación de lo dispuesto en el citado documento técnico.

Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud, o quien haga sus veces en el ámbito regional, son los responsables de la difusión, implementación, supervisión y aplicación del presente documento técnico, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en la dirección electrónica http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp del Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

Z. Solís V.

C. Acosta S.

W. Olivera A.

D. León Ch.

DOCUMENTO TECNICO:

"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION 2011-2021"

INDICE

I. **INTRODUCCIÓN** 12

II. **FINALIDAD** 13

III. **OBJETIVOS** 13

IV. **BASE LEGAL** 14

V. **ÁMBITO DE APLICACIÓN** 17

VI. **CONTENIDO** 17

6.1 ANTECEDENTES 17

Contexto 17

Estado de Situación del Primer Nivel de Atención 20

6.2 JUSTIFICACIÓN 34

6.3 PRINCIPIOS, VALORES Y ENFOQUE 37

Los Principios 37

Los Valores 37

Los Enfoques 35

6.4 EJES DE INTERVENCION 41

La Atención Integral basada en Familia y Comunidad 41

Rectoría: Regulación y Control 49

6.5 ESTRATEGIAS Y PLAN DE ACCIONES 50

6.6 INDICADORES DE EVALUACIÓN 76

6.7 NIVELES DE RESPONSABILIDAD 82

Nacional 82

Regional 82

Local 85

ANEXOS 85

BIBLIOGRAFÍA 86

DOCUMENTO TECNICO:

"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION 2011-2021"

I.- INTRODUCCION

El Ministerio de Salud, órgano rector del Sector Salud, viene implementando la reforma sectorial a través del Aseguramiento Universal en Salud, proceso orientado a lograr que toda la población disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación.

En este contexto, cobran importancia los temas de Rectoría, Atención Primaria de la Salud Renovada (APS-R), Trabajo Comunitario y Participación Social en Salud, sustentados en los principios de solidaridad, equidad y cohesión social, entre otros.

Con el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud, se contribuye al logro de los objetivos sanitarios, otorgando un mejor servicio de salud a la persona, familia y comunidad, de forma integral, desde un rol activo que les permita tomar decisiones frente a sus problemas y validar sus derechos.

Para cumplir este reto ambicioso, se ha trabajado, siguiendo una metodología participativa, integradora con todos los actores y sectores claves involucrados en salud, en el ámbito nacional, regional y local; tanto en el nivel político estratégico y operativo, en conformidad con la Hoja de ruta establecida en la Resolución Ministerial N° 520-2010 MINSA que aprueba el Documento Técnico: Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".

Siendo el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención una estrategia de vital importancia para la Reforma del Sistema de salud, es que en su proceso de diseño se valido técnicamente con expertos nacionales e internacionales, se sometió a consulta de las Gobiernos Regionales y sus Consejos Regionales de Salud en el nivel político y social, así como al personal de salud en las redes de servicios de salud en el nivel táctico operativo.

El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención tiene como eje de Reforma el diseño e implementación de un nuevo **Modelo de Atención Integral en Salud, basado en Familia y Comunidad** que prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, el trabajo comunitario extramural, teniendo como eje de intervención en el nivel operativo el abordaje integral holístico de la salud, y las necesidades sentidas y no sentidas de la persona, familia y comunidad y de otro lado el abordaje desde el nivel político de los determinantes de la salud.

En el nivel político el Rol del Estado, en los tres niveles de gobierno; nacional, regional y local, los diferentes sectores del Poder Ejecutivo; así como el Poder Legislativo; y otros actores claves de la sociedad civil involucrados en salud, juegan un papel importante en la situación de salud de la población al impactar en los determinantes de la salud mejorando la realidad socio económica y cultural de la población y orientado el sistema de salud con base en la Atención Primaria de Salud Renovada, para alcanzar este propósito es fundamental el **Fortalecimiento de la Rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en el marco de la Descentralización**.

En el nivel operativo se incorpora en esta propuesta para identificar e intervenir las necesidades sentidas y no sentidas de la persona, familia y comunidad al Equipo de Salud Familiar y Comunitaria conformado por el Médico Cirujano, Licenciado (a) en Enfermería, Obstetra No médico cirujano y el Técnico de Enfermería, agregándose además el trabajo voluntario del Agente Comunitario en Salud con las competencias en Salud Familiar y Comunitaria. Que actuando de manera estrecha con la comunidad desarrolla acciones comunitaria como la sectorización, censo comunal, vigilancia comunal, campañas de salud, entre otros.

Asi mismo, se plantea la reorientación de los servicios hacia la calidad en una red funcional de

atención con articulación sectorial que garanticen la Integralidad y Accesibilidad a la población con oportunidad y calidad en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.

Estos cambios estructurales en el modelo de gestión, organización y atención requieren de un sólido marco jurídico sanitario que le asegure sostenibilidad y viabilidad en el tiempo y los recursos necesarios para su implementación, por ello se plantea un financiamiento equitativo y sostenible que puede estar dado por la capitación de la Atención Primaria de la Salud que privilegie el financiamiento de las actividades de prevención y promoción teniendo como base la atención de la persona familia y comunidad.

Finalmente el plan recoge la experiencia acumulada de las diferentes regiones del país y las Américas que han logrado importantes resultados sanitarios en su comunidad expresados en mejor y más salud de la población y por ende mejor calidad de vida y probabilidad de crecimiento y desarrollo para la persona, la familia, la comunidad y el país.

II.- FINALIDAD

Contribuir a lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

III.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Fortalecer el desempeño del Primer Nivel de Atención de Salud, que permita brindar Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1. Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

3.2.2. Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

3.2.3. Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; y reorientación de los servicios con calidad.

3.2.4. Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel regional y local, a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.

3.2.5. Gestionar el financiamiento interno y externo de manera articulada, para lograr un presupuesto equitativo y sostenible.

IV.- BASE LEGAL

- Ley N° 26300, Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadano.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.

- Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
- Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2002-SA.
- Ley Nº 27658, Ley de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley Nº 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.
- Ley Nº 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley Nº 27785; Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley Nº 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley Nº 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley Nº 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley Nº 29056, Ley Marco del Presupuesto Participativo.
- Ley Nº 28273, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales.
- Ley Nº 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, y Reglamento aprobado por el Decreto Supremo Nº 017-2008-
- Ley Nº 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley Nº 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- Ley Nº 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley Nº 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatorias Decreto Supremo Nº 007-2006-SA, Decreto Supremo Nº 023-2006-SA y Decreto Supremo Nº 003-2010-SA
- Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo Nº 077-2006-PCM, que aprueba las Disposiciones relativas al proceso de Transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales.
- Decreto Supremo Nº 027-2007-SA, que Define y Establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo Nº 056-2008-PCM, que aprueba las "Normas para la documentación oficial de los Ministerios del Poder Ejecutivo y los Organismos Públicos adscritos a ellos".
- Resolución Ministerial Nº 861-95 SA/DM, que aprueba el documento de "Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM, que aprueba los Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 1125-2002-SA/DM, que aprueba la "Directiva para la Delimitación de las Redes y Microrredes de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 638-2003-SA/DM, que aprueba el documento "Delimitación de las Direcciones de Salud, Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud del Ministerio de Salud.

- Resolución Ministerial Nº 729-2003-SA/DM, que aprueba el Documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 668-2004-SA/MINSA, que aprueba el documento "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva".
- Resolución Ministerial Nº 751-2004/MINSA, que aprueba la NT Nº 018-MINSA/DGSP-V.01:"Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 771-2004/MINSA, que aprueba "Las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 974-2004/MINSA que aprueba la Directiva Nº 043-2004-OGDN/MINSA-V.01 Procedimiento para la elaboración de Planes de Respuesta frente a Emergencias y Desastres.
- Resolución Ministerial Nº 1217-2004/MINSA, que autoriza a las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, para que en coordinación con sus respectivos Gobiernos Regionales, revisen y, de ser necesario, modifiquen la actual conformación de Redes y Microrredes de Salud de su Región, considerando los criterios técnicos establecimientos en los "Lineamientos para Delimitación de Redes", aprobado con Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM y la Directiva DGSP-DESS Nº 001-05-2002 aprobada con Resolución Ministerial Nº 1125-2002-SA/DM.
- Resolución Ministerial Nº 1142-2004/MINSA, que aprueba la "Guía para la Categorización de Establecimientos de Salud del Sector Salud".
- Resolución Ministerial Nº 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.
- Resolución Ministerial Nº 566-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos para la Adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización".
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la "Norma Técnica Nº 022-MINSA/DGSP- V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial Nº 598-2005/MINSA, que aprueba la NT Nº 033-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Cultural".
- Resolución Ministerial Nº 633-2005/MINSA, que aprueba la NTS Nº 034-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente".
- Resolución Ministerial Nº 638-2005-MINSA, que aprueba el "Manual de Protocolo del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 826-2005/MINSA, que aprueba "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 897-2005/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº 037-MINSA/OGDN-V.0, para la Señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial 970-2005/MINSA., que aprueba NTS Nº 038-MINSA/DGSP-V.0: "Norma Técnica de Salud para Proyectos de Arquitectura, Equipamiento y Mobiliario de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial Nº 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP-V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 1007-2005/MINSA, que aprueba el documento normativo "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud".

- Resolución Ministerial Nº 246-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Politica Tarifaria en el Sector Salud.
- Resolución Ministerial Nº 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 040-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial Nº 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 042-MINSA /DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Emergencia".
- Resolución Ministerial Nº 402-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables".
- Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial Nº 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 043-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores".
- Resolución Ministerial Nº 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 046-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Etapas de Vida Adulto Mujer y Varón".
- Resolución Ministerial Nº 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- Resolución Ministerial Nº 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 953-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 051- MINSA / OGDN - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre".
- Resolución Ministerial Nº 1077-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial Nº 1147-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor".
- Resolución Ministerial Nº 1204-2006/MINSA, que Establece que la Gestión de la Atención Primaria de la Salud, es el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de salud que se realiza en el ámbito local.
- Resolución Ministerial Nº 366-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Desarrollo de la Función Salud en los Gobiernos Locales".
- Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nº 614-2007/MINSA, que aprueba la Guía de Implementación de los Proyectos Pilotos de Descentralización en Salud a los Gobiernos Locales.
- Resolución Ministerial Nº 072-2008/MINSA, que Modifican la Norma Técnica de Salud NTS Nº 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial Nº 336-2008/MINSA, que aprueba la NTS 065 - MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte asistido de Pacientes por Vía Aérea - Ambulancias Aéreas".
- Resolución Ministerial Nº 337-2008/MINSA, que aprueba la NTS 066- MINSA / DGSP - V.01 "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática".
- Resolución Ministerial N° 366-2009/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias con énfasis en la atención materna y neonatal 2009-2012".
- Resolución Ministerial N° 478-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 081-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a poblaciones Excluidas y Dispersas".

- Resolución Ministerial N° 587-2009/MINSA, que aprueba la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.
- Resolución Ministerial N° 702-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Preparando al Agente Comunitario de Salud para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las Gestantes y de las Niñas y Niños menores de 5 años".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud"
- Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".
- Resolución Ministerial Nº 914-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 021-MINSA/DGSP/V.02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

V.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación en todos los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención a nivel nacional.

VI.- CONTENIDO

6.1 ANTECEDENTES

6.1.1 Contexto

La incorporación de **la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)** después de Alma Ata 1978 ha permitido mejorar la situación sanitaria en los países que la adoptaron. Sin embargo, el mundo y la APS han cambiado drásticamente, el propósito de renovar la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. Es decir se trata de adoptar un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud.

En el Perú existen desiguales oportunidades de enfermar y morir entre sectores de la población, así como en las posibilidades de ser atendidos y sanar. Ello se manifiesta en enormes brechas en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud, lo que es socialmente inaceptable.

El vigente modelo de atención integral en salud, constituye el marco de referencia para la atención de salud en el país, basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y de prevención, recuperación y rehabilitación; siendo el centro del modelo la persona.

El país se encuentra en un período de implementación de reformas sustantivas, entre las que se encuentran la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud.

El proceso de descentralización es un proceso político de distribución democrática del poder entre los ciudadanos del territorio de la nación, para devolverles la capacidad de decidir sobre sus propias vidas.

En el 2002, se inició un proceso de descentralización en el país, con la finalidad de revertir el excesivo centralismo y ampliar la democracia.

La descentralización tiene como finalidad el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los

tres niveles de gobierno, en beneficio de la población.[1]

Actualmente, hay nuevos roles en el marco de la descentralización como en el nivel Nacional la rectoría nacional en salud, la formulación y gestión de políticas nacionales de salud, regulación y provisión de asistencia a gobiernos regionales y locales. Los Gobiernos Regionales pueden formular y gestionar políticas y planes regionales integrales, y actuar como reguladores y fiscalizadores regionales, organizadores de acciones y servicios con gobiernos locales.

El Aseguramiento Universal en Salud, se aprueba en abril de 2009 con la Ley N° 29344 y marca un hito en la definición de las políticas de salud del Perú. El Ministerio de Salud en concordancia con lo establecido por la ley, inicia su proceso de implementación, procediendo a realizar el desarrollo normativo correspondiente y a identificar las zonas de aplicación inicial de esta reforma.

Con el propósito de reducir tanto las barreras de acceso al sistema de salud así como las inequidades en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud el Ministerio de Salud viene promoviendo la aplicación de una política de aseguramiento universal en salud, mediante la cual se establece la obligatoriedad que toda persona del país este afiliada a un tipo de seguro (contributivo o no contributivo). Asimismo, se establece la obligatoriedad de todas las instituciones aseguradoras (públicas o privadas) de financiar como mínimo el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y que éstas sean provistas bajo determinados estándares de calidad y oportunidad por las diferentes redes prestadoras de servicios de salud.

Mediante la implementación de esta política, el Estado busca:

- Garantizar los derechos a la atención de salud de toda la población, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento (contrato social).
- Proteger a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad
- Mantener y mejorar los resultados sanitarios y así contribuir a elevar la productividad del capital humano[2].

El Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el Ministerio de Salud colocó como una de sus principales prioridades de reforma del sistema de salud peruano, el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con énfasis en la Atención Primaria de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, orientada a todo el ámbito país, iniciándose en el 2010 en las regiones pilotos del AUS y descentralización, con el fin de asegurar la oferta de servicios de salud más equitativos, eficientes y de calidad y que respondan a las necesidades y demandas de la población, en un nuevo enfoque de intervención en salud; teniendo como eje central del modelo de atención integral, a la persona, familia y la comunidad.

Para garantizar el derecho a la salud de la población, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales actualmente ofertan a través de redes de servicios de salud 7,469 establecimientos de salud[3], de ellos, 10 son Institutos Especializados, 136 son hospitales; 1,306 Centros de Salud y 6017 Puestos o Postas de Salud. Estos dos últimos tipos de establecimientos (centros y puestos de salud) que representan la oferta del Primer Nivel de Atención constituyen el 98,05% de todos los establecimientos de salud

A continuación se mencionan las principales características de la estrategia de FPNA que recoge todos los aportes del proceso de validación en el nivel nacional, regional y local, con actores claves del ámbito político, estratégico y operativo:

---

[1] Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27783,

[2] Ley de Aseguramiento Universal de la Salud, Ley N° 29344

[3] Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, consultado el día viernes 28 de enero de 2011, http://www.app.minsa.gob.pe/renaes/views/inicio.aspx

- Brinda especial atención a la formación y desarrollo de los recursos humanos, personal de salud, trabajadores comunitarios, gestores.
- Da especial énfasis en el desarrollo de capacidades de gestión óptimas como el Sistema de Información, planificación y evaluación de desempeño principalmente.
- Enfatiza la orientación de los servicios de salud hacia la calidad, basado en la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad que midan eficiencia, efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, así como la implementación de proyectos de mejora continua.
- Desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información oportuna y de calidad, insumo clave para la planificación, monitoreo y evaluación de desempeño, a lo largo de todo el sistema de atención de salud.
- Este sistema de atención debe brindar atención integral, integrada y continua y debe resolver localmente entre el 70 y el 80% de las necesidades básicas más frecuentes en la atención de la salud de la población a lo largo de la vida.
- Debe contar con una organización adecuada en redes funcionales de atención, en el marco del AUS por niveles de atención según complejidad y disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia nacional para atender las necesidades de salud de la población. Un funcionamiento adecuado del Primer Nivel de Atención, unido a un relacionamiento armónico con los otros niveles, le permite resolver a nivel local un elevado porcentaje de problemas de salud, seleccionando y derivando los casos que requieren otros niveles de atención Para esto es condición indispensable mejorar la capacidad de oferta de los servicios de salud.
- Un modelo de atención integral con orientación familiar y comunitaria como ejes principales en el diagnóstico y la planificación y la intervención Se enfatiza en el cambio de paradigma para pasar de la atención recuperativa hospitalaria a la atención preventiva, promocional y atención curativa temprana en el primer nivel de atención. Se refuerza la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de APS por ser más costo efectivo. Se busca una forma de organizar la atención de salud, desde las Familias hasta los hospitales, considerando que la prevención es tan importante como la curación y en la que se inviertan recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.
- Es el mejor espacio donde se establecen los vínculos con la comunidad y el resto de los sectores sociales para el mejor abordaje de los Determinantes Sociales que condicionan el estado de la salud de la población para lo cual desarrolla procesos de intersectorialidad y de participación individual y colectiva.
- La viabilidad y sostenibilidad de este Plan requiere de un sólido respaldo político y compromiso de todos los sectores y actores claves del estado y la sociedad civil, que le asegure los recursos necesarios para su implementación, internos y externos, convencionales y no convencionales. Se propone el financiamiento per cápita de la atención primaria basado en familia y comunidad.
- Así como un fuerte marco jurídico sanitario actualizado y el fortalecimiento institucional adecuado al proceso de descentralización y la implementación del AUS, que le aseguren viabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

6.1.2 Estado de Situación del Primer Nivel de Atención

La Alta Dirección del Ministerio de Salud viene impulsando el "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización", en concordancia con los Lineamientos de Gestión con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada, por lo cual se conformó la Comisión Técnica integrada por representantes de las diferentes Direcciones y Oficinas Generales de Línea del Ministerio de Salud.

Considerando la importancia del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al sistema de salud, el Ministerio de Salud ha priorizado intervenir en este nivel de atención, por lo cual fue muy importante realizar la medición del desempeño de establecimientos seleccionados en las regiones pilotos de Aseguramiento Universal en Salud.

Es así, la Comisión aprobó su Plan de Trabajo y Hoja de Ruta, para el mejor cumplimiento de sus funciones, en el cual establece las actividades, responsables, productos y plazos; cuyos productos alcanzados en la primera etapa fueron:

a) Documento Técnico denominado ***"Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal en Salud con énfasis en la Atención Primaria de la Salud"***

b) ***"Instrumento de Medición del Desempeño de establecimientos del Primer Nivel de Atención",*** para levantamiento de ***Línea de Base*** del estado de situación de los establecimientos del Primer Nivel de Atención, en las regiones pilotos del Aseguramiento.

c) ***Guía del Facilitador Nacional***, que precisa y describe el instrumento de Medición del Desempeño del Primer Nivel de Atención".

d) ***Aplicativo*** en versión Excel para el procesamiento de datos y automatización de la información.

Se realizaron visitas de trabajo de campo para validar los instrumentos y documentos en mención a cinco regiones: Cajamarca, Huancavelica, Ica, Loreto y La Libertad, aportes que fueron recogidos y sistematizados por la Comisión; luego de su formalización fueron aprobados con Resolución Ministerial Nº 520-2010/MINSA.

En ese contexto, se desarrolló la **Línea de Base** con el uso de los instrumento en mención en los establecimientos de salud I-4 con el consecuente procesamiento de datos en el aplicativo e interpretación de resultados en el Tablero de Mando que permite identificar componentes, 20 macroprocesos estándares y procesos claves, con el propósito de enfocar las decisiones sobre aquellos que van a contribuir a mejorar el desempeño institucional; este proceso se ha realizado en conjunto con el equipo de gestión de la Autoridad Sanitaria Regional, Redes de servicios de salud y Jefes o Gerentes de los establecimientos.

El estudio de medición de la **Línea de Base** se desarrolló en el mes de abril del 2010, visitándose 10 Regiones: Apurímac, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Ica, Lambayeque, Loreto, Piura y San Martín, en los cuales se seleccionaron 21 establecimientos de salud públicos categoría I–4 que representan el 55% del total de establecimientos de salud en los ámbitos territoriales pilotos del Aseguramiento Universal de Salud y el 5.5% del total establecimientos del país. (Ver Anexo N° 1)

La metodología utilizada para el desarrollo del estudio de Línea de Base, fue participativa, aplicándose técnicas de grupos focales, entrevista con informantes claves, reuniones técnicas de gabinete y visitas de campo a los establecimientos de salud. Este proceso comprende etapas y momentos que se describen a continuación:

Cuadro N° 01

Etapas y momentos para el desarrollo de la medición de Línea de Base del Primer Nivel de Atención en Salud

N°	ETAPAS	MOMENTOS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	ANTES	PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN	Diseño de Instrumento.	Comisión del Primer Nivel de Atención.
			Validación de Instrumento.	Comisión del Primer Nivel de Atención.
			Formalización	Despacho Ministerial.
			Formación de Equipos de Trabajo.	Comisión del Primer Nivel de Atención.
			Certificación de los Equipos de Trabajo.	Comisión del Primer Nivel de Atención.
2	DURANTE	PRESENTACIÓN ANTE AUTORIDADES REGIONALES	Conferencia Magistral.	Coordinador de Equipo.
		APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	Conformación de Mesas de Trabajo y Visita a los Servicios.	Equipo de Trabajo.
		PROCESAMIENTO DE DATOS Y GENERACION DE REPORTES.	Consolidación de la información encontrada.	Coordinador de Equipo.
		PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	Presentación de resultados y debate.	Equipo de Trabajo.
			Presentación de plan de trabajo.	
			Suscripción de actas de acuerdos.	
3	DESPUES	SEGUIMIENTO Y MONITOREO	Seguimiento al plan de trabajo de corto plazo.	DIRESA, Red y Equipo de Trabajo Inspector.
			Asistencia técnica presencial o no presencial.	

6.1.2.1 RESULTADOS OBTENIDOS

Gráfico N° 01

Resultado consolidado del Tablero de Comando del Primer Nivel de Atención

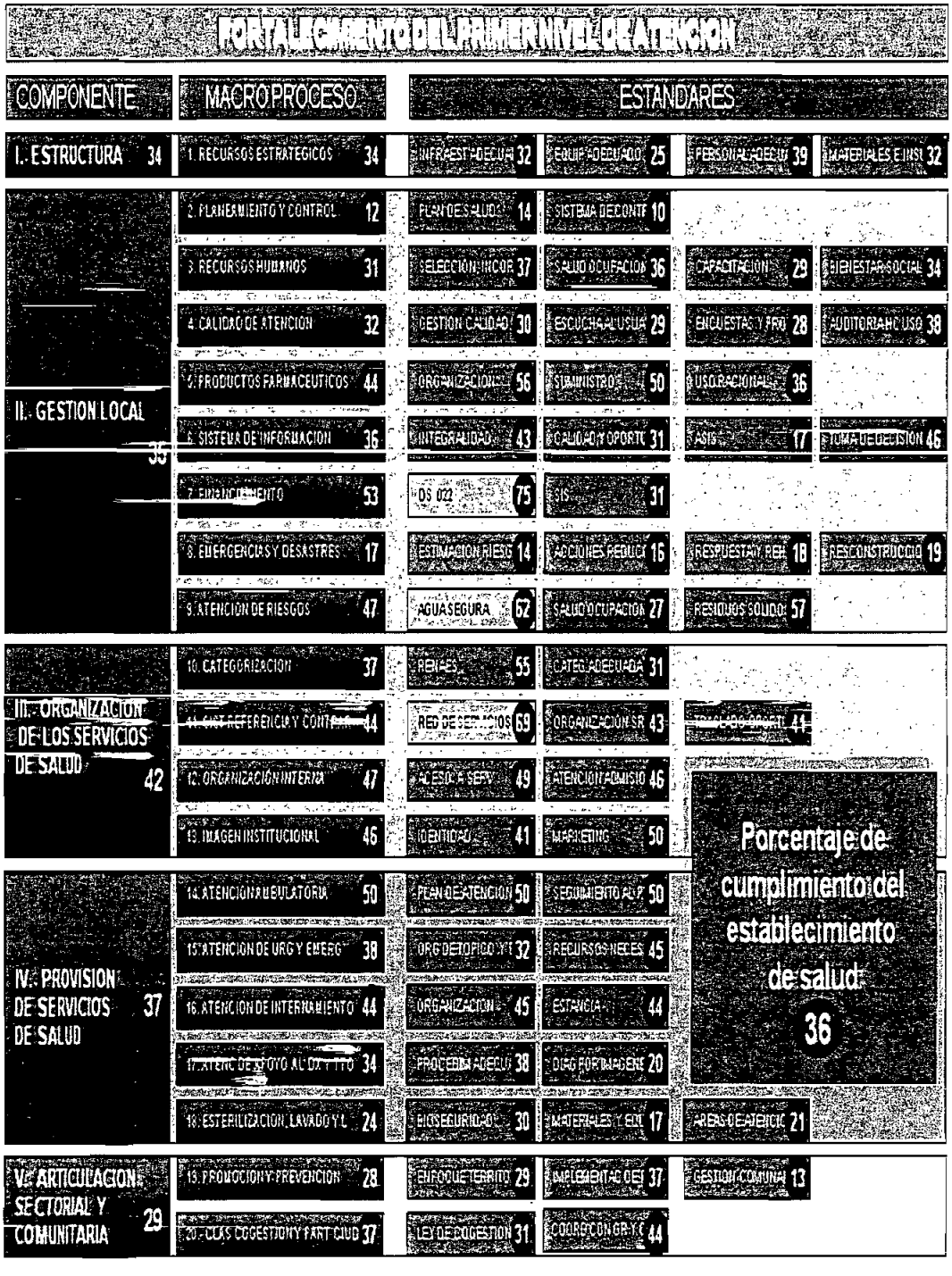
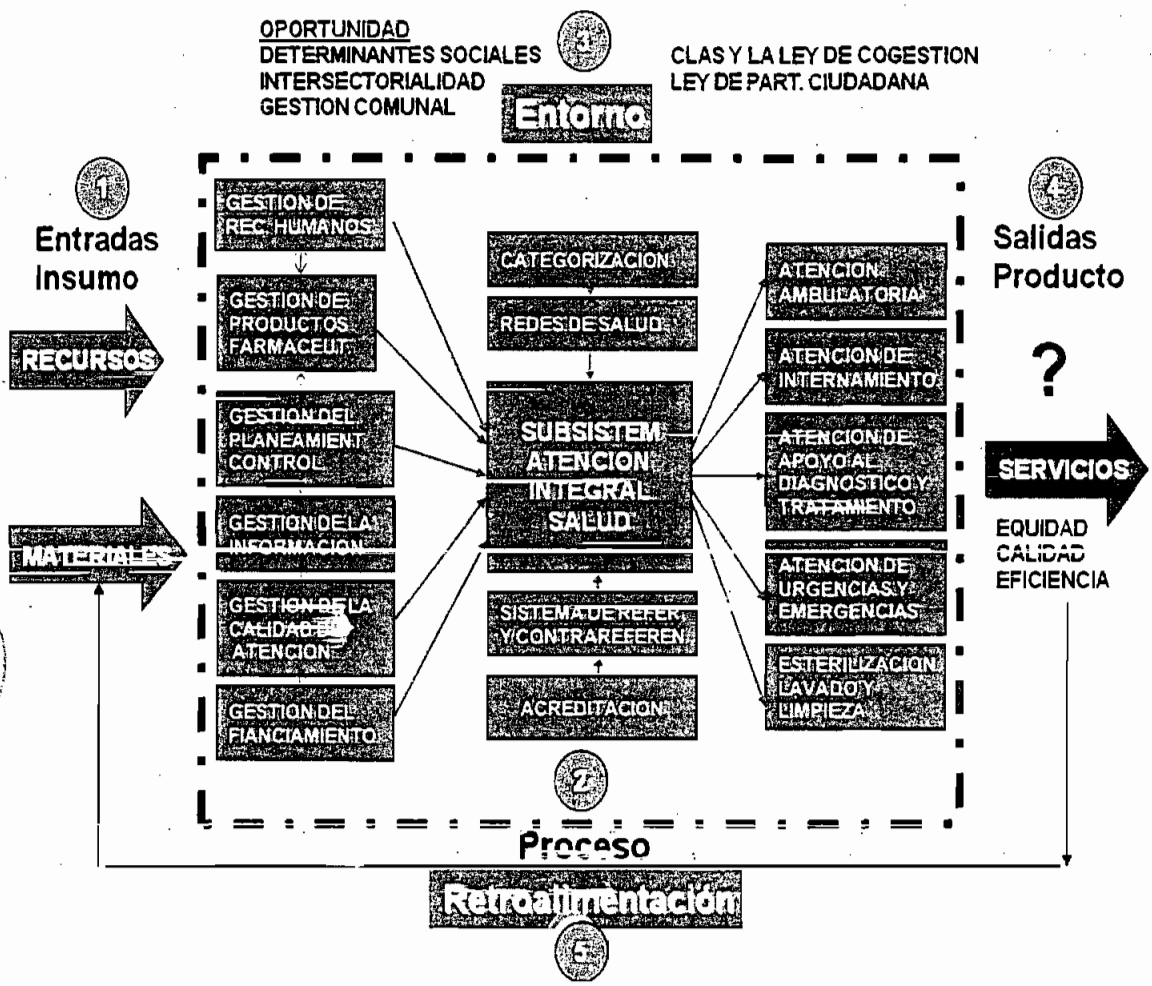


Gráfico N° 02

Componentes del Primer nivel de Atención



El Gráfico N° 01 muestra "El Tablero de Mando" según la técnica de semaforización, que permite el análisis de referencia, que implica la determinación por colores Rojo: Por mejorar, Ámbar: En proceso y Verde: Óptimo.

En este Tablero se visualiza los componentes, macro procesos y estándares inspeccionados, cuyos resultados indican que los establecimientos de salud visitados, no han alcanzado los porcentajes mínimos esperados, es decir, más del 60%; por lo que de acuerdo al Grafico N° 2, visto desde otro ángulo de análisis; el enfoque de la teoría de sistemas, aparecen en rojo tanto los aspectos relacionados a la ENTRADA, recursos disponibles, infraestructura y equipamiento así como materiales e insumos. Los PROCESOS, que fueron ordenados en 20 Macro procesos y 55 estándares, siguiendo el enfoque de la atención integral de salud, no alcanzaron los resultados esperados, De igual manera se muestra que los estándares que se utilizaron para medir la articulación de los servicios de salud con su ENTORNO, es decir la comunidad y otros actores y sectores claves de la sociedad civil, no resultaron con los avances esperados.

6.1.2.2 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

6.1.2.2.1 ANALISIS CUANTITATIVO

Para el presente análisis técnico es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- El instrumento en su estructura y contenidos, fue diseñado en el Ministerio de Salud y recogió el aporte, además de las regiones en mención de los expertos del Ministerio de Salud y la Cooperación Internacional.

- Se aplicó la técnica del semáforo, es decir, más del 80% de cumplimiento, es aceptable, las barras o celdas en los tableros de control se pintaban de color verde, más del 60% de cumplimiento, es calificado como regular, las barras o celdas en los tableros de comando se pintaban de color ámbar y finalmente menos del 60% de cumplimiento, es calificado como no cumple y/o oportunidad de mejora, las barras o celdas en los tableros de comando se pintaban de color rojo.

- El Instrumento fue ponderado en sus componentes, macro procesos y estándares.

- El Instrumento que se aplicó, fue validado, tanto en sus aspectos conceptuales, metodológicos y técnicos, en cinco regiones del país (**Cajamarca, La Libertad, Loreto Huancavelica e Ica**) con más experiencia en aspectos de gestión, organización, prestaciones y trabajo comunitario.

- Los resultados finales de este estudio se presenta en el Informe respectivo y corresponden a las diez regiones visitadas, tanto en los macro procesos, estándares y procesos claves y además se presenta los desagregados por regiones y por establecimientos.

6.1.2.2.2 ANALISIS CUALITATIVO:

El 60% de los procesos claves que no se cumplen, se caracterizan por ser de solución inmediata, de corto plazo (90 días), y mediano plazo (más de un año), que involucran al nivel local y regional en su implementación, con poca inversión de recursos y mejor articulación de esfuerzos, capacidad, voluntad y recursos entre el nivel regional y local del ámbito político con el equipo de salud y la comunidad en el nivel operativo, a continuación se mencionan algunas medidas relacionadas:

a. **DIMENSION TECNICA**

- Capacitar al personal de salud en aspectos de Gestión y organización de servicios, Gerencia, Gobierno y Atención Integral con énfasis en salud familiar y comunitaria y otros temas de relevancia local (derechos en salud, Interculturalidad, entre otros).
- Desarrollo de perfiles de competencias.
- Proveer y organizar los recursos minimos (personal, materiales e insumos) y el equipamiento básico para la atención.
- Asegurar el diseño e implementación de un Plan de Mantenimiento Preventivo y recuperativo de equipos e infraestructura de acuerdo a su categoría.
- Estimación de la brecha estructural de infraestructura y equipamiento, análisis de costos.
- Formular el Plan Integral Rector de Inversiones en salud de Infraestructura y Equipamiento que priorice el primer nivel de atención.
- Renovación del Modelo de Atención Integral de Salud teniendo como base de la planificación y acción la Familia y Comunidad.

b. DIMENSION SOCIAL

- Promover el Empoderamiento ciudadano en sus deberes y derechos (participación en la definición de prioridades, políticas locales y vigilancia ciudadana).
- Promover la conformación y participación de las instancias de articulación local y comunal.
- Intensificar el trabajo extramural, sectorización y censos comunales en el marco de la Atención Integral de Salud.
- Impulsar la abogacía regional, local y comunal, para poner en la agenda local como prioridad el tema de salud.
- Definición de prioridades sanitarias concertadas, planes concertados, diseño de sistemas de vigilancia ciudadana a partir de la identificación de necesidades de la Persona, Familia y Comunidad.
- Fortalecer la organización local y comunal (redes sociales, sectorización, Sistema de Vigilancia Comunitaria, SIVICOS, agentes comunitarios, Comités de desarrollo Comunitario en Salud, CODECOS).

c. DIMENSION NORMATIVA

- Generar mayor conocimiento del personal de la normatividad vigente en aspectos de gestión, organización, financiamiento y provisión de servicios, así como de las reformas del aseguramiento y descentralización en salud.
- Actualizar las normas vigentes, que sean necesarias, en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud.
- Fortalecer el control y asistencia técnica al personal de salud en el cumplimiento de los documentos normativos por la instancia correspondiente. (Autoridad Sanitaria Regional y Red de Servicios de Salud).
- Diseño de nuevo marco jurídico sanitario en temas de relevancia nacional, regional y local en el marco Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud.

d. DIMENSION POLITICA

- Mayor involucramiento y voluntad política del equipo de gestión local y regional.
- Promover la generación de Políticas Públicas Saludables para favorecer cambio en la población, estilos de vida y entornos saludables.
- Voluntad política del gobierno regional y local expresada en mayores recursos e inversión para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.
- Incremento del presupuesto de inversión pública en salud en los presupuestos participativos del nivel regional y local, así como del gobierno nacional para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

6.1.2.3 CONCLUSIONES:

6.1.2.3.1 Generales: (en función a los componentes y macro procesos)

- El Primer Nivel de Atención no está asumiendo en forma adecuada su rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud por su débil funcionamiento y su interrelación con los otros

niveles de atención, expresión que refleja las debilidades del sistema de salud peruano, lo que restringe la solución de las demandas y necesidades de la población a menos del 80%, teniendo esta última un comportamiento orientado a buscar atención principalmente cuando se siente haber perdido la salud, es decir cuando se está enfermo, motivando un comportamiento similar en los servicios de salud dirigido a atender el daño, rebasando por ende su capacidad de atención y resolución

- El financiamiento del Primer Nivel de Atención, siempre fue escaso, dándosele mayor prioridad a fortalecer la capacidad resolutiva en los hospitales y con ello la función curativa del sistema de salud y por ende de alto costo. Esta realidad no garantiza de manera integral el conjunto de insumos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de estándares de gestión, organización y prestación de servicios de salud lo que trae como consecuencia su débil funcionamiento y capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población en desmedro del cumplimiento de políticas tan importantes como las relacionadas a la implementación de la APS y el AUS.

- El desempeño y rendimiento de los recursos humanos no está en su real dimensión para alcanzar los objetivos deseados por la institución. Esto ocasionado por falta de políticas adecuadas de desarrollo de recursos humanos en los últimos años, relacionados a la dotación de recursos humanos con equidad, desarrollo de capacidad y condiciones laborables mínimas para el buen cumplimiento de sus funciones.

- Débil capacidad de gestión local institucional del equipo de salud en aspectos de Gerencia, Planeamiento y Control, Calidad de Atención, Medicamentos, Recursos Humanos, Información, Emergencias y Desastres, Atención Integral de Salud, Riesgos de la Atención, y Financiamiento, relacionada con el párrafo anterior.

- La organización de los establecimientos de salud responde limitadamente a las necesidades y demandas de la población; Infraestructura sanitaria con poca capacidad resolutiva, Inadecuado criterios de Categorización, Redes desarticuladas, Sistema de referencia y contrarreferencia ineficaces por escasa implementación y organización del sistema de transporte, comunicación e información en todos los niveles de atención y la organización interna del establecimiento no sigue el modelo de atención integral de salud de ofrecer confort, privacidad y continuidad de la atención.

- Débil articulación de los servicios de salud con su entorno, sectores y actores claves de la sociedad civil y comunidad organizada.

- Débil participación ciudadana en los procesos de gestión pública y cuidado de su salud así como a su desarrollo individual, comunal y local.

- Débil marco regulatorio jurídico sanitario, por falta de control y financiamiento para su implementación, así como por inoperancia de algunas normas tanto en el nivel nacional como regional en el actual contexto de la descentralización y aseguramiento universal.

- Escaso sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño integral del Primer Nivel de Atención, carencia de sistemas de información estandarizados y/o tableros de control que permitan evaluar la implementación de políticas tan importantes como la atención integral de salud en el nivel regional.

- Finalmente un débil desempeño del Primer Nivel de Atención e implementación de los principios y funciones de la APS, ocasionado por todo lo antes descrito.

6.1.2.3.2 Específicas: (en función al cumplimiento de los estándares)

El tablero de comando general (gráfico N° 01), muestra en una vista panorámica los resultados alcanzados, por componentes, macro procesos y estándares, encontrándose como promedio general de cumplimiento de estándares en los establecimientos visitados del 36%, lo cual significa que a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años y más aún con la implementación del aseguramiento, para acortar la brecha de necesidades e insatisfacción de la población, histórica y siempre postergada en el primer nivel de atención, todavía no se alcanzan los resultados esperados Sin embargo hay que destacar y resaltar que en este esfuerzo, se nota el avance significativo de los establecimientos de salud ubicados en los Gobiernos Regionales de Apurímac, Callao y Huancavelica, que alcanzaron los mejores resultados en esta medición y donde se ha implementado el AUS, por lo tanto mayor inversión en Infraestructura, equipamiento y Recursos Humanos, así como los materiales e insumos para la atención.

Se puede establecer las siguientes conclusiones específicas en función al cumplimiento de los estándares:

- Solo el 32% de establecimientos de salud visitados disponen de la Infraestructura, de acuerdo a la categoría asignada.
- Solo el 25% de establecimientos de salud visitados disponen de equipamiento, de acuerdo a la categoría asignada.
- Solo el 39% de establecimientos de salud visitados disponen de Recursos Humanos, de acuerdo a la categoría asignada.
- Solo el 32% de establecimientos de salud visitados disponen de los materiales e insumos para realizar la atención regular.
- Débil capacidad de gestión del equipo de salud, para los procesos de planeamiento y conducción del establecimiento (14%).
- Débil capacidad de gestión para el diseño e implementación de mecanismo e instrumentos de control gerencial (10%).
- Débil capacidad de gestión y organización del establecimiento de salud para los procesos de selección e incorporación de personal (37%).
- Escasas acciones de salud ocupacional y protección del prestador del establecimiento (36%).
- Escasos recursos humanos capacitados, con énfasis en la Atención Integral de Salud, para realizar las prestaciones de salud (29%).
- Escasas acciones de bienestar social desarrolladas por los establecimientos de salud visitados, para el personal de salud (24%).
- Débil organización de los establecimientos para realizar acciones de gestión de la calidad. (37%)
- Escasos mecanismos para responder a las expectativas y necesidades de los usuarios. (29%)
- Escasas evaluaciones de la satisfacción del usuario interno y externo (28%)

- Escasas acciones de mejora de la calidad. (28%).
- Escasos mecanismos de evaluación de las Historias clínicas y el uso de las Guías de Práctica Clínica. (38%)
- Débil organización del establecimiento para el manejo adecuado de medicamentos e insumos, antes de su dispensación. (56%).
- Escasas acciones de los establecimientos de salud visitados, para realizar los pedidos, recepción, almacenamiento y gestión de inventarios de manera eficiente, segura y confiable. (50%)
- Escasas acciones de los establecimientos de salud visitados para el uso adecuado de productos farmacéutico, dispositivos médicos y productos sanitarios. (36%)
- Débil gestión Integral de la información. (43%)
- Débil capacidad de análisis del equipo de salud de la veracidad, confiabilidad y oportunidad de la información. (31%)
- Solo el 17% de establecimientos de salud visitados realiza anualmente el análisis de situación de salud.
- Débil promoción de una cultura de toma de decisiones basada en información. (46%)
- Regular ejecución y rendición de los presupuestos asignados (Seguro Integral de Salud y el Decreto Supremo 022-2009) según normatividad vigente. (75%)
- Solo el 31% de los establecimientos de salud visitados utiliza los reembolsos del SIS de manera adecuada según normatividad vigente.
- Solo el 14% de los establecimientos de salud visitados adoptan acciones para la estimación de riesgos.
- Solo el 16% de los establecimientos de salud visitados adoptan las acciones para la reducción de riesgos, vulnerabilidades, prevención y preparación.
- Solo el 18% de los establecimientos de salud visitados disponen de estrategias y medios para la respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.
- Solo el 19% de establecimientos de salud visitados disponen de estrategias y medios para la reconstrucción posterior ante emergencias y desastres.
- Se garantiza de manera regular la disponibilidad de agua segura. (62%)
- Solo el 16% de establecimientos de salud visitados ha definido un programa de seguridad y salud ocupacional.
- Solo el 52% de los establecimientos de salud visitados garantiza la disposición adecuada de residuos sólidos.
- Solo el 31% de establecimientos de salud visitados cumple con los criterios mínimos para la categoría asignada de los establecimientos de salud.
- El establecimiento de salud integra formalmente una red y microrred de salud. (69%)

- Débil organización de los establecimientos de salud visitados, para referir pacientes y recibir contrarreferencia. (43%)
- Débil organización de los establecimientos de salud visitados, para asegurar un traslado oportuno y seguro al paciente. (41%)
- Débil organización de los establecimientos de salud visitados, para brindar acceso a los usuarios en todos los servicios. (49%)
- Débil organización de los establecimientos de salud visitados, para brindar el proceso de admisión a los usuarios con oportunidad, continuidad, privacidad, confidencialidad y confort. (46%)
- Débil organización de los establecimientos de salud visitados, para cumplir con los Lineamiento de identidad Institucional visual acorde a la norma vigente. (41%)
- Cumplimiento parcial de los establecimientos de salud visitados, con los estándares de comunicación y difusión institucional. (50%)
- Las unidades prestadoras brindan parcialmente el Plan integral de salud a los usuarios según etapas de vida. (46%)
- Se realiza, parcialmente, el seguimiento a los planes de atención integral y se tiene un mecanismo de recuperación para garantizar su cumplimiento. (48%)
- Débil organización del servicio de tópico o emergencia para brindar la atención a usuarios en situación urgencias y emergencias. (31%)
- Los recursos necesarios para el tópico y área de emergencia, son insuficiente para brindar atención al usuario en forma inmediata. (45%)
- Débil organización en el área de internamiento de los establecimientos de salud visitados, para brindar la atención de usuarios. (31%)
- Solo el 44% de establecimientos de salud visitados garantizan, en el área de internamiento, la estancia adecuada del paciente.
- Solo el 38% de establecimientos de salud visitados realizan, procedimientos de patología clínica de acuerdo a su capacidad resolutiva.
- Solo el 20% de establecimientos de salud visitados realizan, procedimiento de diagnóstico por imágenes de acuerdo a su capacidad resolutiva.
- Solo el 30% de los establecimientos de salud visitados aplican las medidas de bioseguridad, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Solo el 17% de establecimientos de salud visitados está organizado e implementado, para realizar procedimientos de desinfección y esterilización de materiales y equipos.
- Solo el 21% de establecimientos de salud visitados está organizado e implementado, para realizar la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente.
- Solo el 29% de establecimientos de salud visitados fortalece la gestión local con enfoque territorial.

- Débil organización de los establecimientos de salud visitados para realizar el trabajo comunitario en salud. (37%)

- Solo el 13% de establecimientos de salud visitados promueve la gestión comunal para realizar el trabajo comunitario en salud.

- Los establecimientos de salud CLAS trabajan, parcialmente, en el marco de la Ley de Cogestión y Participación Ciudadana. (31%)

- Los establecimientos de salud CLAS coordinan, parcialmente, acciones de salud con el gobierno regional y local de su jurisdicción. (44%)

6.1.2.4 RECOMENDACIONES

Para el planteamiento de las siguientes recomendaciones, se ha asociado y articulado los procesos claves, estándares y macro procesos de los componentes de gestión, organización, prestación de los servicios de salud y su articulación con la comunidad.

6.1.2.4.1 Recomendaciones Generales en función a los Componentes y Macro procesos

- El sistema de salud, a través del Primer Nivel de Atención debe asumir la puerta de entrada al sistema de salud por lo que es su responsabilidad fortalecer su funcionamiento e interrelación con los otros niveles de atención, lo que permitirá ampliar la solución de las demandas y necesidades de la población a más del 80%.

- El Estado (Gobierno nacional, regional y local) debe proveer el financiamiento equitativo y sostenible y garantizar de manera integral la función de producción, es decir el conjunto de recursos, insumos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de estándares de gestión, organización y prestación de servicios e salud, en pro del cumplimiento de políticas tan importantes como las relacionadas a la implementación de la Atención Integral de Salud y el AUS.

- Fortalecer el desarrollo de capacidades de los Recursos Humanos y se constituya en el actor protagónico para alcanzar los objetivos deseados por la institución.

- Fortalecer la capacidad de gestión local institucional en aspectos de Gerencia, Planeamiento y Control, Calidad de atención, Medicamentos, Recursos Humanos, Información, Emergencias y Desastres, Atención Integral de Salud. Riesgos de la Atención, y Financiamiento.

- El Estado (Gobierno nacional, regional y local) debe fortalecer la organización de los establecimientos de salud para responder a las necesidades y demandas de la población; esto significa: Incremento de la capacidad resolutiva, categorización de los establecimiento en un nuevo escenario de priorizar las funciones más que las estructuras, diseño de Redes Funcionales de Atención con articulación sectorial, sistemas de referencia y contrarreferencia más eficaces y la organización interna del establecimiento que debe seguir el modelo de atención integral de salud ofrecer confort, privacidad y continuidad de la atención.

- La provisión de servicios de salud, debe enmarcarse en la atención integral de salud tanto en la consulta ambulatoria, atención de internamiento, atención de urgencias y emergencias, así como asegurar las condiciones adecuadas de esterilización, lavado y

limpieza de las áreas, materiales y equipos para la atención, promoviendo la orientación de los servicios hacia la calidad de la atención.

- Reorientar los servicios de salud, teniendo como ejes de intervención para la atención integral de salud la Familia y la Comunidad.
- Los servicios de salud deben mejorar su relación de coordinación, consenso y articulación con los diferentes sectores y actores claves de la sociedad civil y comunidad organizada, promoviendo la participación ciudadana en el cuidado de su salud.
- Fortalecer el marco regulatorio jurídico sanitario vigente, promoviendo su actualización en el marco del aseguramiento universal, descentralización en salud.
- Impulsar mayor control de la normatividad vigente para su implementación en el nivel regional.
- Diseño e implementación de sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño integral del Primer Nivel de Atención que mida periódicamente sus avances en pro de los objetivos institucionales y promueva la toma de decisiones con eficacia y eficiencia.
- Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención teniendo como eje central los principios y valores de la APS - R en un nuevo modelo renovado de la atención integral de salud.

6.1.2.4.2 Recomendaciones Específicas en función a los estándares

- La Autoridad Sanitaria Regional debe estimar la brecha de Infraestructura, Equipamiento y Recursos Humanos, con análisis de costos.
- Diseñar un Plan Maestro Concertado de Inversiones en salud, con los niveles de Gobierno Regional y Local.
- Priorizar la atención del plan en el corto plazo, en el área materna infantil y nutricional, así como en los daños priorizados en el nivel local, regional y nacional.
- Involucrar a los Gobiernos Regionales y Locales para la sostenibilidad, expresado en mayores recursos para la inversión en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.
- Orientar la dotación de los recursos humanos en los ámbitos del aseguramiento.
- Asistencia técnica de la Autoridad Sanitaria Regional en aspectos de planeamiento y control gerencial.
- Disponer de un sistema de control gerencial que permita la retroalimentación y medición del desempeño de los establecimientos del primer nivel de atención.
- La Autoridad Sanitaria de Salud y la Red de servicios de salud deben impulsar programas de salud ocupacional y protección del prestador del establecimiento.
- Promover el intercambio de experiencia exitosas de los equipos de salud en la Atención Integral de Salud, para realizar las prestaciones de salud.
- Impulsar acciones de bienestar social para el personal de salud.

- Diseño de un Programa Integral de Capacitación Aplicada, en aspectos de Gerencia, Gobierno y Atención Integral de Salud basada familia y comunidad, incluyendo programas de inducción.

- Promover la estabilidad y continuidad de los profesionales capacitados en el establecimiento de salud, microrred y red de servicios de salud.

- Fortalecer la organización de los establecimientos para realizar acciones de gestión de la calidad.

- Fortalecer la implementación de la norma técnica de acreditación, para la garantía de la calidad, y enfatizar el trato digno y seguridad del paciente, en el marco del AUS.

- Implementar la mejora del desempeño y las buenas prácticas en la atención materna e infantil, así como en otras prioridades nacionales, regionales y locales.

- Impulsar el desarrollo de proyectos de mejora continua de la calidad.

- Fortalecer la organización del establecimiento de salud para el manejo adecuado de medicamentos e insumos, antes de su dispensación.

- Promover las acciones del establecimiento de salud, para realizar los pedidos, recepción, almacenamiento y gestión de inventarios de manera eficiente, segura y confiable.

- Fortalecer las acciones del establecimiento para el uso adecuado de productos farmacéutico, dispositivos médicos y productos sanitarios.

- Desarrollar la gestión Integral de la información.

- Institucionalizar el análisis de la información en todos los niveles.

- Realizar anualmente el análisis de situación de salud.

- Promover una cultura de toma de decisiones basada en información.

- Involucrar en mayor medida a la Autoridad Sanitaria Regional o quien haga sus veces, en el monitoreo de la ejecución, rendición y calidad del gasto de las diferentes fuentes de financiamiento.

- El estado debe asegurar los reembolsos pendientes del Seguro Integral de Salud, así como el nivel operativo asegurar la utilización adecuada de estos reembolsos.

- Desarrollar capacidades en el equipo de salud, en la gestión y organización de las Emergencias y Desastres.

- Fortalecer la articulación entre los niveles de gobierno.

- Promover de manera permanente la disponibilidad de agua segura.

- Diseñar un programa de seguridad y salud ocupacional.

- Promover la disposición final adecuada de residuos sólidos, en coordinación con los gobiernos locales y regionales.

- Elaborar el marco normativo para las Redes Funcionales de Atención en el marco del AUS.

- Fortalecer la organización de las redes de servicios de salud y de los establecimientos de salud, para referir pacientes asegurando un traslado oportuno y seguro del paciente, y recibir contrarreferencia.

- Alinear la normatividad sanitaria vigente en el marco del AUS.

- Implementar los procesos de organización de los establecimientos de salud, de admisión a los usuarios con oportunidad, continuidad, privacidad, confidencialidad y confort.

- Mayor protagonismo de la Autoridad Sanitaria Regional para fortalecer la organización de los establecimientos y cumplir con los Lineamientos de Identidad Institucional visual.

- Impulsar el cumplimiento de los establecimientos de salud, con los estándares de comunicación y difusión institucional.

- Promover la revisión del documento normativo de Atención Integral de Salud, enmarcarlo en la APS - R y alinearla en el marco del AUS y Descentralización en Salud.

- Promover el intercambio de prestaciones de salud entre los diferentes prestadores e impulsar mecanismos y estrategias para fortalecer su implementación.

- Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar.

- Fortalecer la organización del área de emergencia de los establecimientos de salud para brindar la atención a usuarios en situación urgencias y emergencias.

- Disponer de los recursos necesarios suficientes para el área de emergencia, a fin de brindar atención al usuario en forma inmediata.

- Fortalecer la organización del área de internamiento para la estancia adecuada del paciente.

- Asegurar la dotación de insumos y equipamiento para realizar los procedimientos de patología clínica y diagnóstico ecográfico de acuerdo a la capacidad resolutiva.

- Asegurar los insumos y materiales para el cumplimiento de las medidas de bioseguridad, en los establecimientos, de acuerdo a la normatividad vigente.

- Asegurar los insumos y desarrollo de capacidades para la organización e implementación de los procedimientos de desinfección, esterilización y limpieza.

- Desarrollar capacidades en los equipos de gestión de los establecimientos en la gestión local con enfoque territorial.

- Desarrollar capacidades en gestión comunal en el personal de salud para realizar el trabajo comunitario en salud. (sistema de vigilancia comunal, organización de Agentes Comunitarios de Salud, Redes sociales, entre otras).

- Establecer mayor acercamiento y estrategias de articulación y consenso entre Gobierno Regional, Gobierno Local, los servicios de salud con la comunidad en el marco de la Ley de Cogestión y Participación Ciudadana.

- Establecer mecanismos más efectivos de monitoreo y control en el desempeño de los CLAS en el marco de la ley de Cogestión y Participación Ciudadana por la Autoridad Sanitaria de Salud.

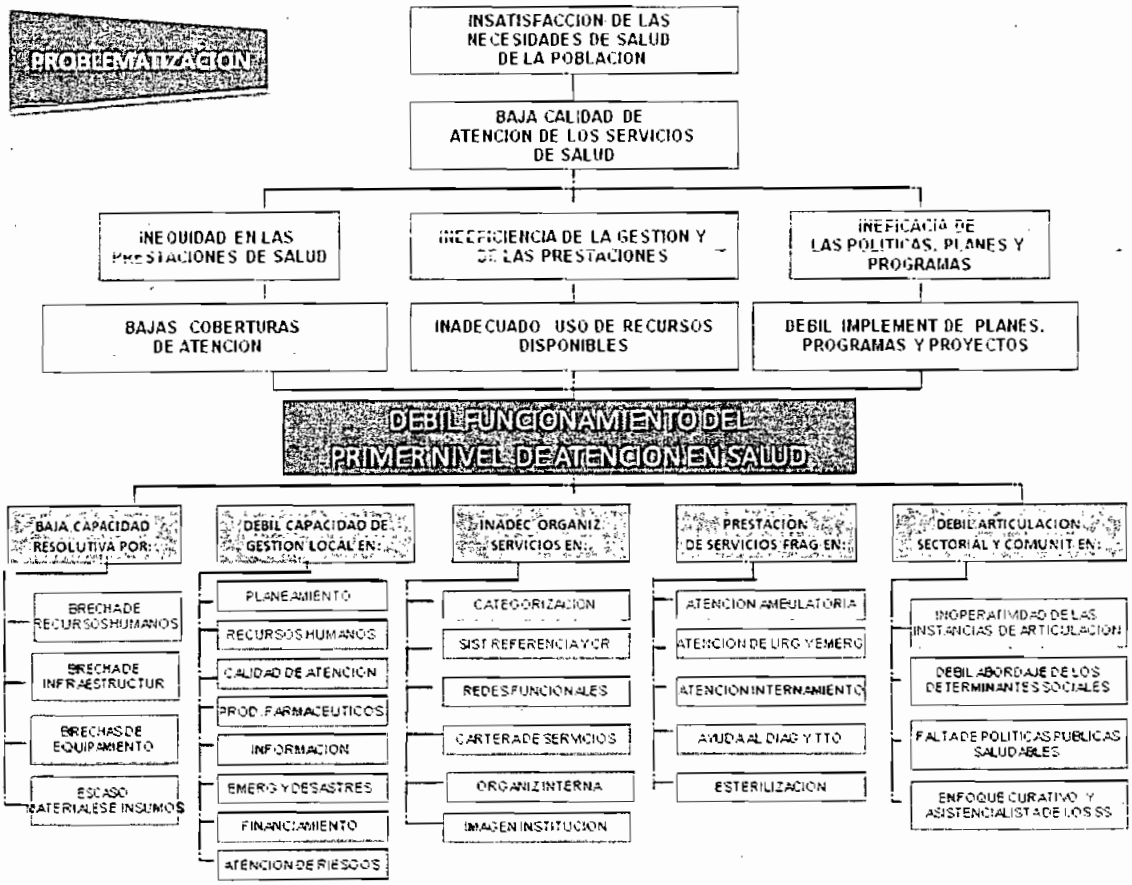
6.2 JUSTIFICACIÓN

El estudio de línea de base de medición de desempeño de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención ha evidenciado como problema su débil funcionamiento.

A través de la metodología de problematización mediante la técnica del árbol de problemas, Gráfico N° 03, se han identificado como causas, las brechas en recursos humanos, equipamiento e infraestructura, débil capacidad de gestión local institucional, inadecuada organización de los servicios de salud, prestación de servicios fragmentados y débil articulación sectorial y comunitaria. Este débil funcionamiento del Primer Nivel de Atención trae como efectos bajas coberturas de atención y aumento de la exclusión, inadecuado uso de recursos disponibles, y una débil implementación de programas y proyectos en salud. Esto a su vez ocasiona la inequidad en las prestaciones, ineficiencias de la gestión e ineficacia de las políticas que han convergido en la baja calidad de la atención de los servicios de salud y la insatisfacción de las necesidades de la población.

Gráfico N° 03

Problematización del Primer Nivel de Atención en Salud

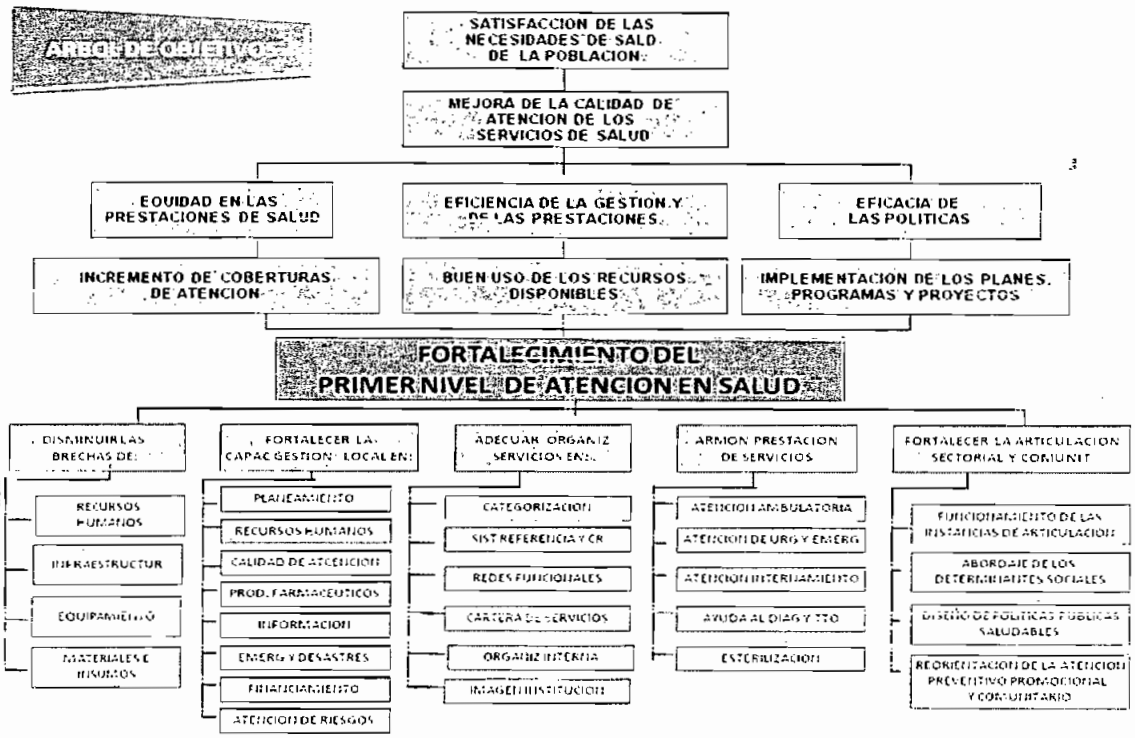


Definida la problemática del desempeño del Primer Nivel de Atención, se procedió a desarrollar el árbol de objetivos, estableciéndose los objetivos, los medios para alcanzarlos y la finalidad que debe llevar a satisfacer las necesidades y demandas de la población (Gráfico 04).

Además del análisis de determinar cuáles son los factores críticos claves que podemos intervenir como sistema, es decir los modificables y cuáles son los factores críticos donde tenemos pocas posibilidades de intervención y reconocer los factores no modificables, se han generado estrategias las que deben considerarse en planes, programas y proyectos de corto mediano y largo plazo.

Gráfico N° 04

Árbol de Objetivos del Primer Nivel de Atención en Salud



Finalmente se puede concluir que la problemática en el Primer Nivel de Atención es estructural, reconociendo como factores causales, el déficit de presupuesto que repercuten en las brechas de la oferta de servicios de salud, y en el no cumplimiento de los procesos claves en la gestión, organización y prestación de los servicios de salud, que redunda definitivamente en la salud de la población.

En el contexto del AUS y Descentralización en Salud, es pertinente prestar mayor atención al FPNA, toda vez que representa más del 90% de la Infraestructura Sanitaria del país y la puerta de entrada al sistema de salud y en donde tienen que resolverse más del 80% de las necesidades y demandas de la población.

El presente Plan Nacional busca fortalecer el Primer Nivel de Atención de salud brindando atención integral de salud basado en la familia y la comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad; disminuyendo las brechas existentes en la oferta de servicios de salud, mejorando la capacidad de gestión local institucional, adecuando la organización de los servicios a las necesidades y demandas de la población, mejorando la prestación de salud con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, reorientación de los servicios con calidad de salud, y fortaleciendo la articulación sectorial y comunitaria a través de la participación ciudadana

en los procesos de gestión y cuidado de la salud.

El logro de ello permitirá incrementar las coberturas de atención y disminuir la exclusión, mejorar el uso de los recursos disponibles, implementar planes, programas y proyectos en salud, buscando la equidad en las prestaciones, eficiencia de la gestión y eficacia de las políticas públicas; mejorando así, la calidad de atención en los servicios de salud que logre la satisfacción de las necesidades de la población.

6.3 PRINCIPIOS, VALORES Y ENFOQUES DEL PLAN NACIONAL

6.3.1 Los Principios

Los principios que sirven de guía al presente plan nacional recogen ampliamente los establecidos en la Atención Primaria de Salud Renovada, y se enmarcan en lo establecido en el Plan Nacional Concertado de Salud y en el documento normativo de Atención Integral de Salud y son los siguientes:

- La Integralidad
- La Atención Continua
- La Universalidad al Acceso
- La Equidad
- La Calidad
- La Eficiencia
- El Respeto a los Derechos de las Personas
- La Participación y Promoción de la Ciudadanía
- La Descentralización en Salud

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia intersectorial que integra la organización de los sistemas de atención a la salud y el desarrollo social, para actuar sobre los determinantes de la salud, bajo principios de:

- Equidad
- Justicia social
- Respeto a la Diversidad Cultural
- Cobertura y Acceso Universal
- Promoción de la salud y Prevención de Enfermedades
- Atención Oportuna y Resolutiva
- Empleo de Tecnologías apropiadas e impulso a la Participación Social y Comunitaria.

Finalmente, para obtener un mínimo nivel de eficiencia, el arquetipo prestatario de la APS deberá contar con un sistema mancomunado de apoyo, incluyendo otras disciplinas y como también un eficiente sistema de administración, suministros (materiales y medicamentos), transporte, comunicaciones, sistemas de información, y mantenimiento. Pero, sólo será practicable si dicho sistema se encuentra garantizado por un claro compromiso político y mantenido con recursos financieros adecuados.

A partir del examen de los conceptos y componentes de la APS y la evidencia de su impacto, este documento, recoge las lecciones aprendidas de las experiencias de la APS y de las reformas de

los sistemas de salud, las adapta a la realidad peruana y coloca este conjunto de valores, principios y elementos esenciales como el gran referente del sistemas de salud peruano y por ende del presente Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Que se describen en el gráfico N° 01.

6.3.2 Los Valores

Los valores sobre el cual se enmarca este documento son recogidos del modelo de atención integral de salud en el Perú y los que guía a la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R).

- Derecho
- Equidad y
- Solidaridad

Un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del ***derecho*** a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la ***equidad*** y la ***solidaridad*** del sistema.

Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más "globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos" para conseguir mejoras equitativas en materia de salud.

6.3.3 Los Enfoques

Los enfoques del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención son:

6.3.3.1 El Enfoque de Derechos

El enfoque de **derechos humanos** para la política de salud es una opción para superar las inequidades, tanto en los resultados como en el acceso a los servicios de salud en materia de garantía del derecho a la salud, el reto es lograr el acceso universal y equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud Por tanto, se requiere combinar, de manera consciente y sistemática, el esfuerzo colectivo para redistribuir los recursos disponibles en la sociedad y, al mismo tiempo, reconocer las diferencias entre las personas. Esta combinación entre redistribución y reconocimiento se basa en la articulación de principios que sustentan la política de salud de la actual gestión del gobierno peruano.

El enfoque de derechos implica asumir las obligaciones del Estado en todas sus dimensiones: esto es, la adopción inmediata de medidas, con el máximo de recursos disponibles y la prioridad de las poblaciones más vulnerables, la no discriminación y la no regresividad de los avances en materia de realización de los derechos.

Por ende si se pretende disminuir las desigualdades injustas y evitables en este campo es necesario entender la salud como un bien público, un derecho humano esencial, por su conexidad con la vida, obligación del Estado y responsabilidad social, que se realiza en la interdependencia de la realización de otros derechos humanos, y en particular, de los derechos a la vida, a la asistencia sanitaria integral, a las condiciones para el bienestar y a la participación.

El presente plan está concebido para asumir el compromiso de respetar e invocar la libertad de las personas para tomar aquellas decisiones que van a ocasionar repercusiones en su salud, teniendo en cuenta sus preferencias, valores y creencias, sin ningún tipo de presión o coacción.

6.3.3.2 El Enfoque de Género

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas. las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social. cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas sanitarias distintas no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalecientes. La salud del hombre se ve a menudo amenazada por afecciones asociadas a las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo y al consumo de tabaco, alcohol o drogas (la incidencia del cáncer, las enfermedades y lesiones cardiovasculares son las mayores causas de mortalidad masculina).

En cambio, muchos de los riesgos principales en la salud de la mujer están vinculados con su biología reproductiva. Su salud es más frágil durante el embarazo (riesgos de anemia, malnutrición. hepatitis, malaria, diabetes, entre otros).

En términos generales la esperanza de vida para las mujeres es mayor que para los hombres. Si bien las hipótesis analizadas para explicar este fenómeno son varios: motivos genético-biológicos. medio ambiente, factores económicos y culturales, aspectos sociales, entre otros; aún no se ha llegado a un consenso al respecto. La excepción se presenta en algunos países asiáticos en donde la mortalidad femenina es mayor debido al limitado acceso de las mujeres a los servicios médicos a causa de creencias religiosas y normas culturales.

A pesar de que la cobertura de los servicios de salud, en particular en el área rural es muy deficiente, es interesante señalar que la atención pública en cuestiones de planificación familiar y los servicios ofrecidos en relación a salud materno-infantil se han ampliado, beneficiando no sólo a las madres, sino a niños(as) y a mujeres adultas en general.

Durante los últimos años, el Estado peruano ha subrayado la importancia de dar prioridad a la problemática de género en la planificación de políticas y estrategias de desarrollo. De esta forma, se han definido objetivos y mecanismos específicos en las áreas de desarrollo sostenible y han establecido metas y tácticas para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres en materia de distribución de recursos y acceso a las oportunidades de la vida económica y social. Igualmente, se ha llegado a un consenso acerca del vínculo fundamental existente entre la temática de género y el desarrollo sostenible.

El PNFPNA, en concordancia con las políticas sociales vigentes, reconoce la necesidad de promover e impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer en el contexto de la igualdad de género, como un acto de justicia social, impulso al cambio social, incremento de la calidad de vida y el bienestar de las personas y las familias de nuestro país.

6.3.3.3 El Enfoque de Interculturalidad

El Perú es un país multicultural, pluriétnico y multilingüe. El PNFPNA promueve la consideración y el respeto a todas las formas culturales, étnicas y lingüísticas existentes en cuanto a sus hábitos y costumbres en sus procesos de salud y enfermedad y la complementariedad entre la llamada medicina occidental y saberes como la medicina indígena y otras como la acupuntura.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último. el más complejo de desarrollar implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y

responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad.

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud. Al respecto, Berlin y Fowkes señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: *"escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar"*. Una segunda estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

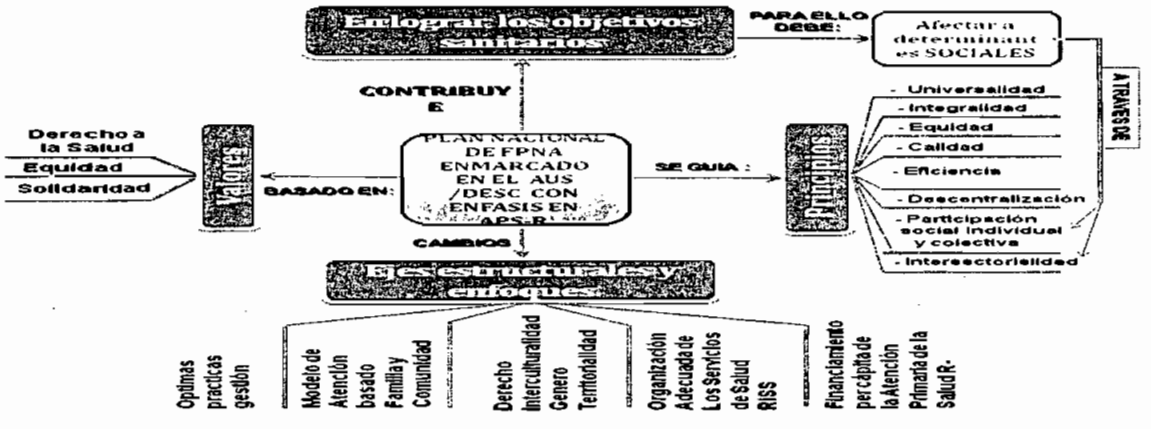
La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. La investigación médico etnográfica da cuenta, por ejemplo, de la escasa adherencia a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el paciente o en oposición a su marco de creencias.

6.3.3.4 El Enfoque Territorial

El territorio no solo se concibe como un espacio físico y geográfico sino como un espacio de relaciones entre los diferentes actores y sectores claves de la sociedad civil, sus organizaciones, instituciones, el medio ambiente, las formas de producción, distribución y consumo, tradiciones e identidad cultural, Es por ello que progresivamente adquiere importancia la concepción del desarrollo focalizado en unidades territoriales. El territorio o la dimensión espacial están adquiriendo relevancia en la formulación y ejecución de las políticas de desarrollo, acompañadas de procesos de descentralización, democratización, autonomía municipal y desarrollo local con enfoque participativo.

Gráfico N° 05:

Principios, Valores y Enfoques



6.4 EJES DE INTERVENCION

6.4.1 LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADA EN FAMILIA Y COMUNIDAD

El **MAIS-BFC** propone una mirada integral sobre el proceso salud enfermedad y se orienta a la mejoría de la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. Ello porque entiende que la salud y la enfermedad no están separadas de la persona; ni ésta de su medio ambiente. Siempre, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, están involucrados entre sí. Es la perspectiva biopsicosocial

Desarrollar un modelo de intervención en salud basado en la persona, familia y comunidad y en los principios de APS dentro del marco de AUS, que incluya acciones de Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Diagnóstico Precoz, Tratamiento Oportuno, Protección Específica, complementado con las demás atenciones en salud en los diferentes niveles de atención y complejidad, especialmente para los problemas sanitarios específicos priorizados, implica conocer, depurar y adaptar conceptos, medios, e interacciones complejas.

Estas interacciones van desde el trabajo con la persona y la familia en su localidad y con la participación de la comunidad, hasta la acción del gobierno local, regional y nacional, donde los servicios de salud se ubican para fortalecer la cohesión social y el capital humano, actuando de esta manera sobre los determinantes de la salud, para brindar como fin supremo bienestar con equidad y desarrollo sostenible.

Para el nuevo MAIS-BFC, la APS se constituye como el primer punto de contacto que las personas tienen con la red de servicios de salud, por tanto su fortalecimiento es esencial. Esto implica que en todos los **Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención**, el fortalecimiento debe estar centrado en la formulación e incorporación de un nuevo enfoque en la totalidad de estos establecimientos de APS y cuyo propósito es acentuar la dimensión familiar y comunitaria en el quehacer de los equipos de salud de los establecimientos de salud. Este es el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad **(MAIS-BFC)**.

En el MAIS-BFC se revelan algunas características:

- Centrado en la **Familia,** porque ubica a la familia en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado.
- Propone una **relación horizontal y co-responsable** entre el equipo de salud y las personas. Por un lado, las capacidades de ambos se suman al servicio del mejor cuidado de la salud y por otro, el equipo de salud recomienda o indica pero son las personas quienes se hacen cargo de las decisiones cotidianas que determinan la calidad del cuidado de su salud
- Incorpora la **participación de la comunidad** porque entiende que la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no se limita a las personas que un equipo de salud tiene a su cargo, sino que se extiende a las comunidades a las que pertenecen.
- Proporciona **cuidados continuos de salud**, a personas, familias y comunidad mediante la conformación de equipos básicos de salud, denominados Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria aplicados en sectores territoriales y garantizados por la red de servicios de salud.
- Se orienta a la **obtención de resultados en salud**, efectivos para la población y resolutivos para la persona en la solución de sus problemas de salud.

Implementar el MAIS-BFC representa la Transición de un modelo de ser:

- Recuperativo y Curativo hacia acciones preventivos promocional.
- Asistencialista a un enfoque comunitario de corresponsabilidad social
- Hospitalario a ser guiado por los principios la Atención Primaria de la Salud Renovada
- De mirar la salud relacionada solo a la presencia de enfermedad a un enfoque bio-sicosocial
- De una organización fragmentada a redes de servicios de salud.
- De intentar cambiar la situación de salud de la población interviniendo desde la oferta y en el nivel operativo a buscar modificar el comportamiento de la demanda interviniendo e impactando en los determinantes de la salud desde el nivel político a través del estado.

Esto significa romper paradigmas históricos, tradicionales de Modelos de Atención de Salud basado en un enfoque curativo predominante en los establecimientos de salud, generado principalmente por el comportamiento de la demanda al solo buscar atención cuando se siente haber perdido la salud y no antes, cuando se está sano pero expuesto a factores de riesgos o con enfermedad subyacente, induciendo de esta manera a la oferta a que se adecue a ella para satisfacerla, en un comportamiento similar de recuperación y rehabilitación de la enfermedad o el daño.

El Sistema de Salud no está preparado para identificar estas necesidades no percibidas por la población y solo interviene y atiende las necesidades percibidas y de manera parcial. es decir la enfermedad y el daño. Sin embargo, esta situación tanto en la oferta como en la demanda está fuertemente influenciada por una realidad socio económica dependiente del nivel político que va mas allá del trabajo denodado y sacrificado de los establecimientos de salud y que actúa en los determinantes de la salud y en la demanda.

El MAIS-BFC, busca identificar precisamente estas necesidades percibidas y no percibidas en la población, condiciones de riesgos y potencialidades en su etapa pre patogénica, teniendo como eje de intervención para la planificación y la acción a la Persona, Familia y Comunidad, pero además propone actuar desde el nivel político con el diseño e implementación de Política Sociales Integrales y con enfoque de equidad que influyen directamente en los determinantes de la salud, orientando para ello, esfuerzos, capacidades y recursos a mejorar la realidad socio económica y sanitaria del país, Esto permitirá modificar la demanda de manera progresiva y especialmente en sus conductas y estilos de vida y permitirá un mejor trabajo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la oferta de salud y por ende de un Modelo de Atención Integral basado en la APS - R esto significa privilegiar la Prevención Primaria, Promoción de la Salud y Protección Especifica en la etapa Pre patogénica. Sin embargo cuando se rompe el equilibrio agente-huésped-vector y la persona entra a un periodo patogénico, también se puede hacer prevención para evitar las complicaciones y discapacidades, a estos niveles de prevención se denominan, prevención secundaria y terciaria.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCIÓN TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.1 Implementación y desarrollo de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud.										
	1.1.1.1 Diseño de un Plan de Implementación de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS renovada.	X	X			X	X	X	X	X
	1.1.1.2 Incorporar en la agenda política de los espacios de concertación regional y local el modelo de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos.	X	X			X	X	X	X	X
1.1.2 Diseño e implementación de la gestión de la Salud Ocupacional de los trabajadores del Primer Nivel de Atención y trabajadores de otros sectores.										
	1.1.2.1 Diseño de un Plan de Salud Ocupacional de los trabajadores de Salud del Primer Nivel de Atención contemplado en el Plan Operativo, en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.1.2.2 Disposición de medidas de protección laboral para el trabajador enfatizando: protección contra enfermedades ocupacionales, medidas de protección biológica, vigilancia de accidentes punzocortantes, evaluación de las medidas de respuesta.				X	X	X	X	X	X
1.1.3 Fortalecimiento de la gestión y Planificación estratégica de la Gestión de los Recursos Humanos en el marco del AUS y la descentralización.										
	1.1.3.1 Desarrollar el análisis situacional de Recursos Humanos en Salud en forma periódica para la gestión descentralizada de Recursos Humanos.		X			X	X	X	X	X
	1.1.3.2 Contar con la identificación de brechas de Recursos Humanos en Salud para el primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades locales de salud.	X	X		X	X	X	X	X	X
	1.1.3.3 Contar con un plan de Dotación de Recursos Humanos en Salud para el Primer Nivel de Atención en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X		X	X	X	X	X	X

(*) MR: Microrred, caracteristica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.1 Implementación y desarrollo de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud.										
	1.1.1.1 Diseño de un Plan de Implementación de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS renovada.	X	X			X	X	X	X	X
	1.1.1.2 Incorporar en la agenda política de los espacios de concertación regional y local el modelo de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos.	X	X			X	X	X	X	X
1.1.2 Diseño e implementación de la gestión de la Salud Ocupacional de los trabajadores del Primer Nivel de Atención y trabajadores de otros sectores.										
	1.1.2.1 Diseño de un Plan de Salud Ocupacional de los trabajadores de Salud del Primer Nivel de Atención contemplado en el Plan Operativo, en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.1.2.2 Disposición de medidas de protección laboral para el trabajador enfatizando: protección contra enfermedades ocupacionales, medidas de protección biológica, vigilancia de accidentes punzocortantes, evaluación de las medidas de respuesta.				X	X	X	X	X	X
1.1.3 Fortalecimiento de la gestión y Planificación estratégica de la Gestión de los Recursos Humanos en el marco del AUS y la descentralización.										
	1.1.3.1 Desarrollar el análisis situacional de Recursos Humanos en Salud en forma periódica para la gestión descentralizada de Recursos Humanos.		X			X	X	X	X	X
	1.1.3.2 Contar con la identificación de brechas de Recursos Humanos en Salud para el primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades locales de salud.	X	X		X	X	X	X	X	X
	1.1.3.3 Contar con un plan de Dotación de Recursos Humanos en Salud para el Primer Nivel de Atención en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X		X	X	X	X	X	X

(*) MR: Microrred, característica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.1 Implementación y desarrollo de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud.										
	1.1.1.1 Diseño de un Plan de Implementación de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS renovada.	X	X			X	X	X	X	X
	1.1.1.2 Incorporar en la agenda política de los espacios de concertación regional y local el modelo de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos.	X	X			X	X	X	X	X
1.1.2 Diseño e implementación de la gestión de la Salud Ocupacional de los trabajadores del Primer Nivel de Atención y trabajadores de otros sectores.										
	1.1.2.1 Diseño de un Plan de Salud Ocupacional de los trabajadores de Salud del Primer Nivel de Atención contemplado en el Plan Operativo, en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.1.2.2 Disposición de medidas de protección laboral para el trabajador enfatizando: protección contra enfermedades ocupacionales, medidas de protección biológica, vigilancia de accidentes punzocortantes, evaluación de las medidas de respuesta.				X	X	X	X	X	X
1.1.3 Fortalecimiento de la gestión y Planificación estratégica de la Gestión de los Recursos Humanos en el marco del AUS y la descentralización.										
	1.1.3.1 Desarrollar el análisis situacional de Recursos Humanos en Salud en forma periódica para la gestión descentralizada de Recursos Humanos.		X			X	X	X	X	X
	1.1.3.2 Contar con la identificación de brechas de Recursos Humanos en Salud para el primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades locales de salud.	X	X		X	X	X	X	X	X
	1.1.3.3 Contar con un plan de Dotación de Recursos Humanos en Salud para el Primer Nivel de Atención en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X		X	X	X	X	X	X

(*) MR: Microrred, característica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.1 Implementación y desarrollo de la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud.										
	1.1.1.1 Diseño de un Plan de Implementación de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS renovada.	X	X			X	X	X	X	X
	1.1.1.2 Incorporar en la agenda politica de los espacios de concertación regional y local el modelo de Gestión Descentralizada de Recursos Humanos.	X	X			X	X	X	X	X
1.1.2 Diseño e implementación de la gestión de la Salud Ocupacional de los trabajadores del Primer Nivel de Atención y trabajadores de otros sectores.										
	1.1.2.1 Diseño de un Plan de Salud Ocupacional de los trabajadores de Salud del Primer Nivel de Atención contemplado en el Plan Operativo, en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.1.2.2 Disposición de medidas de protección laboral para el trabajador enfatizando: protección contra enfermedades ocupacionales, medidas de protección biológica, vigilancia de accidentes punzocortantes, evaluación de las medidas de respuesta.				X	X	X	X	X	X
1.1.3 Fortalecimiento de la gestión y Planificación estratégica de la Gestión de los Recursos Humanos en el marco del AUS y la descentralización.										
	1.1.3.1 Desarrollar el análisis situacional de Recursos Humanos en Salud en forma periódica para la gestión descentralizada de Recursos Humanos.		X			X	X	X	X	X
	1.1.3.2 Contar con la identificación de brechas de Recursos Humanos en Salud para el primer nivel de atención de acuerdo a las necesidades locales de salud.	X	X		X	X	X	X	X	X
	1.1.3.3 Contar con un plan de Dotación de Recursos Humanos en Salud para el Primer Nivel de Atención en el marco de la Atención Integral de Salud con enfoque de APS - R	X	X		X	X	X	X	X	X

(*) MR: Microrred, característica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.4 Generación e implementación de estrategias para la mejora del clima organizacional en los establecimientos de salud.										
	1.1.4.1 Disponer de Proyectos mejora continua del Clima Organizacional del personal de salud.		X	X		X	X	X	X	X
	1.1.4.2 Disponer de acciones de bienestar social para el desarrollo integral del personal de salud.			X		X	X	X	X	X
	1.1.4.3 Disponer de mecanismos de participación de los trabajadores en la gestión del establecimiento de salud.			X		X	X	X	X	X
	1.1.4.4 Disponer de espacios de información y comunicación con el personal en forma permanente.		X	X		X	X	X	X	X
1.1.5 Implementación y Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en el uso de herramientas e instrumentos para el abordaje de la atención integral basada en salud familiar y comunitaria.										
	1.1.5.1 Incorporar en el Plan de Desarrollo de Capacidades la actividad educativa de Uso de la Historia Clínica por etapa de vida, carpeta familiar, Guías de Práctica Clínica.				X	X				
1.1.6 Implementación de planes de Asistencia Técnica para la promoción de la salud, prevención de daños y prestación.										
	1.1.6.1 Contar con un plan de asistencia técnica enfatizando las áreas educacionales críticas de acuerdo a las necesidades de los ES para el corto y mediano plazo en el marco de la descentralización, la AIS con enfoque de APS renovada.	X	X	X		X				
	1.1.6.2 Disponer de paquetes de asistencia técnica en promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y prestación.	X				X	X	X	X	X
	1.1.6.3 Desarrollar el sistema de información de asistencia técnica en salud de acuerdo al modelo de atención integral.	X	X		X	X				
	1.1.6.4 Disponer de la evaluación de la asistencia técnica.	X	X		X	X	X	X	X	X

(*) MR: Microrred, característica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.1: RECURSO HUMANO.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR(*)	2011	2012	2013	2014	2015
1.1.7 Implementación de estrategias para incorporar en la agenda de los niveles de gobierno regional y local las intervenciones en gestión de Recursos Humanos.										
	1.1.7.1 Agendar el tema de Recursos Humanos en los espacios de desarrollo regional y local. Se encuentra incorporado en el plan de Desarrollo Local intervenciones relacionadas a estrategias de Recursos Humanos en Salud.		X	X	X	X	X	X	X	X
1.1.8 Fortalecimiento de las capacidades con criterio de equidad a gerentes y jefes de redes de servicios de salud, microrredes (*) y equipos de salud en aspectos de Gerencia y Gobierno en Salud, y Atención Integral con enfoque de APS renovada.										
	1.1.8.1 Disponer de un Plan de Desarrollo de Capacidades en Salud en el marco de la Descentralización, Aseguramiento Universal y la AIS con enfoque de salud familiar.	X	X		X	X				
	1.1.8.2 Disponer del Plan Básico Esencial de Capacitación para la atención materna infantil.	X	X		X	X				
	1.1.8.3 Disponer de Programas Estratégicos de Capacitación (PREG, CIRHUS, DEGIS, PREC, Diplomatura y Especialización Salud Familiar).	X				X				
	1.1.8.4 Disponer de una mesa de trabajo para implementar el plan de Desarrollo de Capacidades con la Universidad, SERVIR, Cooperación Externa según nivel.	X	X		X	X				
	1.1.8.5 Disponer de sedes docentes para la capacitación en servicio en centros modelos de AIS calificadas y acreditadas de acuerdo a la normatividad.	X	X		X	X				
	1.1.8.6 Disponer de sedes docentes con instituciones educativas y salud calificadas y acreditas de acuerdo a la normatividad.	X	X			X				
	1.1.8.7 Disponer de un Sistema de Información de Desarrollo de Capacidades.	X	X			X	X			
	1.1.8.8 Creación de la Escuela de Salud Pública.	X					X			

(*) MR: Microrred, característica de las Redes de Servicios de Salud pertenecientes a los Gobiernos Regionales y de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.2: ACCESO A MEDICAMENTOS.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.2.1 Desarrollo de Mecanismos para fortalecer la gestión de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, a nivel local, regional y nacional.										
	1.2.1.1 Desarrollar acciones para una adecuada gestión de la información de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X			X	X	X	X	X
	1.2.1.2 Fortalecer las competencias del Recurso Humano (RRHH) para la gestión administrativa y sanitaria regional y local de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2.2 Fortalecer la Institucionalización del servicio farmacéutico (disposición de medicamentos en los establecimientos públicos).										
	1.2.2.1 Realizar acciones de sensibilización y abogacía en los gobiernos regionales para que los servicios farmacéuticos del subsector público MINSA sean considerados servicios de interés en salud pública y reciban financiamiento del tesoro público.	X	X			X				
	1.2.2.2 Realizar la gestión para que los servicios farmacéuticos del subsector público MINSA sean considerados servicios de interés en salud pública y reciban financiamiento del tesoro público.	X				X				
1.2.3 Organización de los servicios farmacéuticos para la adecuada provisión, almacenamiento, dispensación y expendio de productos farmacéuticos que garanticen su uso racional y seguridad del paciente en el marco del AUS y descentralización.										
	1.2.3.1 Diseñar la organización y funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos en las regiones de salud para una adecuada provisión de servicios farmacéuticos, tanto del sector público como privado	X				X	X	X	X	X
	1.2.3.2 Implementar el modelo de organización y funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos en las regiones de salud para una adecuada provisión de servicios farmacéuticos, tanto del sector público como privado	X	X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.2: ACCESO A MEDICAMENTOS.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.2.3 Organización de los servicios farmacéuticos para la adecuada provisión, almacenamiento, dispensación y expendio de productos farmacéuticos que garanticen su uso racional y seguridad del paciente en el marco del AUS y descentralización.										
	1.2.3.3 Desarrollar acciones para una gestión eficiente del suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según la organización de los establecimientos farmacéuticos en el ámbito regional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.2.3.4 Desarrollar acciones para el uso racional de productos farmacéuticos según la organización de los establecimientos farmacéuticos en el ámbito regional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.2.4 Fortalecimiento del acceso a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de oferta limitada, ausente o por efectos de las patentes para garantizar un adecuado abastecimiento y uso racional.										
	1.2.4.1 Desarrollar estudios sobre la oferta limitada, ausente o por efectos de las patentes de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X				X				
	1.2.4.2 Desarrollar acciones y estrategias para mejorar el acceso a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de oferta limitada, ausente o por efectos de las patentes.	X				X				
	1.2.4.3 Implementar acciones y estrategias orientadas a mejorar el acceso a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de oferta limitada, ausente o por efectos de las patentes.	X				X				
1.2.5 Fortalecimiento de la articulación sectorial, multisectorial y comunitaria de las competencias regionales y locales para reducir el comercio ilegal, contrabando y falsificación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.										
	1.2.5.1 Desarrollar acciones y estrategias para fortalecer la articulación sectorial y multisectorial a nivel regional y local, para reducir el comercio ilegal, contrabando y falsificación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X	X	X	X				
	1.2.5.2 Desarrollar acciones de lucha contra el comercio ilegal, contrabando y falsificación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X	X	X	X				

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.2: ACCESO A MEDICAMENTOS.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.2.6 Desarrollo del enfoque de responsabilidad social a nivel de proveedores y distribuidores de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.										
	1.2.6.1 Realizar estudios y levantar línea de base de la responsabilidad social asumida, actualmente, por los proveedores y distribuidores de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X				X				
	1.2.6.2 Desarrollar acciones de sensibilización y abogacía con los actores sociales, políticos y técnicos claves para promover el enfoque de responsabilidad social a nivel de proveedores y distribuidores de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.	X	X	X		X				
	1.2.6.3 Promover el enfoque de responsabilidad social a los proveedores y distribuidores de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X	X		X	X	X		
1.2.7 Fortalecimiento del fondo rotatorio para la operatividad del SISMED a nivel regional y local.										
	1.2.7.1 Realizar estudios de la estructura de costos de la gestión de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en el ámbito nacional, regional y local.	X				X				
	1.2.7.2 Implementar estrategias orientadas a la revitalización del fondo rotatorio del Sistema de Suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en el ámbito nacional y regional.	X	X			X				
	1.2.7.3 Realizar acciones de sensibilización y abogacía a nivel de los gobiernos regionales para fortalecer el fondo rotatorio del Sistema de Suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	X	X			X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.3: GESTION ARTICULADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.3.1 Establecer alianzas estratégicas entre la Autoridad Sanitaria Regional con la Red de establecimientos del primer nivel de atención y los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención en aspectos de planeamientos estratégico.										
	1.3.1.1 La Autoridad Sanitaria Regional debe iniciar este proceso de planeamiento estratégico convocando a los prestadores y a la sociedad civil.		X			X				
	1.3.1.2 Definir el marco conceptual, metodológico e instrumental para el planeamiento estratégico participativo e integral.		X			X				
	1.3.1.3 Definir compromisos entre todos los actores involucrados, prestadores, usuarios, proveedores de alcanzar resultados sanitarios estratégicos y operativos.		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.1.4 Diseñar y suscribir convenios de Acuerdos de gestión entre los actores involucrados, enmarcados en las prioridades sanitarias y sociales del ámbito territorial correspondiente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3.2 Asegurar la implementación de los planes estratégicos a través de la aprobación de los planes operativos anuales que incluya fuentes de financiamiento local regional y la cooperación externa.										
	1.3.2.1 Diseñar planes intergubernamentales que aseguren su viabilidad política, social y económica.	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.3.2.2 Promover el trabajo en equipo con la sociedad civil, prestadores y demás actores involucrados en salud en el cumplimiento de las acciones programadas.		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.2.3 Reconocer y motivar el cumplimiento de metas a través de política de incentivos y estímulos a todo el personal involucrado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3.3 Diseñar un sistema de control gerencial que articule el desempeño del primer nivel de atención y los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención(hospitalarios) y la Dirección Regional de Salud / Dirección de Salud según el rol que le corresponda acorde a la normatividad vigente.										
	1.3.3.1Diseñar instrumentos integrales de medición del desempeño de los servicios de salud en el primer nivel de atención y su articulación con el segundo y tercer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de la salud.	X	X	X		X				

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.3: GESTION ARTICULADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.3.1 Establecer alianzas estratégicas entre la Autoridad Sanitaria Regional con la Red de establecimientos del primer nivel de atención y los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención en aspectos de planeamiento estratégico.										
	1.3.1.1 La Autoridad Sanitaria Regional debe iniciar este proceso de planeamiento estratégico convocando a los prestadores y a la sociedad civil.		X			X				
	1.3.1.2 Definir el marco conceptual, metodológico e instrumental para el planeamiento estratégico participativo e integral.		X			X				
	1.3.1.3 Definir compromisos entre todos los actores involucrados, prestadores, usuarios, proveedores de alcanzar resultados sanitarios estratégicos y operativos.		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.1.4 Diseñar y suscribir convenios de Acuerdos de gestión entre los actores involucrados, enmarcados en las prioridades sanitarias y sociales del ámbito territorial correspondiente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3.2 Asegurar la implementación de los planes estratégicos a través de la aprobación de los planes operativos anuales que incluya fuentes de financiamiento local regional y la cooperación externa.										
	1.3.2.1 Diseñar planes intergubernamentales que aseguren su viabilidad política, social y económica.	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.3.2.2 Promover el trabajo en equipo con la sociedad civil, prestadores y demás actores involucrados en salud en el cumplimiento de las acciones programadas.		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.3.2.3 Reconocer y motivar el cumplimiento de metas a través de política de incentivos y estímulos a todo el personal involucrado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.3.3 Diseñar un sistema de control gerencial que articule el desempeño del primer nivel de atención y los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención(hospitalarios) y la Dirección Regional de Salud / Dirección de Salud según el rol que le corresponda acorde a la normatividad vigente.										
	1.3.3.1Diseñar instrumentos integrales de medición del desempeño de los servicios de salud en el primer nivel de atención y su articulación con el segundo y tercer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de la salud.	X	X	X		X				

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.3: GESTION ARTICULADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.3.3 Diseñar un sistema de control gerencial que articule el desempeño del primer nivel de atención y los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención (hospitalarios) y la Dirección Regional de Salud / Dirección de Salud según el rol que le corresponda acorde a la normatividad vigente.										
	1.3.3.2 Fortalecer la calidad y oportunidad de la fuente de información, a través de la mejora de sus procesos y modernización de sus herramientas e instrumentos para automatizar la información.		X	X		X				
1.3.4 Implementación del Plan Rector de Inversión Pública en Salud con énfasis en Atención Primaria de Salud Renovada, articulado con los diferentes niveles de gobierno.										
	1.3.4.1 Actualización de la Categorización de los establecimientos de salud para generar los proyectos de inversión pública en salud con criterio de equidad y énfasis en el primer nivel de atención	X	X		X					
	1.3.4.2 Priorizar la implementación del Plan Rector en los establecimientos de salud con mayores brechas de infraestructura y equipamiento y necesidades de salud	X	X	X		X	X	X	X	X
	1.3.4.3 Alinear los presupuestos internos y externos en función al Plan Rector de Inversión Pública en Salud y en correspondencia con el PNFPNA.	X	X	X		X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.4: SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION GERENCIAL.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		N	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.4.1 Modernización de la gestión del sistema de información en salud en los diferentes niveles de atención: (Organización, Equipamiento, recurso humano capacitados, estandarización de procesos: herramientas informáticas, instrumentos registro, acopio, control de calidad, de envio y recepción de la información)										
	1.4.1.1 Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, dotándoles de herramientas estandarizadas necesarias para el registro, acopio, control de calidad, de envio y recepción de la información.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.4.1.2 Diseño de un Balanced Scordcard (tablero de Comando Integral) que contenga información estratégica para la toma de decisiones con oportunidad y eficiencia.	X	X				X			
	1.4.1.3 Equipar con sistema informático y equipo de computo, internet progresivamente los establecimientos del primer nivel de atención.									
	1.4.1.4 Modernizar el sistema HIS-MIS en función del nuevo modelo de atención integral basado en familia y comunidad, priorizando las actividades preventivo promocionales.	X	X	X		X	X	X	X	X
1.4.2 Diseño, actualización e implementación de la Ficha Familiar, en el contexto del nuevo modelo de atención basado en familia y comunidad.										
	1.4.2.1 Diseño del formato de aplicación de la ficha familiar, que recoja el diagnostico de salud y social de la persona, familia y comunidad.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	1.4.2.2 Validación técnica y social del Ficha Familiar por el nivel operativo.	X	X				X			
	1.4.2.3 Sensibilización y capacitación en sus usos de la Ficha Familiar al equipo de salud de familia y comunidad.	X	X	X		X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.4: SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION GERENCIAL.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.4.3 Institucionalizar la aplicación de la Guía de Desempeño del Primer Nivel de Atención.										
	1.4.3.1 Transferencia de competencias teórico práctico a las DIRESAs de la Guía de Desempeño del Primer Nivel de Atención.	X	X							
	1.4.3.2 Formalizar la aplicación del Instrumento de medición de desempeño del Primer Nivel de Atención en el nivel nacional, regional y local.	X								
	1.4.3.3 Aplicación periódica del Instrumento de medición del desempeño del Primer Nivel de Atención por la DIRESA, y Red de servicios de salud.					X	X	X	X	X
1.4.4 Incorporar en el sistema HIS Mis el nuevo enfoque de atención integral basado en familia y comunidad para el registro de las actividades intramurales y extramurales										
	1.4.4.1 Formalizar el diseño de una nueva versión del sistema HIS Mis enmarcado en el AUS y con énfasis en la atención integral de salud basado en familia y comunidad	X	X			X				
	1.4.4.2. Actualización del sistema de registro del HIS Mis, que priorice e incorpore actividades preventiva promocionales no prevista, en el marco de la APS - R basada en Familia y Comunidad.	X	X			X				

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.

LINEA ESTRATEGICA 1.5: PREVENCION Y CONTROL DE LAS EMERGENCIAS Y DESASTRES.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
1.5.1 Desarrollo de los procesos de la Gestión de prevención y control de las emergencias y desastres, de manera articulada con los diferentes niveles de gobierno y sociedad civil.										
	1.5.1.1 Fortalecer la competencia del personal de salud en los procesos de la gestión del riesgo de desastres.	X	X	X		X				
	1.5.1.2 Desarrollo de acciones para la cuantificación del riesgo, evaluación de vulnerabilidades de los establecimientos de salud y elaboración de los mapas de riesgos	X	X	X		X				
	1.5.1.3 Desarrollo de acciones para la prevención, reducción frente a los desastres y reconstrucción posterior a las emergencias masivas y desastres	X	X	X		X				
1.5.2 Fortalecimiento de mecanismos de respuesta de los establecimientos de salud, articulados e integrados frente a las Emergencias y Desastres.										
	1.5.2.1 Desarrollo de acciones de preparación de los servicios de salud, atención y control frente a emergencias y desastres.		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.5.2.1 Desarrollo de acciones de atención y control frente a emergencias y desastres		X	X	X	X	X	X	X	X
	1.5.2.3 Desarrollo de acciones en la Rehabilitación funcional de los servicios de salud durante la emergencia y desastres		X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

LINEA ESTRATEGICA 2.1: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO LOS PRINCIPIOS DE INTEGRALIDAD, ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ Mr.	2011	2012	2013	2014	2015
2.1.1. Organización de redes funcionales de atención en el ámbito regional que incorpore en forma progresiva a todos los prestadores, en el marco del Aseguramiento Universal de Salud (AUS).										
	2.1.1.1 Fortalecimiento del proceso de registro y actualización de datos de los establecimientos de salud en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo (RENAES).		X		X	X	X	X	X	X
	2.1.1.2 Fortalecimiento de las Inspecciones Sanitarias de los establecimientos de salud, que incluya la verificación de la categoría asignada.		X			X	X	X	X	X
	2.1.1.3 Fomento de la conformación del Comité de articulación y funcionamiento de la Red Funcional de Atención regional con participación de los prestadores y las IAFAS.	X	X			X	X	X	X	X
2.1.2 Reorientación de la organización interna de los servicios de salud para el desarrollo social con enfoque de interculturalidad, enfoque de género y derechos.										
	2.1.2.1 Fortalecimiento de la organización de los servicios de salud para la prestación en el marco de AIS por etapas de vida con enfoque de interculturalidad, género y derechos.		X	X	X	X	X	X		
	2.1.2.2 Implementación de los flujogramas, señalización, carrera de servicios, horarios diferenciados, entre otros, para la atención integral de salud, en el marco de AIS por etapas de vida		X	X	X	X	X	X		
	2.1.2.3 Fortalecimiento de los procesos logísticos para garantizar la disponibilidad permanente de instrumentos de registro:(historia clínica, registro de atención, formato de atención AUS, instrumentos de seguimiento, tarjeta del usuario), documentos técnicos normativos (normas técnicas de salud, guías de prácticas clínicas) por etapas de vida, para garantizar la atención estandarizada en el marco de AIS.		X		X	X	X	X		
	2.1.2.4 Fortalecer los procesos de monitoreo de la atención, a través e la revisión sistematizada de las historias clínicas para garantizar el cumplimiento de la guías de prácticas clínicas.		X	X	X	X	X	X		

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

LINEA ESTRATEGICA 2.1: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO LOS PRINCIPIOS DE INTEGRALIDAD, ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/MR	2011	2012	2013	2014	2015
2.1.3 Diseño e Implementación del sistema nacional de referencia y contra referencia en el marco del en el marco del Aseguramiento Universal de Salud (AUS). Incluye: Mapa de flujos para emergencias, consulta externa, apoyo al diagnóstico y hospitalización. Red de transporte y comunicación)										
	2.1.3.1 Fortalecimiento de la Red de Transporte y Red de Comunicaciones del Sistema Nacional de Referencias y Contrarreferencias.	X	X	X	X	X	X	X	X	
	2.1.3.2 Elaboración y actualización de la cartera de servicios de los establecimientos de salud por niveles de atención.	X	X		X	X	X			
	2.1.3.3 Formulación de los Mapas de Flujos de referencia y contrarreferencia (emergencias, consulta externa, apoyo al diagnóstico, hospitalización), que incorporan IPRES y IAFAS.		X		X	X	X			
2.1.4 Organización e implementación de áreas: Emerge/Urgencia, Apoyo al Diagnóstico, Internamiento, según categoria de establecimiento de salud.										
	2.1.4.1 Implementación de la señalización y acceso al tópico o área de emergencia.		X		X	X	X			
	2.1.4.2 Elaboración e Implementación de registros e instrumentos estandarizados para la atención de urgencias/emergencias, área de internamiento y apoyo al diagnostico.	X	X		X	X	X			
	2.1.4.3 Dotación de equipamiento, medicamentos e insumos y ropa de cama.		X		X	X	X	X	X	X
2.1.5 Implementación y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el Primer Nivel de Atención, y los procesos de bioseguridad en el marco de la prevención de infecciones.										
	2.1.5.1 Formulación e implementación de los Planes regionales y locales de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención sanitaria.		X		X	X	X	X	X	X
	2.1.5.2 Promover el cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones e incorporarlo como línea de acción al Plan Regional de Salud	X	X		X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

LINEA ESTRATEGICA 2.1: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO LOS PRINCIPIOS DE INTEGRALIDAD, ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
2.1.5 Implementación y fortalecimiento del Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de infecciones asociadas a la atención sanitaria en el Primer Nivel de Atención, y los procesos de bioseguridad en el marco de la prevención de infecciones.										
	2.1.5.3 Capacitación del recurso humano en los procesos de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones.	X	X		X	X	X	X	X	X
	2.1.5.4 Difusión de las medidas de bioseguridad: técnica correcta de lavado de manos, uso de equipos de protección personal y manejo de residuos punzocortantes.	X	X		X	X	X	X	X	X
	2.1.5.5 Diseñar estrategias para mejorar la adherencia del personal de salud al cumplimiento de las medidas de bioseguridad.	X	X		X	X	X			
	2.1.5.6 Dotación de insumos de lavado de manos y equipos de protección personal en cantidad suficiente.		X	X	X	X	X	X	X	X
2.1.6 Fortalecimiento de la organización para la prestación de Atención Integral de Salud mediante la oferta móvil en poblaciones excluidas y dispersas con enfoque de interculturalidad basado en la familia y comunidad.										
	2.1.6.1 Elaboración del Registro de Poblaciones Excluidas y Dispersas del ámbito regional y oficialización por parte del Gobierno Regional correspondiente según normatividad vigente.		X			X	X			X
	2.1.6.2 Formulación del Plan Anual de Intervención a Poblaciones Excluidas y Dispersas del nivel regional, según normatividad vigente y articulación del mismo con el Plan Regional de Salud.		X		X	X	X	X	X	X
	2.1.6.3 Formulación e Implementación de la Cartera de Servicios de los Equipos de Atención de las Poblaciones Excluidas y Dispersas.	X	X		X	X	X			
2.1.7 Organización interna de los Equipos básicos de salud familiar y comunitaria.										
	2.1.7.1 Conformación de Equipos básicos de salud familiar y comunitaria		X		X	X	X	X	X	X
	2.1.7.2 Delimitación territorial y sectorización para el plan de intervención.	X	X		X	X				
	2.1.7.3 Adscripción de las familias a intervenir según la capacidad de respuesta y disponibilidad de recursos.		X		X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

LINEA ESTRATEGICA 2.1: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO LOS PRINCIPIOS DE INTEGRALIDAD, ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
2.1.7 Organización interna de Equipos básicos de salud familiar y comunitaria.										
	2.1.7.4 Determinar el diagnostico de necesidades de salud y otros aspectos relacionados a partir de la aplicación de la ficha familiar. Estimación de necesidades individuales, familia y comunidad con participación de la comunidad.		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.7.5 Establecer criterios de priorización y agenda transectorial e intersectorial para los diferentes factores identificados en el diagnóstico de necesidades.		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.7.6 Elaborar el Plan de Intervención según diagnóstico de necesidades de la persona, familia y comunidad con participación de la comunidad.		X	X	X	X	X	X	X	X
	2.1.7.7 Ofrecer el paquete de cuidados esenciales por etapas de vida según las necesidades de salud identificadas, ordenar el tipo de atención, (intramural o extramural, individual o colectivo), conformar el comité de salud local y colocar la agenda intersectorial.		X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y reorientación de los servicios con calidad.

LINEA ESTRATEGICA 3.1: ENFASIS EN LAS ACCIONES DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
3.1.1 Implementación del Plan de Atención Integral a la persona por etapas de vida.										
	3.1.1.1 Formulación e implementación de un plan Regional y Local para el uso de las historias clínicas por etapas de vida.		X	X	X	X	X			
	3.1.1.2 Plan de fortalecimiento de competencias técnicas en atención integral de salud y llenado de historias clínicas por etapas de vida.	X	X			X	X			
	3.1.1.3 Dotación de historias clínicas por etapas de vida.		X		X	X	X			
3.1.2 Implementación del Plan de Atención Integral a la Familia y Comunidad con Enfoque de Territorialidad.										
	3.1.2.1 Plan de fortalecimiento de competencias técnicas en atención integral de salud y elaboración, cumplimiento y seguimiento del Plan de Atención integral.	X	X			X	X			
	3.1.2.2 Dotación de documentos técnicos e instrumentos para la atención integral de salud por etapas de vida: historias clínicas por etapas de vida, normas técnicas de salud por etapas de vida, guías técnicas para el llenado de la historia clínica por etapas de vida.	X	X		X	X	X			
	3.1.2.3 Plan de asistencia técnica en Atención Integral de Salud por etapas de viada, monitoreo y seguimiento de las actividades referidas a la atención integral.	X	X		X	X	X			
3.1.3 Reorientación de la prestación con énfasis en acciones de promoción de la salud y prevención del daño en la atención integral de salud con enfoque de interculturalidad, género, derechos y territorialidad.										
	3.1.3.1. Inclusión de las acciones de Promoción de la Salud en la malla curricular de las instituciones formadoras de salud.	X	X			X	X	X		
	3.1.3.2. Creación de la Unidad de Promoción de la Salud a nivel de I-4 (prestacional).	X	X			X	X			
	3.1.3.2. Creación de la Unidad de Promoción de la Salud a nivel de I-4 (prestacional).			X	X		X	X		

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: *Mejorar la prestación* de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y reorientación de los servicios con calidad.

LINEA ESTRATEGICA 3.1: ENFASIS EN LAS ACCIONES DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/MR	2011	2012	2013	2014	2015
3.1.4 Implementación de intervenciones para la gestión de la promoción de la salud y prevención de riesgos en los escenarios de Familia, Comunidad, Instituciones Educativas y gobierno local en el marco de la normatividad.										
	3.1.4.1. Elaboración del Plan Marco para la Gestión de la Promoción de la Salud en el nivel nacional.	X	X			X				
	3.1.4.2. Elaboración del Plan Marco para la Gestión de la Promoción de la Salud en el nivel regional.		X	X	X		X			
3.1.5 Inclusión del enfoque territorial en la organización de los establecimientos de salud, en el marco de la Red de Salud.										
	3.1.5.1. Creación de la Unidad de Promoción de la Salud a nivel de Red (administrativo).	X	X		X	X	X			
3.1.6 Fortalecimiento del trabajo extramural a través de la intervención por escenarios en familia, comunidad, institución educativa y actores sociales.										
	3.1.6.1 Priorizar el trabajo extramural bajo el enfoque de salud familiar y comunitaria.				X	X	X	X	X	X
	3.1.6.2 Medir el desempeño laboral sobre la base del trabajo comunitario expresado en los sistemas de información HIS-MIS.	X	X		X	X	X	X	X	X
	3.1.6.3 Sensibilizar al equipo de salud local en este nuevo enfoque de intervención *extramural* basado en familia y comunidad.				X	X	X	X	X	X
	3.1.6.4. Desarrollo de competencias del personal de salud del primer nivel de atención en trabajo extramural, según escenarios		X		X	X	X	X	X	X
	3.1.6.5. Suscripción de convenios entre actores sociales a nivel distrital para el desarrollo del trabajo extramural.		X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y reorientación de los servicios con calidad.

LINEA ESTRATEGICA 3.2: REORIENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, HACIA LA CALIDAD DE ATENCION.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
3.2.1 Diseño e Implementación de actividades específicas para la Seguridad del Paciente en el Primer Nivel de Atención.										
	3.2.1.1 identificación y registro de Eventos Adversos en el primer nivel de atención.	X	X		X	X				
	3.2.1.2 Implementación de la mejora del desempeño y las Buenas Prácticas de Atención en los servicios de salud	X	X		X	X				
3.2.2 Diseño e Implementación de actividades de Defensoría de Salud en el Primer Nivel de Atención de usuarios externos e internos.										
	3.2.2.1 Creación e implementación de Defensorías de la Salud Regionales y Locales.	X	X	X		X				
	3.2.2.2 Intervención de Defensores en Salud en Regiones y localidades.	X	X			X				
	3.2.2.3 Constitución de Comités de Vigilancia Ciudadana en Salud CVCS.	X	X	X		X				
3.2.3 Fortalecimiento de la gestión de la calidad en salud con participación de subsectores y de actores sociales.										
	3.2.3.1 Conformación de Comités Regionales y Locales Sectoriales de Calidad.		X	X	X	X				
	3.2.3.2 Elaboración del Plan de Implementación de la Política Nacional de Calidad en Salud.	X	X	X	X	X				
	3.2.3.3 Elaboración de Planes Integrados del Sistema de Gestión de la Calidad.	X	X	X	X	X				
3.2.4 Implementación y fortalecimiento del proceso de Acreditación de los establecimientos de salud con enfoque de calidad.										
	3.2.4.1 Conformación y Funcionamiento de la Comisión Regional Sectorial de Acreditación.		X			X				
	3.2.4.2 Desarrollo de la fase de Autoevaluación en los EESS del Primer Nivel de Atención.				X	X	X	X	X	X
	3.2.4.3 Implementación de Acciones de Mejora de Calidad para alcanzar los Estándares de Autoevaluación.				X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y reorientación de los servicios con calidad.

LINEA ESTRATEGICA 3.2: REORIENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, HACIA LA CALIDAD DE ATENCION.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
3.2.5 Implementación del proceso de Auditoría en la Calidad de la Atención										
	3.2.5.1. Promover la reconformación de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención/ Comités de Auditoría Médica a nivel de Microrredes.		X	X	X	X	X	X	X	X
	3.2.5.2. Elaborar los Planes de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud incluido en los Planes Anuales de Calidad en Salud.			X	X	X	X	X	X	X
	3.2.5.3. Fortalecer la capacidad técnica de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	3.2.5.4. Articular el proceso de Auditoría con el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad.			X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel local y regional a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.

LINEA ESTRATEGICA 4.1: ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	G	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
4.1.1 Desarrollar mecanismos de participación para la gestión y cogestión comunitaria en los tres niveles de gobierno en función de los determinantes sociales de la salud.										
	4.1.1.1. Fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer nivel de atención en gestión local.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.1.2. Elaboración de un esquema modular de participación de gestión y cogestión comunitaria.		X	X	X	X	X	X		
4.1.2 Fortalecimiento de los programas de salud familiar, viviendas y entornos saludables con enfoque epidemiológico territorial.										
	4.1.2.1. Desarrollo de competencias del personal de salud del primer nivel de atención en los programas de Promoción de la Salud.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.2.2. Sistematización de experiencias exitosas.		X	X	X	X	X	X		
4.1.3 Fortalecer la articulación intergubernamental, sectorial, multisectorial y comunitaria en los procesos de la Gestión Local.										
	4.1.3.1. Desarrollo de competencias del personal de salud del primer nivel de atención en abogacia e incidencia política.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.3.2. Incorporación en los Planes de Salud Local y en los Presupuestos Participativos de las intervenciones de Promoción de la Salud.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.3.3. Desarrollar acciones de sensibilización en rendición de cuentas a los actores sociales a nivel local.		X	X	X	X	X	X		
4.1.4 Identificar e implementar mecanismos de acceso a la información individual y colectiva que optimicen la participación ciudadana, en gestión y cogestión comunitaria de la salud.										
	4.1.4.1 Presentar propuestas de desarrollo tecnológico que den acceso individual y colectivo a la ciudadanía en la tarea de gestión para el PNA.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.4.2 Organizar foros de integración por la salud, audiencias públicas y publicación de información por medios masivos (Radio, TV, Internet, entre otros).		X	X	X	X	X	X		

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel local y regional a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.

LINEA ESTRATEGICA 4.1: ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
4.1.4 Identificar e implementar mecanismos de acceso a la información individual y colectiva que optimicen la participación ciudadana, en gestión y cogestión comunitaria de la salud.										
	4.1.4.3 Participar en las mesas de concertación y de consenso formalmente establecidos en el nivel local y comunitario.		X	X	X	X	X	X		
4.1.5 Construcción y/o adecuación del Plan de Atención Integral con la participación de la comunidad.										
	4.1.5.1 Desarrollar acciones estratégicas de sensibilización y asistencia técnica a la comunidad organizada en el proceso de formulación del plan de atención integral comunal.		X	X	X	X	X	X		
	4.1.5.2 Desarrollar acciones de monitoreo (de control y cumplimiento) de las actividades referidas al plan de atención integral comunal para garantizar el cumplimiento de las mismas.		X	X	X	X	X	X		
4.1.6 Fortalecimiento de la Articulación multisectorial y comunitaria para garantizar el derecho de identidad en su condición de determinante para la salud.										
	4.1.6.1 Desarrollar acciones de sensibilización en decisores locales y comunales para garantizar el derecho de la identidad en la población		X	X	X	X	X	X		
4.1.7 Fortalecimiento de la gestión local articulada en los diferentes niveles de gobierno local en el marco de la transferencia de funciones.										
	4.1.7.1. Desarrollo de una hoja de ruta para fortalecimiento de la gestión local.			X	X	X	X	X		
	4.1.7.2. Desarrollo de una estrategia de valoración de logros de la gestión local.		X	X		X	X			
4.1.8 Abogacía e incidencia en las agendas institucionales de gobierno del nivel local que incorporen el diseño e implementación de Políticas públicas en salud para el desarrollo de cartera de proyectos.										
	4.1.8.1. Desarrollo de mecanismos de Participación Ciudadana a nivel local.		X	X		X	X			
	4.1.8.2. Sistematización y presentación de experiencias exitosas del nivel local.		X	X		X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel local y regional a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.

LINEA ESTRATEGICA 4.1: ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES SALUD.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
4.1.9 Promover y desarrollar mecanismos de participación en la Vigilancia ciudadana articulados a los procesos de gestión de la calidad de los servicios.										
	4.1.9.1 Socialización de la Normatividad Vigente en Vigilancia Ciudadana de la Calidad de la Atención.	X	X	X	X	X				
	4.1.9.2 Implementación del Plan de Vigilancia Ciudadana en la Mejora de la Calidad.	X	X	X	X	X				
4.1.10 Fortalecimiento de la organización de los servicios de salud con la participación comunitaria y articulada a la gestión local.										
	4.1.10.1 Implementación del Sistema de Vigilancia Ciudadana de los Establecimientos de Salud I-4.		X	X	X	X	X			
	4.1.10.2 Impulsar el trabajo intersectorial y multisectorial para el abordaje de los determinantes sociales que afectan la salud.		X	X	X	X	X	X	X	X

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Articular el financiamiento Interno y Externo para el Adecuado Desempeño del Primer Nivel de Atención con Énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

LINEA ESTRATEGICA 5.1: FINANCIAMIENTO EQUITATIVO Y SOSTENIBLE.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
5.1.1 Reorientación del financiamiento interno y externo para el desarrollo de acciones de: Atención Integral de salud con énfasis de promoción y prevención, Gestión de Recursos humanos en Salud, Calidad de la atención; Infraestructura y Equipamiento, a través de presupuestos participativos, Aseguramiento Universal en Salud, Presupuesto por Resultados, Canon, fideicomisos, donaciones, entre otros. Contar con cartera de proyectos de inversión que incluya las prioridades señaladas.										
	5.1.1.1 Socializar el Estudio de Línea de Base de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención priorizando las brechas existentes, con las autoridades regionales y locales.	X	X	X	X	X				
	5.1.1.2 Suscripción de Convenios de Gestión Intergubernamental por resultados bipartitos entre Gobierno Regional y Local en función a las necesidades priorizadas en el estudio de Línea de Base.		X	X	X	X	X	X	X	X
	5.1.1.3 Incorporar en los presupuestos de los pliegos regionales mayor asignación de partidas presupuestales a gastos corrientes y bienes de capital orientados a fortalecer las acciones del primer nivel de atención.		X	X		X	X	X	X	X
	5.1.1.4 Abogacía con los diferentes niveles de gobierno para el financiamiento del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Gobiernos Locales (PP, DS 003 y 047, DL 1094, entre otros) Gobiernos Regionales (Planes Multianuales de Inversión, DL, entre otros).		X	X		X	X	X	X	X
	5.1.1.5 Armonización del financiamiento de la cooperación internacional para la implementación del Plan Nacional del Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el maro del Aseguramiento Universal en Salud.	X	X	X		X	X	X	X	X
5.1.2 Financiamiento per cápita de la atención primaria de la salud.										
	5.1.2.1 Realizar estimación de costos de la atención primaria de la salud, sobre la base de experiencias exitosas de otros países latinoamericanos.	X	X	X		X				

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Articular el financiamiento Interno y Externo para el Adecuado Desempeño del Primer Nivel de Atención con Énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

LINEA ESTRATEGICA 5.1: FINANCIAMIENTO EQUITATIVO Y SOSTENIBLE.

ESTRATEGIAS	ACCION TACTICA	RESPONSABLE				CRONOGRAMA				
		GN	GR	GL	Red/ MR	2011	2012	2013	2014	2015
5.1.2 Financiamiento per cápita de la atención primaria de la salud.										
	5.1.2.2 Diseñar el marco jurídico sanitario correspondiente para asegurar su implementación y sostenibilidad, la misma que tendría que ser progresiva e iniciar en los departamentos más pobres del país, en el ámbito del aseguramiento universal.	X				X				
	5.1.2.3 Realizar acciones de sensibilización y abogacía en los niveles políticos nacional, regional y local para lograr su involucramiento y apoyo, así como en todos los poderes del estado, principalmente el ejecutivo y legislativo.	X	X			X	X	X	X	X
5.1.3 Reorientación de Presupuesto por Resultados "PpR" a la implementación de las acciones de la APS bajo el enfoque de Salud familiar y comunitaria.										
	5.1.3.1 Estudio técnico de los costos de atención de las acciones integrales basadas en familia y comunidad.	X	X			X				
	5.1.3.2 Solicitar al Ministerio de Economía y Finanzas la reorientación del presupuesto por resultado con base en el estudio pre citado para el abordaje integral de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad.	X	X			X	X	X	X	X

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

Nº	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
01	**Más del 80% de los Gobiernos Regionales han mejorado en el primer nivel de atención, su nivel de desempeño hasta valores aceptables (20% anual).**	% de establecimientos de salud que cumplen adecuadamente los estándares de capacidad de gestión local institucional.	Gobierno Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de Establecimientos de salud que cumplen adecuadamente los estándares de organización de los servicios de salud.	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de establecimientos de salud que cumplen adecuadamente los estándares de la prestación de salud con énfasis en la atención primaria de la salud (salud familiar y comunitaria).	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de establecimientos de salud que desarrollan agendas intersectoriales y multisectoriales con la comunidad y los gobiernos locales	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de establecimientos de salud que han mejorado significativamente su oferta de servicios de salud (Recursos humanos, infraestructura y equipamientos,)	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de Gobiernos Regionales que han disminuido la Desnutrición Infantil en menores de 5 años	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de Gobiernos Regionales que han mejorado la Salud Materna, reduciendo la mortalidad materna	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
		% de Gobiernos Regionales que han controlado las enfermedades Transmisibles y No Transmisibles	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECIFICO	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
01	**Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.**	**Más del 80% de los Gobiernos Regionales han mejorado en el primer nivel de atención, su nivel de desempeño hasta valores aceptables (20% anual).**	% de establecimientos que están articulados a los planes regionales de salud.	Gobierno Regional y Local, Red, Hospitales.
			% de establecimientos de salud que han planificado y definido sus prioridades con la comunidad	Gobierno Regional y Local, Red, Hospitales.
			% de establecimientos de salud que cuentan con equipos de salud de familia.	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
			% de establecimientos de salud que tienen stock adecuados de productos farmacéuticos.	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
			% de establecimientos de salud que cuentan con servicio de internet.	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.
			% de establecimientos de salud que están implementados y organizados para las emergencias y desastres.	Gobierno Nacional, Regional y Local, Red Funcional, Hospitales.

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECÍFICO	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
02	**Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población con énfasis en la Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad y en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud.**	**Más del 80% de los Gobiernos Regionales han categorizado adecuadamente, registrado y acreditados, trabajan en redes funcionales de atención y están articulados a un sistema nacional y regional de referencia y contrarreferencia.**	% de establecimientos de salud de la red funcional de establecimientos de salud que están debidamente categorizados.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que están registrados en el registro nacional de establecimientos de salud.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos que se encuentran formando parte de una red funcional de establecimientos de salud	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que dispone de un sistema de referencia y contrarreferencia implementado y organizado eficientemente	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECIFICO	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
03	**Fortalecer la prestación de salud en el Primer Nivel de Atención, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. (Salud Familiar y Comunitaria)**	**Más del 80% de los Gobiernos Regionales tienen implementado en el Primer Nivel de Atención la ESN de Salud Familiar y Comunitaria.**	% de establecimientos de salud que cuentan con Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria	Gobierno Regional, gobierno Local, Red.
			% de establecimientos de salud que tienen sectorizado su territorio con enfoque de familia y comunidad.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que tienen controlado los principales daños y riesgos de la familia y comunidad.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que priorizan actividades de prevención y promoción de la salud.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que realizan trabajo extramural.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

N°	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECIFICO	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
04	**Fortalecer la articulación sectorial y comunitaria en el nivel local y regional a través de la participación ciudadana en los procesos de gestión y cuidado de la salud.**	**Más del 80% de los gobiernos regionales y locales trabajan formalmente una agenda intersectorial pro salud en sus planes de desarrollo** **Más del 60% de la población en zonas de riesgos adopta comportamientos saludables**	% de establecimientos de salud que tienen planes de intervención articulados a los planes de desarrollo local.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que cuentan con Comités de Desarrollo local instalados y operativos, (Comunitario y de gestión local).	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que han desarrollados planes participativos con la comunidad.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que tienen instalado e implementado un sistema de vigilancia y control social.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que han mejorado las conductas saludables en su población en temas sanitarios priorizados.	Gobierno Regional, gobierno Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)

6.6. INDICADORES DE EVALUACION

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud, en el marco del Aseguramiento Universal y la Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

Nº	OBJETIVO ESTRATÉGICO ESPECÍFICO	META/RESULTADO ESPERADO AL 2015	INDICADORES	INSTANCIA RESPONSABLE
05	**Articular el financiamiento interno y externo para el adecuado desempeño del Primer Nivel de Atención del sistema de salud con énfasis en la APS-R.**	**Más del 60% de Gobiernos Regionales y 80% de gobiernos locales incrementan el presupuesto de manera progresiva a las acciones de prevención y promoción de la salud, llegando a ser el 15% y 20% formalmente respectivamente en el año 2015.**	% de Establecimientos de salud que cuentan con equipos de salud de familia.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud. (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que cuentan con equipos de salud de familia y comunidad entrenados y/o especializados.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud (públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que disponen de la infraestructura adecuado según su categoría de establecimiento.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud (públicos y privados) Cooperación externa
			% de establecimientos de salud que disponen del equipamiento adecuado según su categoría de establecimiento.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud (públicos y privados) Cooperación externa
			% de establecimientos que cuentan con los materiales e insumos necesarios para cumplir con sus funciones y roles de manera adecuada.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud (públicos y privados) Cooperación externa
			% de establecimientos de salud que tienen controlado los principales daños y riesgos de la familia y comunidad.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud. (Públicos y privados)
			% de establecimientos de salud que tienen ejecutados proyectos de desarrollo social con fondos de la cooperación internacional.	Gobierno Regional y Local, Red, establecimientos de salud. (Públicos y privados) Cooperación externa.

6.7. NIVELES DE RESPONSABLIDAD

6.7.1 NIVEL NACIONAL:

El Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención incorpora las grandes Líneas Estratégicas, Estrategias y Acciones Tácticas, así como indicadores de monitoreo y evaluación.

El nivel nacional asume la responsabilidad de socializar y difundir el Plan Nacional en las regiones del país, así como del financiamiento según el rol que la asiste en el marco de la Ley de bases de la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud.

Durante esta etapa se desarrollarán las siguientes acciones:

- Implementación de las líneas estratégicas y acciones tácticas del Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, que estén en su responsabilidad según la normatividad vigente.
- Actualización y formulación de documentos normativos según componentes de atención integral detalladas en los Anexos N° 03, N° 04, N°05 y N° 06.
- Asistencia Técnica permanente presencial y no presencial, dirigida a lograr una adecuada gestión de la atención de salud, según competencia y líneas estratégicas establecidas.
- Ejecución de los presupuestos de inversión en salud, para infraestructura y equipamiento así como recursos humanos y otros, según competencia.
- Suscripción de Acuerdos Nacionales y Regionales; como por ejemplo: Pactos Territoriales, Acuerdos de Gestión, entre otros.
- Las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud incorporaran en sus actividades operativas anuales las tareas relacionadas al primer nivel de atención con los presupuestos correspondientes y realizarán el cronograma de acciones tácticas correspondiente al último quinquenio (2016 al 2021) previa evaluación del primer quinquenio.

6.7.2 NIVEL REGIONAL:

En referencia al Plan Nacional el nivel regional elabora y aprueba el Plan Regional; el cual debe ser socializado y difundido en su jurisdicción para su implementación.

En el nivel Gobierno Regional se desarrollarán las siguientes acciones:

- El Gobierno Regional y el Consejo Regional de Salud, implementarán acciones para el desarrollo de capacidades en la sociedad civil para la vigilancia del PPR Salud.
- La Gerencia de Desarrollo Social actualizará el mapa de pobreza con detalle a nivel de distritos.
- El Gobierno Regional convocará a las Universidades e Institutos de formación pedagógica, públicos y privados, para que incorporen en sus planes curriculares temas de salud con énfasis en la Atención Primaria de la Salud renovada y salud familiar y Comunitaria
- El Gobierno Regional dispondrá el aumento progresivo en la asignación presupuestal de Recursos Ordinarios (RO) al sector salud
- El Gobierno Regional a través de la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, emitirá los dispositivos normativos para la programación

presupuestal y manejo de recursos ordinarios y directamente recaudados, que permitan la implementación del presente Plan.

- El Gobierno Regional gestionará con el Seguro Integral de Salud - Nivel Nacional la aplicación de afiliaciones concordantes con los niveles de pobreza regional, la ampliación presupuestal para las prestaciones preventivo-promocionales y el reembolso oportuno por todas las prestaciones.
- El Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces se compromete a vigilar las fallas del sistema de afiliación que generan barreras para el acceso al seguro público y a ejecutar mecanismos de mercadeo social que promuevan el buen uso del SIS.
- El Gobierno Regional establecerá criterios para una asignación presupuestal más equitativa entre sus unidades ejecutoras, tomando en consideración las condiciones esperadas de la demanda de la población pobre y pobre extrema.
- El Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud dispondrá lo necesario para cumplir con los requisitos para lograr la acreditación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- El Gobierno Regional establecerá una alianza estratégica con los medios de comunicación locales para difundir mensajes de comunicación que prioricen su interés en el primer nivel de atención
- El Gobierno Regional promoverá acuerdos necesarios, con los Gobiernos Locales para la implementación del Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de atención.
- El Gobierno Regional convocará a los Gobiernos Locales y a las universidades de la región que cuenten con laboratorios microbiológicos y bromatológicos para implementar un sistema regional de vigilancia de la calidad del agua y alimentos.
- El Gobierno Regional y los Gobiernos Locales formularán proyectos de inversión pública en salud destinados a la implementación y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, según líneas estratégicas del Plan.
- El Gobierno Regional negociará con las Gobiernos Locales la contratación de profesionales que cuenten con perfiles de competencia en salud familiar y comunitaria .
- El Gobierno Regional utilizará los medios de comunicación propios para priorizar los problemas de salud regional y local y destinar un espacio exclusivo de participación de la sociedad civil para analizar los avances del PPR Salud.

La Dirección Regional de Salud o quien haga sus veces, desarrollará las siguientes acciones:

- Institucionalización y Aplicación bimensual del Instrumento de Medición del Desempeño de los establecimientos del Primer Nivel de Atención en Salud y reporte al nivel nacional.
- Adecuación de la normatividad nacional acorde a su realidad regional y local.
- Reforzar la implementación de la Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad de modo que se alcancen los objetivos institucionales.
- Apoyar a los establecimientos de salud del primer nivel de atención a sectorizar su ámbito de influencia que incluya el mapeo de actores sociales, la determinación de paquetes de intervenciones de atención integral basada en la persona, familia y comunidad y plan de acción por sector.
- Iniciará a través de pilotos la implementación de la Red Funcional de Atención.

- La Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Regional de Medicamentos, Insumos y Drogas, garantizará la provisión de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios a los establecimientos del primer nivel de atención para atender las necesidades y demandas de la persona, familia y comunidad.
- Garantizar en las redes de servicios de salud la implementación de planes de mejora de la calidad de atención.
- La Dirección Regional de Salud promoverá la implementación de las guías de práctica clínica y Buenas Prácticas referidas a las prioridades sanitarias regionales La Dirección Regional de Salud fortalecerá a sus equipos técnicos en aspectos de comunicación social y en el uso de instrumentos de comunicación.
- Los establecimientos de servicios de salud, incorporarán la participación de los agentes comunitarios y otros actores sociales, en la formulación, ejecución y evaluación del plan local de salud.
- Los establecimientos articularán su plan de salud local, o su equivalente, con los planes de desarrollo local.
- La Dirección Regional de Salud, conjuntamente con la Gerencia de Desarrollo Social y Gerencia de Planificación, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial, participará en la formulación del presupuesto de las unidades ejecutoras regionales de salud para priorizar en su presupuesto la implementación del Plan de Fortalecimiento del Primer nivel de Atención.
- La Dirección Regional de Salud y unidades ejecutoras de salud implementarán un programa de control y contención de costos y supervisión de la calidad de ejecución del gasto público que permita mejorar la eficiencia de estos recursos en función a las prioridades de salud.
- La Dirección Regional de Salud fortalecerá a las Unidades de Proyectos de Inversión en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública.
- La Dirección Regional de Salud dispondrá la suscripción de Acuerdos de Gestión con todas las redes de servicios de salud replicando el modelo piloto de la RISS.
- La Dirección Regional de Salud coordinará con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) para que los establecimientos públicos de salud accedan al padrón de hogares clasificados.
- La Dirección Regional de Salud implementará mecanismos para informar y sensibilizar a la población sobre los objetivos y alcances del Plan nacional de Fortalecimiento del Primer nivel de atención.
- La Dirección Regional de Salud promoverá la introducción del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) basado en Familia y Comunidad como parte del currículo de estudios para las carreras en salud.

En otras Instituciones:

- EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y el subsector privado promoverán la implementación del presente Plan de Fortalecimiento según sus competencias y alcances.
- El Consejo Regional de Salud vigilará la implementación del presente Plan de Fortalecimiento del Primer nivel de Atención.
- El Consejo Regional de Salud, los Consejos Provinciales de Salud, las redes de servicios y los

gobiernos provinciales promoverán el abordaje de los Determinantes sociales a partir de la integración de las acciones sectoriales y multisectoriales y la participación comunitaria en sus respectivos ámbitos.

- El Consejo Regional de Salud impulsará el diseño de una estrategia de difusión de mensajes para promover comportamientos no violentos en la familia y la denuncia oportuna de actos de violencia intrafamiliar.

6.7.3 NIVEL LOCAL:

En referencia al Plan Regional el nivel local elabora y aprueba el Plan de Trabajo; el cual debe ser socializado y difundido en su jurisdicción para su implementación.

En este nivel se desarrollarán las siguientes acciones:

- Aplicación bimensual del Instrumento de Medición del Desempeño de los establecimientos del Primer Nivel de Atención en Salud y reporte al nivel nacional.
- Adecuación de la normatividad nacional acorde a su realidad regional y local.
- Implementar el Decálogo de la Atención que debe estar enmarcado en la Atención Primaria de la Salud y la Atención Integral de Salud.
- Formulación de proyectos de inversión pública en salud, según líneas estratégicas del plan regional.
- Ejecución de los presupuestos de inversión en salud, para infraestructura y equipamiento y otros.
- Asistencia Técnica permanente al nivel local.
- Autoevaluación por cada establecimiento de salud conforme a la normatividad vigente.

ANEXOS:

Anexo N° 01 : Establecimientos de Salud seleccionados para la medición del desempeño del Primer Nivel de Atención de la Línea de Base.

Anexo N° 02 : Resultados del Estudio de Línea de Base.

Anexo N° 03 : Cuadro de documentos normativos pendientes a actualizar y a elaborar, en el componente de gestión de la atención integral de salud.

Anexo N° 04 : Cuadro de documentos normativos pendientes a actualizar y a elaborar, en el componente de organización de la atención integral de salud.

Anexo N° 05 : Cuadro de documentos normativos pendientes a actualizar y a elaborar, en el componente de prestación de servicios de la atención integral de salud.

Anexo N° 06 : Cuadro de documentos normativos pendientes a actualizar y a elaborar, en el componente de financiamiento de la atención integral de salud.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud: *El Nuevo Modelo de atención*. Resolución Ministerial Nº 446-2001-SA/DM. del 05 de agosto del 2001.
- Ministerio de Salud -APRISABAC: *Modelo de Atención en Salud. Lima*, MINSA. 1999.
- Ministerio de Salud -PSNB: Proyecto Salud y Nutrición Básica-Informe Final. Lima, MINSA. 2001.
- Ministerio de Salud -Región San Martín: Atención Integral del Niño. Tarapoto, MINSA. 1999
- Ministerio de Salud: *Lineamientos para la conformación de Redes de Salud*. Resolución Ministerial Nº 122-2001-SA/DM. Lima, 26 de febrero del 2001.
- Ministerio de Salud: *Lineamientos generales para la organización de las microrredes*. Resolución Ministerial Nº 443-2001-SA/DM, del 03 de agosto del 2001.
- Ministerio de Salud: *Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención*. Resolución Ministerial Nº 423-2001-SA/DM, del 01 de agosto del 2001.
- OIT (1989). Convenio 169, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Paises Independientes. Ratificado por el Perú, mediante Resolución Legislativa Nº 26253, del 02/22/1994
- ONU (2008). *Directrices sobre los asuntos de los pueblos indígenas*. Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo. .
- UNICEF (2008) Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos.134 pp.
- COMISIÓN ANDINA DE JURISTAS (2009). Manual informativo para "La justicia indígena en los países andinos" Pueblos Indígenas. Lima: CAN, 90 pp.
- PINO J., Ana (2009) "Cuestiones previas en la construcción de un Estado plural". En: http://red.pucp.edu.pe/ridei/buscador/files/100715.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, 49.o Consejo Directivo, 61.a Sesión del comité regional, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud
- Organización Panamericana de la Salud, Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, prácticas y lecciones aprendidas, Brasilia, 2008. Brasilia, 2008.
- Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo: *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. 2008.
- Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007.

Anexo N° 01

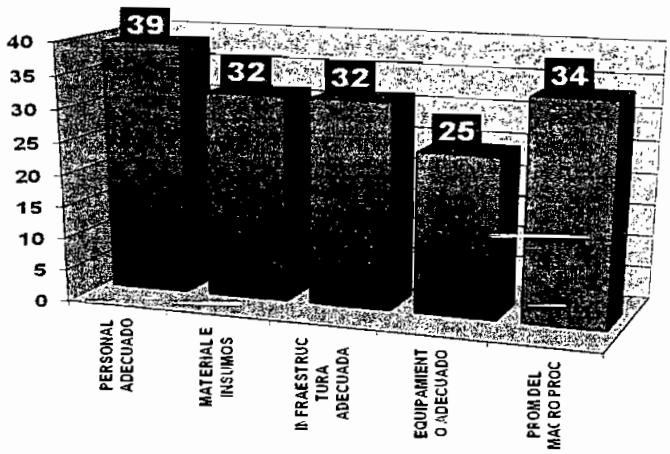
Establecimientos de Salud seleccionados para la medición del desempeño del Primer Nivel de Atención de la Línea de Base

N°	GOBIERNO REGIONAL	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
1	APURIMAC	CLAS CENTENARIO
		CLAS TAMBURCO
2	CALLAO	C.S. GAMBETA
		C.S. PACHACUTEC
3	CAJAMARCA	C.S. PACHACUTEC
		C.S. BAÑOS DEL INCA
4	CUSCO	CLAS URCOS
		C.S. BELEMPAMPA
5	HUANCAVELICA	C.S. ACORIA
		C.S. HUANDO
6	ICA	CLAS SANTIAGO
		CLAS PUEBLO NUEVO
		C.S. GUADALUPE
7	LAMBAYEQUE	CLAS SALAS
		CLAS MONSEFU
8	LORETO	CLAS SAN JUAN
		CLAS MORONACOCHA
9	PIURA	CLAS CATACAOS
		CLAS LA UNION
10	SAN MARTIN	C.S. PICOTA
		C.S. MORALES

ANEXO N° 02

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LINEA DE BASE

1.- MACROPROCESO: DISPONIBILIDAD DE RECURSOS



a) INDICADORES:

Estándar N° 01: % de establecimientos de salud que cuentan con la infraestructura de acuerdo a su categoría.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con los ambientes y servicios de acuerdo a su nivel de categoría.
2. % de establecimientos de salud que se encuentran en buen estado de mantenimiento y conservación.
3. % de establecimientos de salud que tienen Plan de Mantenimiento preventivo de sus ambientes físicos.
4. % de establecimientos de salud que tienen saneamiento legal en orden.

Estándar N° 02: % de establecimientos de salud que cuenta con el equipamiento de acuerdo a su nivel de categoría.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con el equipamiento de acuerdo a su nivel de categoría.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con el equipamiento en buen estado de mantenimiento y conservación y operativos.
3. % de establecimientos de salud que cuentan con inventario físico y legal actualizado.
4. % de establecimientos de salud que cuentan con Plan de Mantenimiento Preventivo de equipos.

Estándar N° 03: % de establecimientos de salud que cuenta con el personal de acuerdo a su nivel de categoría.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con el personal profesional médico de acuerdo a su de categoría.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con el personal no médico de acuerdo a su de categoría.

3. % de establecimientos de salud que cuentan con personal técnico asistenciales de acuerdo a su categoría.
4. % de establecimientos de salud que cuentan con personal técnico administrativo de acuerdo a su categoría.

Estándar N° 04: % de establecimientos de salud que cuenta con el material e insumos básicos para la atención.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con material e insumos médicos.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con material de escritorio.
3. % de establecimientos de salud que cuentan con material de limpieza.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 34% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 01..... 32%.

Estándar N° 02..... 25%.

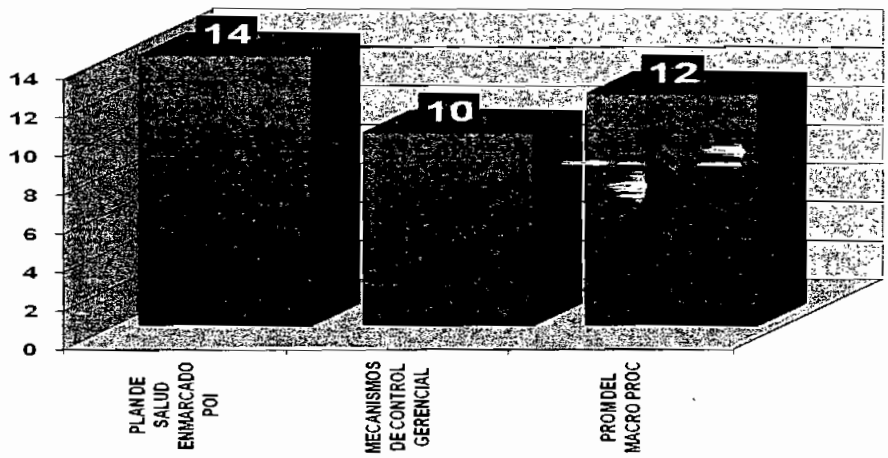
Estándar N° 03..... 39%.

Estándar N° 04..... 32%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 95% de ES visitados NO cuenta con los ambientes físicos adecuados y el equipamiento para su nivel de categorización.
2. El 95% de ES visitados NO cuenta con plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de la planta física y servicios básicos así como de sus equipos, incorporada al Plan Operativo Anual (POA).
3. En el 95% de ES visitados NO se realiza supervisión y mantenimiento preventivo del equipamiento de manera periódica.



a) INDICADORES:

Estándar No 5; % de establecimientos de salud que cuentan con plan de salud local, enmarcado en el plan estratégico institucional, es conocido y lo ejecuta

1. % de establecimientos de salud han definido con sus autoridades regionales, locales y personal de salud sus prioridades y están en el Plan de Salud Local.
2. % de establecimientos de salud que han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida.
3. % de establecimientos de salud que han socializado el Plan de Salud Local o Plan de trabajo con todo el personal.
4. % de establecimientos de salud que ejecutan su plan de acuerdo a lo programado.

Estándar N° 06: % de establecimientos de salud que tienen mecanismos de control gerencial, monitoreo, supervisión y evaluación.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con procedimientos (metodología e instrumentos) establecidos para realizar el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del plan de trabajo o PSL.
2. % de establecimientos de salud que realiza el seguimiento o monitoreo y evaluación de las actividades del plan de trabajo o PSL.
3. % de establecimientos de salud que realizan la supervisión y control interno de la ejecución de las actividades del Plan de trabajo o PSL del establecimiento.

a) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 12% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar No 5..... 14%

Estándar No 6..... 10%.

Procesos Claves

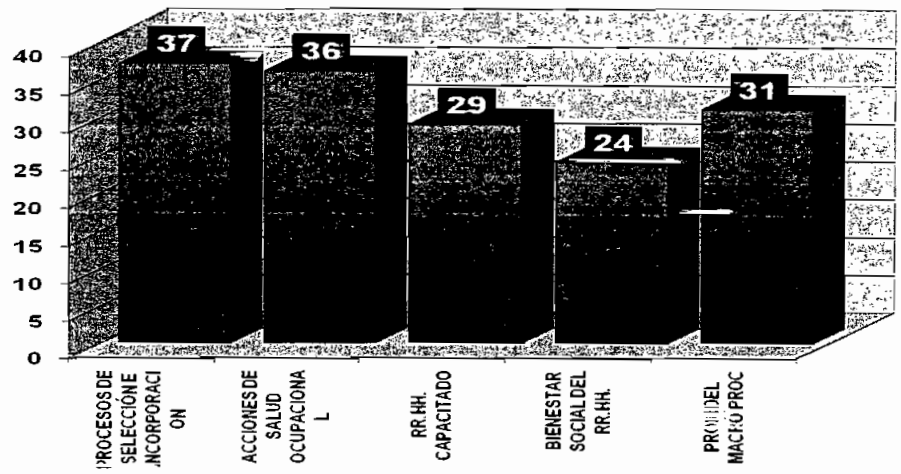
Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 95% de ES visitados NO ha definido con sus autoridades locales, actores claves y personal de salud sus prioridades y Plan de Salud Local.

2. El 90% de ES visitados NO realiza el seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades del plan de trabajo o PSL.

3. El 95% de ES visitados NO ejecuta su plan de acuerdo a lo programado.

3.- MACROPROCESO: RECURSOS HUMANOS



a) INDICADORES:

Estándar N° 07: % de establecimientos de salud que están organizado para los procesos de selección e incorporación de personal.

1. % de establecimientos de salud que tiene documentado el procedimiento de incorporación del recurso humano según modalidad.
2. % de establecimientos de salud que tienen definido y aplican el procedimiento de inducción al recurso humano que se incorpora a la institución, el cual se encuentra establecido en un Programa de Inducción.
3. % de establecimientos de salud que cuenta con recurso humano que conoce sus deberes y derechos en el establecimiento de salud.
4. % de establecimientos de salud que controlan la asistencia y permanencia del recurso humano de acuerdo a las normas vigentes.

Estándar N° 08: % de establecimientos de salud que disponen de acciones de salud ocupacional y protección de prestador.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con personal de salud que se encuentra protegido contra enfermedades ocupacionales como Hepatitis B, Tétano, Fiebre Amarilla, H1N1 según el perfil epidemiológico, de acuerdo a normas institucionales de las áreas de riesgo.
2. % de establecimientos de salud que realizan la vigilancia de accidentes punzo cortante, accidentes laborales y factores de riesgo ocupacional en el recurso humano.

Estándar N° 09: % de establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados para la prestación de salud.

1. % de establecimiento de salud que identifica las necesidades de capacitación en forma participativa y realiza la programación anual de las actividades de capacitación.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con recurso humano que aplica la estrategia de Problematización (Análisis Crítico de la Práctica) en sus intervenciones sanitarias.
3. % de establecimientos de salud que cuenta con más de 60% del equipo de salud capacitado en aspectos relacionados a la Atención Integral y Gerencia en Salud.

Estándar N° 10: % de establecimientos de salud que incorpora las acciones de bienestar social del personal.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con actividades relacionadas a incentivos (motivación) en su programación anual.
2. % de establecimientos de salud que ejecutan actividades de recreación, cultura y deportes para sus Recursos Humanos.
3. % de establecimientos de salud que ejecutan actividades de reconocimiento del RH (incentivo no dinerario).

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 31% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 07..... 37%

Estándar N° 08..... 36%.

Estándar N° 09..... 29%

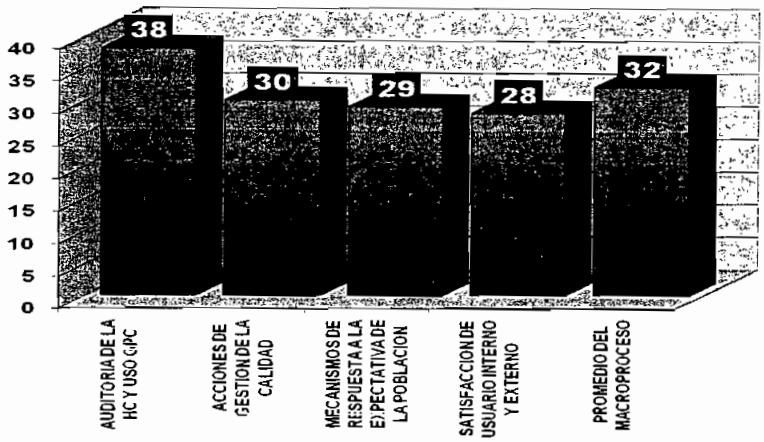
Estándar No 10..... 24%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 81% de ES visitados No ha identificado la brecha de recurso humano a nivel del establecimiento de salud.
2. El 85% de ES visitados NO realiza la vigilancia de accidentes punzo cortante, accidentes laborales y factores de riesgo ocupacional en el recurso humano.
3. El 71% de ES visitados NO ha identificado las necesidades de capacitación en forma participativa y NO realiza la programación anual de las actividades de capacitación.
4. El 76% de ES visitados el equipo de salud NO se encuentra capacitado en aspectos relacionados a la Atención Integral y Gerencia en Salud.
5. El 71% de ES visitados El personal de salud SI se encuentra protegido contra enfermedades ocupacionales como Hepatitis B, Tétano, Fiebre Amarilla, H1N1 según el perfil epidemiológico, de acuerdo a normas institucionales de las áreas de riesgo.
6. El 86% de ES visitados NO cuenta con actividades relacionadas a incentivos (motivación) en su programación anual.
7. El 76% de ES visitados NO ha ejecutado actividades de reconocimiento del RH (incentivo no dinerario).
8. El 71% de ES visitados NO tiene documentado el requerimiento de nuevo RH debidamente sustentado de acuerdo a la normatividad vigente.
9. El 85% de ES visitados No tiene definido y aplica el procedimiento de inducción al recurso humano que se incorpora a la institución, el cual se encuentra establecido en un Programa de Inducción.
10. El 56% de ES visitados el recurso humano SI conoce sus deberes y derechos en el establecimiento de salud.

4.- MACROPROCESO: CALIDAD DE ATENCION



a) INDICADORES:

Estándar N° 11: % de establecimientos de salud que están organizado para realizar las acciones de gestión de la calidad.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con Responsable de Calidad formalmente asignado
2. % de establecimientos de salud que cuentan con al menos un equipo de mejora continuo de la calidad conformado y éste se encuentra activo (cumplan actividades según planificado).
3. % de establecimientos de Salud que cuenta con equipo de mejora continua, personal capacitado para realizar procedimientos de mejora continua de la calidad.
4. % de establecimientos de salud que han implementado por lo menos un proyecto de mejora continua de la calidad.
5. % de establecimientos de salud que realizan autoevaluación en el marco de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud.

Estándar N° 12: % de establecimientos de salud que tienen mecanismo para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.

1. % de establecimientos de salud que han definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.
2. % de establecimientos de salud que cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
3. % de establecimientos de Salud que tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.
4. % de establecimientos de salud que han establecido e implementado mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.
5. % de establecimientos de salud que han identificado las principales barreras de acceso de los usuarios a los servicios (de tipo geográfico, económico, cultural, estructural y funcional) y se han implementado estrategias y acciones para disminuirlas.
6. % de establecimientos de salud que muestran su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.

7. % de establecimientos de salud que tienen flujogramas de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.
8. % de establecimientos de salud que tienen publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.

Estándar N° 13: % de establecimientos de salud que evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.

1. % de Establecimientos de salud que tienen definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.
2. % de establecimientos de salud que cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
3. % de establecimientos de salud cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
4. % de establecimientos de salud que cuantifican el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
5. % de establecimientos de salud que cuantifican el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
6. % de establecimientos de salud que cuantifican el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.

Estándar N° 14: % de establecimientos de salud que realizan auditoria de las historias clínicas y uso de las guías de prácticas clínica

1. % de establecimientos de salud que realizan Auditoria de las Historias Clínicas en: Emergencia, Consulta externa e Internamiento.
2. % de establecimientos de salud que tienen documentado los procedimientos técnico-asistenciales (Guías de Práctica Clínica en Emergencia, Consulta Externa e Internamiento) y administrativos priorizados, vigilando su cumplimiento e identificando oportunidades de mejora continua de la calidad.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 32% de desempeño en el Macroproceso de Calidad de Atención,

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 11..... 38%

Estándar N° 12..... 30%.

Estándar N° 13..... 29%

Estándar N° 14..... 28%

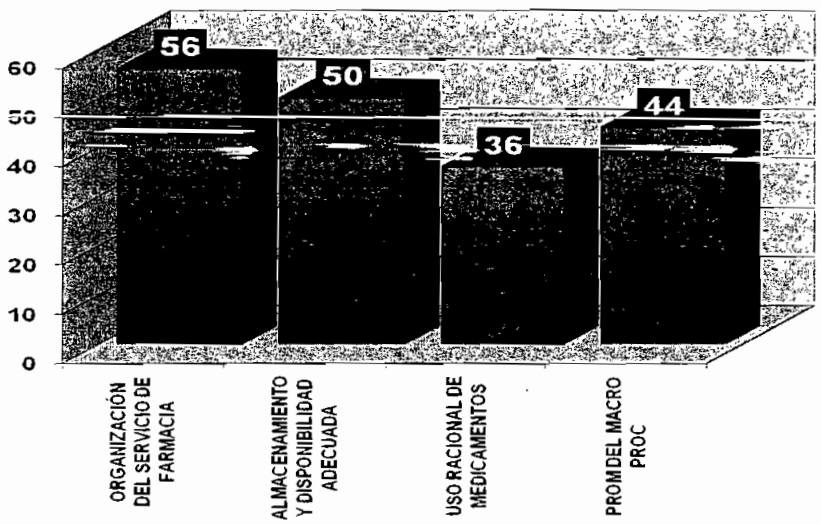
Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 76% de ES visitados NO cuenta con plan de trabajo para la mejora de la calidad en el establecimiento, que responda a las necesidades de usuarios internos y externos.
2. El 62% de ES visitados NO ha implementado por lo menos un proyecto de mejora continua de la calidad.

3. El 66% de ES visitados No han definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.
4. El 62% de ES visitados NO han realizado autoevaluación en el marco de la Norma Técnica de Acreditación de Establecimientos de Salud.
5. El 71% de ES visitados NO cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención.
6. El 81% de ES visitados NO cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa.
7. El 81% de ES visitados No cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención.
8. El 71% de ES visitados NO cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados.
9. El 81% de ES visitados NO cuantifica el porcentaje de trabajadores satisfechos con su centro laboral.
10. El 76% de ES visitados No realiza Auditoria de las Historias Clínicas en: Emergencia, Consulta externa e Internamiento.
11. El 57% de ES visitados SI tiene documentado los procedimientos técnico-asistenciales (Guías de Práctica Clínica en Emergencia, Consulta Externa e Internamiento) y administrativos priorizados, vigilando su cumplimiento e identificando oportunidades de mejora continua de la calidad.

5.- MACROPROCESO: PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS



a) INDICADORES:

Estándar N° 15: % de establecimientos de salud que están organizado para el manejo adecuado de medicamentos, e insumos antes de su dispensación.

1. % de Establecimientos de salud cuya farmacia cuenta con el software del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos - SISMED, última versión, que registra el movimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos

sanitarios, permite la elaboración del Informe de Consumo Integrado (ICI) y proporciona información útil para fortalecer las actividades de farmacia.

2. % de Establecimientos de salud cuya Farmacia realiza conteos periódicos del stock y verificación de las salidas e ingresos de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, emite el Informe de Consumo Integrado (ICI) mensualmente y cumple con enviarlo al nivel superior
3. % de Establecimientos de Salud cuya Farmacia utiliza indicadores de suministro y uso para realizar la gestión de medicamentos.

Estándar N° 16: % de establecimientos de salud que realizan acciones de pedidos, recepción, almacenamiento y gestión de inventarios, eficiente, segura y confiable.

1. % de Establecimientos de salud cuya Farmacia formula el requerimiento (pedido) de medicamentos enmarcado en el petitorio local o regional o Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), utilizando una metodología válida o indicada por la DISA/DIRESA (máximos y mínimos, consumo histórico, perfil de morbilidad, otros).
2. % de establecimientos de salud que almacenan y conservan los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con los criterios mínimos de conservación en el Almacén Especializado de Medicamentos (AEM), área de dispensación o expendio y otras áreas dependientes del servicio de farmacia.
3. % de establecimientos de salud que disponen de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en cantidades suficientes para atender la demanda de los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, incluyendo aquellos para las intervenciones sanitarias.
4. % de establecimientos de salud cuya Farmacia realiza acciones para evitar el vencimiento y optimizar los stocks de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y cuenta con un registro de los productos vencidos o deteriorados

Estándar N° 17: % de establecimientos de salud que realizan acciones para el uso adecuado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

1. % de establecimientos de salud cuya Farmacia realiza acciones de promoción y difusión para el uso adecuado de los medicamentos tanto para el personal de salud como para la comunidad.
2. % de establecimientos de salud que hace uso de la Receta Única Estandarizada (RUE) para la prescripción de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y los medicamentos son prescritos en Denominación Común Internacional (DCI).

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 44% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 15..... 56%

Estándar N° 16..... 50%.

Estándar N° 17..... 36%

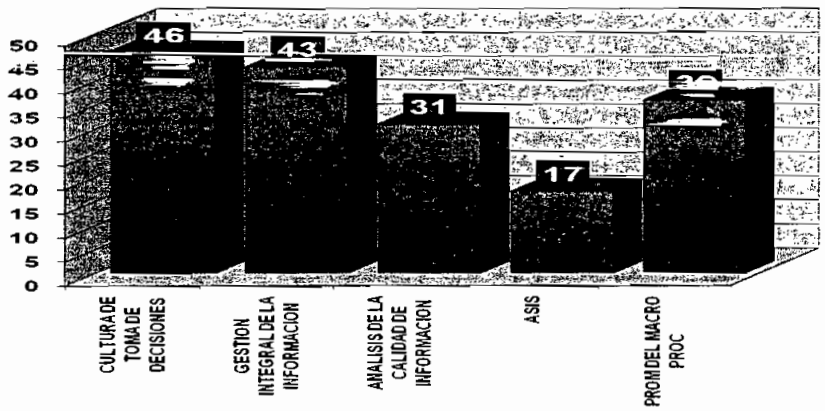
Procesos Claves:

Se alcanzaron los siguientes resultados

1. El 67% de ES visitados, el servicio de Farmacia NO utiliza indicadores de suministro y uso para realizar la gestión de medicamentos.

2. El 76% de ES visitados NO almacena y conserva los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con los criterios mínimos de conservación en el Almacén Especializado de Medicamentos (AEM), área de dispensación o expendio y otras áreas dependientes del servicio de farmacia.
3. El 52% de ES visitados NO existe disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en cantidades suficientes para atender la demanda de los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, incluyendo aquellos para las intervenciones sanitarias.
4. El 86% de ES visitados, el servicio de Farmacia NO realiza acciones de promoción y difusión para el uso adecuado de los medicamentos tanto para el personal de salud como para la comunidad.
5. El 57% de ES visitados, La farmacia SI cuenta con el software del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos médico-quirúrgicos - SISMED, última versión, que registra el movimiento de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, permite la elaboración del Informe de Consumo Integrado (ICI) y proporciona información útil para fortalecer las actividades de farmacia.
6. El 76% de ES visitados, la Farmacia SI realiza conteos periódicos del stock y verificación de las salidas e ingresos de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, emite el Informe de Consumo Integrado (ICI) mensualmente y cumple con enviarlo al nivel superior.
7. El 76% de ES visitados, la Farmacia realiza acciones para evitar el vencimiento y optimizar los stocks de los productos farmaceuticos, dispositivos medicos y productos sanitarios y cuenta con un registro de los productos vencidos o deteriorados.

6.- MACROPROCESO: SISTEMA DE INFORMACION



a) INDICADORES:

Estándar N° 18: % de establecimientos de salud que promueve una gestión integral de la información.

1. % de establecimientos de salud que tiene identificado los puntos de acopio de información para los Sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti)
2. % de establecimientos de salud que identifica su brecha de recursos informáticos (software, equipos de cómputo y comunicaciones) y de personal de sistemas.

3. % de establecimientos de salud que cuenta con presupuesto para mejora y mantenimiento de los recursos informáticos y de comunicaciones
4. % de establecimientos de salud que cuenta con un Plan de Mejoras de los sistemas de información (control de calidad, capacitación del personal, charlas de inducción, normas y procedimientos, otros) y los ejecuta.
5. % de establecimiento de salud que cuenta con personal permanente capacitado en el uso y operación (subir y bajar información, instalar el sistema, sacar copias de seguridad) de los sistemas de información (HIS, SIS, SISMED, Noti)
6. % de establecimientos de salud que cuenta con procedimientos documentados que describen la captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y depuración de la información de los sistemas implantados
7. % de establecimientos de salud que realizan supervisiones hacia los establecimientos dependientes, para verificar como se realiza el registro de información en el establecimiento para cada sistema de información (HIS, SIS, SISMED, Noti)

Estándar N° 19: % de establecimientos de salud que realizan sistemáticamente el análisis de la veracidad, confiabilidad y oportunidad de la información.

1. % de establecimientos de salud que tiene formalmente definidas las funciones y responsabilidades del personal en el manejo de la información.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de los resultados.

Estándar N° 20: % de establecimientos de salud que realizan anualmente el análisis de situación local de salud.

1. % de establecimientos de salud que oficializa la conformación del personal que realizará el ASIS Local.
2. % de establecimientos de Salud que cuentan con el ASIS Local oportuno.
3. % de establecimientos de salud que utilizan el ASIS local como insumo para el diseño del Plan de Salud Local.

Estándar N°21: % de establecimientos de salud que promueven la cultura de la toma de decisiones basada en la información

1. % de establecimientos de salud que usa mecanismos de difusión y retroalimentación de la información.
2. % de establecimientos de salud que generan espacios de análisis de información participativa y son documentadas.
3. % de establecimientos de salud que cuenta con un espacio (Sala de Situación de Salud) donde se muestra la información relevante y está actualizada.
4. % de establecimientos de salud que evalúa periódicamente la calidad de la información proporcionada a los usuarios internos.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 36% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 18..... 43%

Estándar N° 19..... 31%.

Estándar N° 20..... 17%

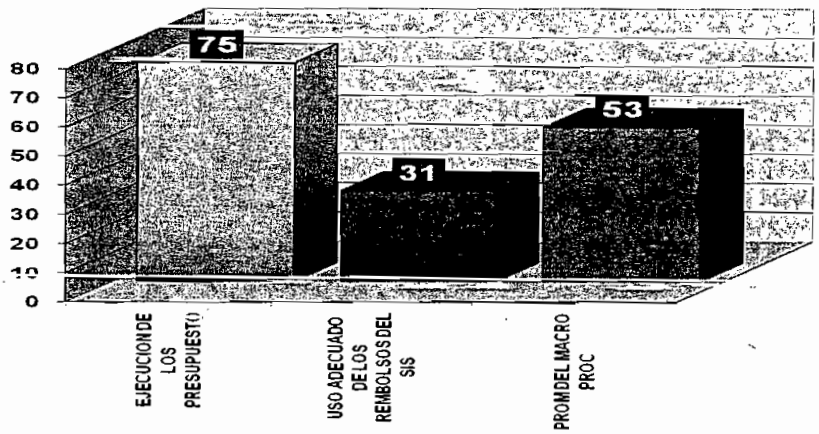
Estándar N° 21..... 46%

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados.

1. El 71% de ES visitados, NO ha identificado su brecha de recursos informáticos (software, equipos de cómputo y comunicaciones) y de personal de sistemas.
2. El 72% de ES visitados NO cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de los resultados.
3. El 90% de ES visitados, NO cuenta con presupuesto para mejora y mantenimiento de los recursos informáticos y de comunicaciones.
4. El 76% de ES visitados NO cuenta con el ASIS Local oportuno.
5. El 67% ES visitados No evalúa periódicamente la calidad de la información proporcionada a los usuarios internos.

7.- MACROPROCESO: GESTION DEL FINANCIAMIENTO.



a) INDICADORES:

Estándar N° 22: % de establecimientos de salud que ejecutan adecuadamente los presupuestos asignados según norma vigente.

1. % de establecimientos de salud que han ejecutado más del 90% del DS 022, conforme a los procedimientos de la norma.
2. % de establecimiento de salud que han rendido oportunamente todo lo ejecutado del presupuesto asignado según el DS 022.
3. % de establecimiento de salud que se ajustan a las norma de austeridad y uso racional de los recursos.

Estándar N° 23: % de establecimientos de salud que ejecutan los reembolsos del SIS de manera adecuada de acuerdo con las normas vigentes.

1. % de establecimientos de salud que reciben íntegramente sus reembolsos del SIS.
2. % de establecimientos de salud que ejecutan adecuadamente los reembolsos del SIS de acuerdo a la norma vigente.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 53% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 22..... 75%.

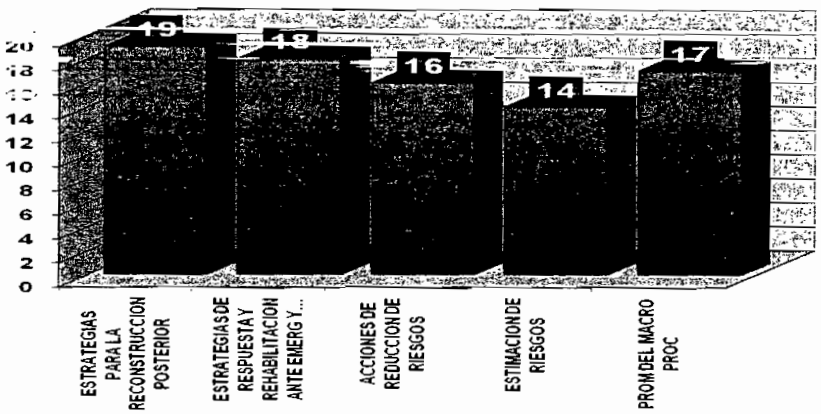
Estándar N° 23..... 31%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 81% de ES visitados, NO recibe íntegramente sus reembolsos del SIS.
2. El 57% de ES visitados ejecuta adecuadamente los reembolsos del SIS de acuerdo a la norma vigente.
3. El 71 de ES visitados a ejecutado más del 90% del DS 022, conforme a los procedimientos de la norma.
4. El 62% de ES visitados ha rendido oportunamente todo lo ejecutado del presupuesto asignado según el DS 022.

8.- MACROPROCESO: EMERGENCIAS Y DESASTRES.



a) INDICADORES:

Estándar N° 24: % de establecimientos de salud que adoptan las acciones para la estimación de riesgos.

1. % de Establecimientos de salud que tienen establecido la identificación de Vulnerabilidades y amenazas o peligros natural, entrópico y social que ocasione emergencias y desastres y es de conocimiento del personal

Estándar N° 25: % de establecimientos de salud que adoptan las acciones para la reducción de riesgos; reducción de la vulnerabilidad, prevención y preparación.

1. % de establecimientos de salud que tienen establecido su Comité de Emergencias y Desastres y es de conocimiento del personal.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con Plan de Prevención y Atención de emergencias y desastres que incluye el análisis de las amenazas (principales emergencias y desastres internos y externos) y la evaluación de la vulnerabilidad institucional actualizado.
3. % de establecimientos de salud que cuentan con planes de contingencia específicos frente a eventos recurrentes a nivel local: Temporada de Frío, Temporada de Lluvias, Año nuevo, Fiestas Patronales y otros eventos.
4. % de establecimientos de salud que cuenta con financiamiento los Planes de Prevención y Atención, Planes de Contingencia por parte de las unidades ejecutoras (POI Institucional) o Gobiernos locales.
5. % de establecimientos de salud que cuentan con las rutas de acceso externa e interna, vías de circulación interna despejadas y existe la señalización para la evacuación ante emergencias.
6. % de establecimientos de salud que dispone de personal de salud capacitado frente a emergencias y desastres, brigada de evaluación de daños, brigada de atención inicial y otras.
7. % de establecimientos de salud que participan en las actividades de la Comisión de Salud del Comité Distrital de Defensa Civil, en los Comité de Salud de la localidad para articular actividades a nivel multisectorial en la localidad frente a emergencias masivas y desastres.

Estándar N° 26: % de establecimientos de salud que disponen de estrategias y medios para la respuesta y rehabilitación ante situaciones de emergencias y desastres.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con planes de Respuesta 2010 local frente las emergencias no previsibles, no recurrentes: de las provincias o distritos: Incendios, Inundaciones y otros evento.
2. % de establecimientos de salud que tienen disponible equipos de comunicación alternativa, grupo electrógeno, panel solar, almacén de agua, insumos y materiales para responder a emergencias y desastres.
3. % de establecimientos de salud que cuentan con ambientes dentro o fuera del EESS para la expansión asistencial, albergue de afectados y la gestión de cadáveres.
4. % de establecimientos que realizan simulacros con la participación de otros sectores y la comunidad frente a emergencias, desastres en forma periódica.

Estándar N° 27: % de establecimientos de salud que disponen de estrategias y medios para la reconstrucción posterior de emergencias y desastres.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con personal de salud capacitado como brigada de evaluación de daños.
2. % de establecimientos de salud que Coordinan con los Gobiernos locales para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 17% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar No 24..... 14%

Estándar No 25..... 16%.

Estándar No 26..... 18%.

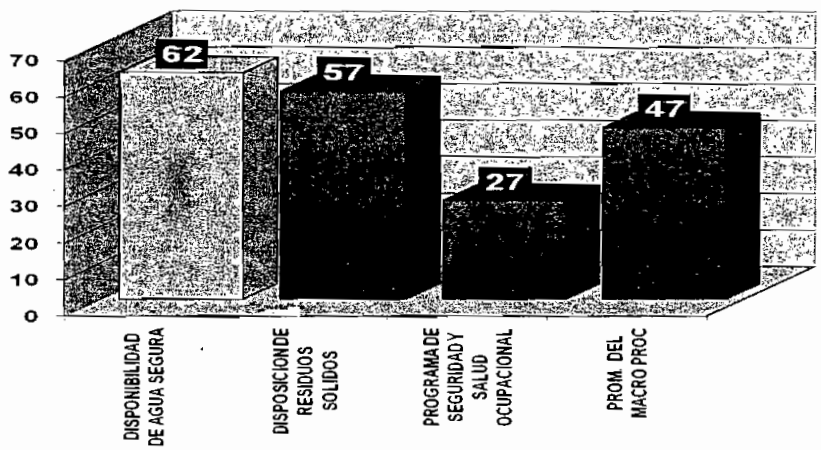
Estándar No 27..... 19%.

Procesos Claves:

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 86% de ES visitados, NO identifico la vulnerabilidad, amenazas o peligros natural, entrópico y social que ocasione emergencias y desastres y es de conocimiento del personal
2. El 95% de ES visitados NO cuenta con plan de Prevención y Atención de emergencias y desastres que incluye el análisis de las amenazas (principales emergencias y desastres internos y externos) y la evaluación de la vulnerabilidad institucional actualizado.
3. El 81% de ES visitados, NO cuentan con planes de contingencia específicos frente a eventos recurrentes a nivel local: Temporada de frio, Temporada de Lluvias, Año nuevo, Fiestas patronales y otros eventos.
4. El 95% de ES visitados NO cuenta con personal de salud capacitado frente a emergencias y desastres, brigada de evaluación de daños, brigada de atención inicial y otras.
5. El 95% de ES visitados, NO cuentan con planes de Respuesta 2010 local frente las emergencias no previsibles, no recurrentes: de las provincias o distritos: Incendios, Inundaciones y otros evento.
6. El 71% de ES visitados NO se tiene disponible equipos de comunicación alternativa, grupo electrógeno, panel solar, almacén de agua, insumos y materiales para responder a emergencias y desastres.
7. El 81% de ES visitados, NO se realizan simulacros con la participación de otros sectores y la comunidad frente a emergencias, desastres en forma periódica.
8. El 76% de ES visitados NO realiza coordinaciones con los Gobiernos locales para la gestión de los recursos y el financiamiento para Reconstrucción o Proyectos de Inversión de Emergencia.

9.- MACROPROCESO: ATENCION DE RIESGOS



a) INDICADORES:

Estándar N° 28: % de establecimientos de salud que garantiza la disponibilidad de agua segura.

1. % de establecimientos de salud que tiene personal capacitado en medidas de saneamiento básico y agua segura.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con equipo comparador de cloro y pastillas DPD (dixodialquil 1,4 fenilendiamina o N.N-dietil-p-fenilendiamina) para la determinación del cloro residual libre para el agua segura.
3. % de establecimiento de salud que cuentan con insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano en caso de que la concentración del cloro residual libre, evaluado en ítem anterior, esté baja (menos de 0.2 ppm).

Estándar N° 29: % de establecimientos de salud que han definido un programa de seguridad y salud ocupacional.

1. % de establecimientos de salud que realizan la identificación, evaluación y control de riesgos ocupacionales y el mapa de riesgos ocupacionales en todos los ambientes de atención en salud.
2. % de establecimientos de salud que realizan la vigilancia de la salud de los trabajadores de la salud, los exámenes médicos ocupacionales priorizados.
3. % de establecimientos de salud que cuenta con personal que conoce el procedimiento a seguir ante accidentes punzocortantes y efectúa el reporte respectivo y queda registrado.

Estándar N° 30: % de establecimientos de salud que garantiza la disposición de residuos sólidos

1. % de establecimientos de salud que cuenta con un Plan de Manejo de Residuos Sólidos.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con insumos (tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, etc.) para el manejo de sus residuos sólidos.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 47% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 28..... 62%

Estándar N° 29..... 27%.

Estándar N° 30..... 57%.

Procesos Claves

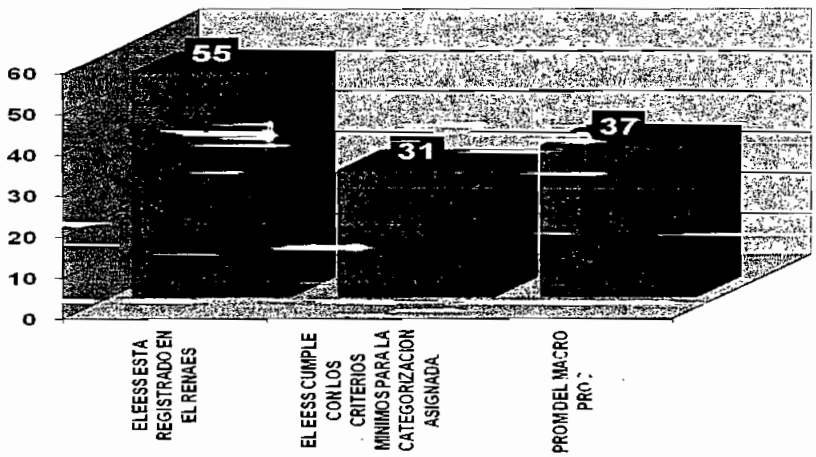
Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 57% de ES visitados, NO cuenta con insumo (hipoclorito de calcio) para realizar desinfección de agua para consumo humano en caso de que la concentración del cloro residual libre, evaluado en ítem anterior, esté baja (menos de 0.2 ppm)
2. El 90% de ES visitados NO ha realizado la identificación, evaluación y control de riesgos ocupacionales y el mapa de riesgos ocupacionales en todos los ambientes de atención en salud.
3. El 76% de ES visitados NO se realiza la vigilancia de la salud de los trabajadores de la salud, los exámenes médicos ocupacionales priorizados.
4. El 61% de ES visitados, El personal NO conoce el procedimiento a seguir ante accidentes

punzocortantes y efectúa el reporte respectivo y queda registrado.

5. El 67% de ES visitados NO cuenta con Plan de Manejo de Residuos Sólidos.
6. El 76% de ES visitados SI cuenta con equipo comparador de cloro y pastillas DPD (dixodialquil 1,4 fenilendiamina o N.N-dietil-p-fenilendiamina) para la determinación del cloro residual libre para el agua segura.
7. El 77% de ES visitados SI cuenta con insumos (tachos, bolsas, recipientes rígidos, coches, etc.) para el manejo de sus residuos sólidos.

10.- MACROPROCESO: CATEGORIZACION.



a) INDICADORES:

Estándar N° 31: % de establecimientos de salud que están registrado en el registro nacional de establecimientos de salud, RENAES y actualiza sus datos permanentemente.

1. % de establecimiento de salud que se encuentra registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) y tiene asignado el Código Único RENAES.
2. % de establecimientos de salud que tienen actualizada la información consignada en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) (datos del establecimiento, datos adicionales, director médico o responsable de la atención) usuarios.

Estándar N° 32: % de establecimientos de salud que cumple con los criterios mínimos para la categoría asignada.

1. % de establecimiento de salud que cumple con las Unidades Productoras de Servicios según categoría.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con Personal de salud que garantiza el funcionamiento del establecimiento, según categoría.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 37% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 31..... 55%

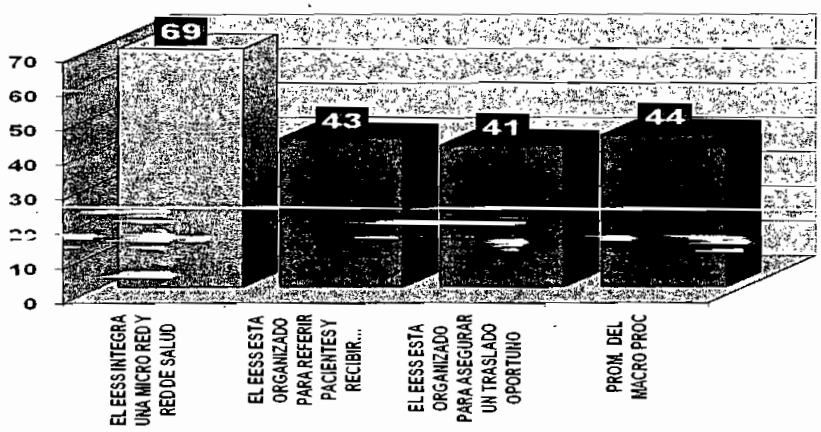
Estándar N° 32..... : 31%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados

1. El 71% de ES visitados, NO tiene actualizada La información consignada en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) (datos del establecimiento, datos adicionales, director médico o responsable de la atención).
2. El 62% de ES visitados NO cumple con las Unidades Productoras de Servicios según categoría.
3. El 76% de ES visitados NO tiene el personal de salud que garantiza el funcionamiento del establecimiento de salud, según categoría.
4. El 81% de ES visitados SI se encuentra registrado en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (RENAES) y tiene asignado el Código Único RENAES.

11.- MACROPROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA



a) INDICADORES:

Estándar N° 33: % de establecimientos de salud que integra una microrred y red de salud.

1. % de establecimientos de salud que integran formalmente a una Micro red y Red de Salud.
2. % de establecimientos de salud que dispone de personal que conoce a que Micro red y Red de Salud, integra.

Estándar N° 34: % de establecimientos de salud que está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con los Mapas de flujos de Referencia y

Contrarreferencia.

2. % de establecimientos de salud que realizan la referencia según mapas de flujos (consulta externa, emergencia, apoyo al diagnóstico).
3. % de establecimientos de salud que aplican los procedimientos establecidos documentados para la referencia y contrarreferencia.
4. % de establecimientos de salud que cuentan con la Cartera de Servicios actualizada.
5. % de establecimiento de salud que tienen disponible algún mecanismo de comunicación (radial, telefónico, internet u otros), con los puntos de referencia.

Estándar N° 35: % de establecimientos de salud que están organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro al paciente.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con servicio de transporte para traslado de pacientes referidos y está disponible las 24 horas del día.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con equipamiento básico, listado mínimo de medicamentos e insumos según tipo de transporte asistido.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 44% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 33..... 69%

Estándar N° 34..... 43%.

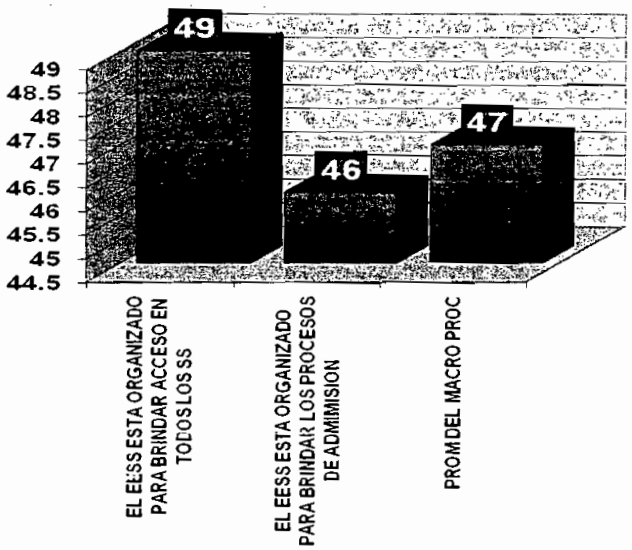
Estándar N° 35..... 41%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados

1. El 90% de ES visitados, NO cuenta con los Mapas de flujos de Referencia y Contrarreferencia.
2. El 66.7% de ES visitados NO aplica los procedimientos establecidos documentados para la referencia y contrarreferencia.
3. El 76.2% de ES visitados NO cuenta con la Cartera de Servicios actualizada.
4. El 81% de ES visitados cuenta con servicio de transporte para traslado de pacientes referidos y está disponible las 24 horas del día.
5. El 100% de ES visitados NO cuenta con equipamiento básico, listado mínimo de medicamentos e insumos según tipo de transporte asistido.
6. El 95% de ES visitados tiene disponible algún mecanismo de comunicación (radial, telefónico, internet u otros), con los puntos de referencia

12.- MACROPROCESO: ORGANIZACIÓN INTERNA



a) INDICADORES:

Estándar N° 36: % de establecimientos de salud que están organizado para brindar acceso a los usuarios en todos los servicios.

1. % de establecimientos de salud que dispone de señalización externa que identifica al Establecimiento de Salud.
2. % de establecimientos de salud que dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia
3. % de establecimientos de salud que dispone de personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios.
4. % de establecimientos de salud que dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos.
5. % de establecimientos de salud que dispone de ambientes señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rótulos para población analfabeta)
6. % de establecimientos de salud que tienen consultorios asignados y señalizados por etapas de vida: consultorio de niños, consultorio de adolescentes, consultorio de la mujer, consultorio del adulto y del adulto mayor.
7. % de establecimientos de salud cuya distribución de ambientes de los servicios, tiene en cuenta los procedimientos que se realizan: Existe contigüidad y complementariedad de servicios que facilite la "inter consulta". El tópico o ambiente de emergencia es fácilmente visible, accesible que permita maniobras de ingreso y salida fácil el tipo de usuario y la demanda
8. % de establecimientos de salud que disponen de la adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes.
9. % de establecimientos de salud que disponen de servicios higiénicos por genero y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.

Estándar N° 37: % de establecimientos de salud que están organizado para brindar el proceso de admisión a los usuarios con oportunidad, continuidad, privacidad, confidencialidad y confort.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con un directorio o padrón de usuarios de la población adscrita de su jurisdicción y que identifica tipo de seguro, asigna historias clínicas por etapa de vida estandarizadas y ficha familiar calidad
2. % de establecimientos de salud que cuentan con archivo de historias clínicas en carpeta familiar y por sectores (barrios, comunidades)
3. % de establecimientos de salud cuyo proceso diario de recojo / archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos criticos que podrían alterar su conservación / tenencia.
4. % de establecimientos de salud que disponen de personal con competencias para orientar a los usuarios según sus necesidades y hace detección de signos y síntomas de enfermedades/riesgos en vigilancia epidemiológica : triaje (no se realiza toma de funciones vitales ni mediciones antropométricas)
5. % de establecimientos de salud que disponen de un mecanismo y ambiente para toma de muestras de enfermedades transmisibles: malaria, gripe, TBC, con condiciones de bioseguridad.
6. % de establecimientos de salud que disponen de un plan de contingencia y el material necesario para separar el flujo de atención en casos de epidemias de dengue, gripe
7. % de establecimientos de salud que disponen en los consultorios de condiciones de privacidad para la atención del usuario.
8. % de establecimientos de salud que usa sistema de citas programadas y tiene establecido el procedimiento.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 47% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 36..... 49%

Estándar N° 37..... 46%.

Procesos Claves

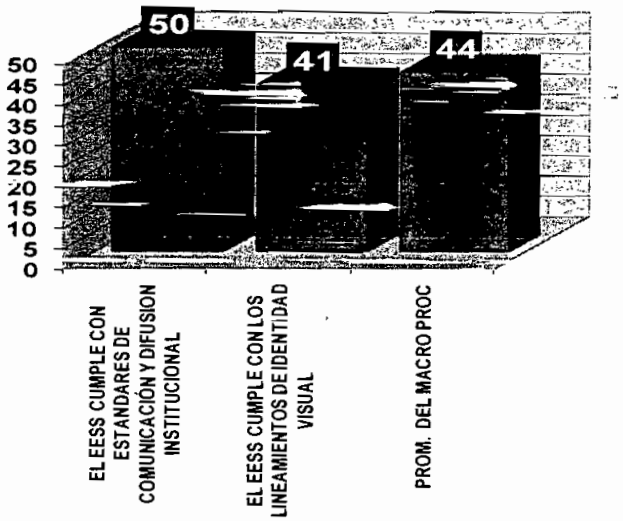
Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 76% de ES visitados, NO dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos
2. El 62.7% de ES visitados NO dispone de adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes.
3. El 71% de ES visitados NO dispone de servicios higiénicos por genero y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente
4. El 62% de ES visitados, Los ambientes SI se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rótulos para población analfabeta)
5. El 71% de ES visitados, NO Cuenta con un directorio o padrón de usuarios de la población adscrita de su jurisdicción y que identifica tipo de seguro, asigna historias clínicas por etapa de vida estandarizadas y ficha familiar.
6. El 76% de ES visitados, El archivo de historias clínicas NO es en carpeta familiar y por sectores

(barrios, comunidades).

7. El 71% de ES visitados NO usa sistema de citas programadas y no tiene establecido el procedimiento.
8. El 81% de ES visitados, En los consultorios SI dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.
9. El 62% de ES visitados, SI dispone de un mecanismo y ambiente para toma de muestras de enfermedades transmisibles : malaria, gripe, TBC, con condiciones de bioseguridad

13.- MACROPROCESO: IMAGEN INSTITUCIONAL



a) INDICADORES:

Estándar N° 38: % de establecimientos de salud que cumplen con los lineamientos de identidad visual institucional acorde a la norma vigente.

1. % de establecimientos de salud usan el logotipo oficial regional en rotulación externa e interna.
2. % de establecimientos de salud que usan el logotipo oficial regional en documentación interna, externa y material comunicacional.
3. % de establecimientos de salud que el personal dispone del vestuario institucional.
4. % de establecimientos de salud que desarrollan Identificación institucional del personal médico, no médico, técnico y administrativo.
5. % de establecimientos de salud que cuentan con la Ambientación externa e interna con el uso de colores institucionales.
6. % de establecimientos de salud que cuentan con Rotulación vehicular de unidades de transporte y ambulancias.

Estándar N° 39: % de establecimientos de salud que cumple con los estándares de comunicación y difusión institucional.

1. % de establecimientos de salud que realizan acciones de prensa con medios de comunicación.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con directorio institucional e interinstitucional actualizado.

3. % de establecimientos de salud que tienen una organización y soporte de actividades protocolares y réplica de efemérides.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 44% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 38..... 41%

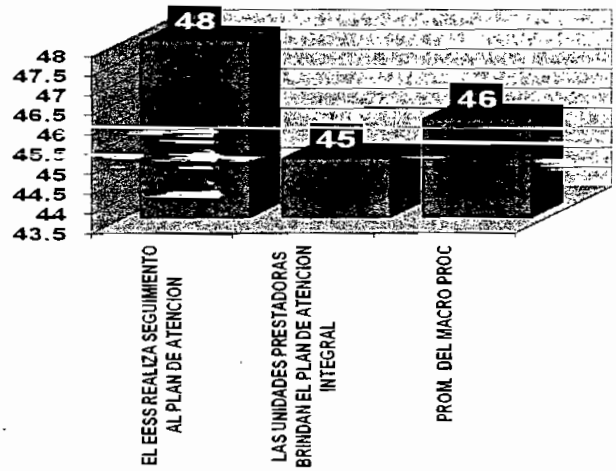
Estándar N° 39..... 50%.

Procesos Claves:

Se alcanzaron los siguientes resultados

1. El 71% de ES visitados, NO usa el logotipo oficial regional en rotulación externa e interna.
2. El 76% de ES visitados, NO tiene Identificación institucional del personal médico, no médico, técnico y administrativo.
3. El 67% de ES visitados NO tiene ambientación externa e interna con el uso de colores institucionales.
4. El 62% de ES visitados, Si tiene rotulación vehicular de unidades de transporte y ambulancias.

14.- MACROPROCESO: ATENCION AMBULATORIA



a) INDICADORES:

Estándar N° 40: % de establecimientos de salud cuyas unidades prestadoras brindan el plan de atención integral a los usuarios según etapas de vida.

1. % de establecimientos de salud cuyo profesional / técnico que realiza la atención, utiliza la HC normada por etapa de vida y es llenada adecuadamente. Usuarios.
2. % de establecimientos de salud que garantizan el Paquete de atención integral según etapa de vida.
3. % de establecimientos de salud cuyo profesional / técnico que realiza la atención identifica las

enfermedades y riesgos bajo vigilancia epidemiológica y notifica a la unidad correspondiente.

4. % de establecimientos de salud que cuenta con el servicio ordenado, con el mobiliario, material médico, equipo médico, historias clínicas para la realización de los procedimientos según etapa de vida, género y cartera de servicio.

Estándar N° 41: % de establecimientos de salud que realiza el seguimiento a los planes de atención y se tiene un mecanismo de recuperación para garantizar su cumplimiento.

1. % de establecimientos de salud dispone en físico, en los servicios, de la NTS / GPC de la ESN / Etapa de Vida según corresponda.
2. % de establecimientos de salud que cumplen con tener La HC llenada en todos sus acápites y hay coherencia entre examen clínico, hechos vitales con el diagnostico y el tratamiento según NTS-GPC.
3. % de establecimientos de salud cuyos servicios hacen el seguimiento del cumplimiento de sus planes y tiene un mecanismo establecido de recuperación de no cumplimiento o abandono.
4. % de establecimientos de salud cuyos servicios disponen de los instrumentos de seguimiento de referencia y contrarreferencia.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 46% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 40..... 45%

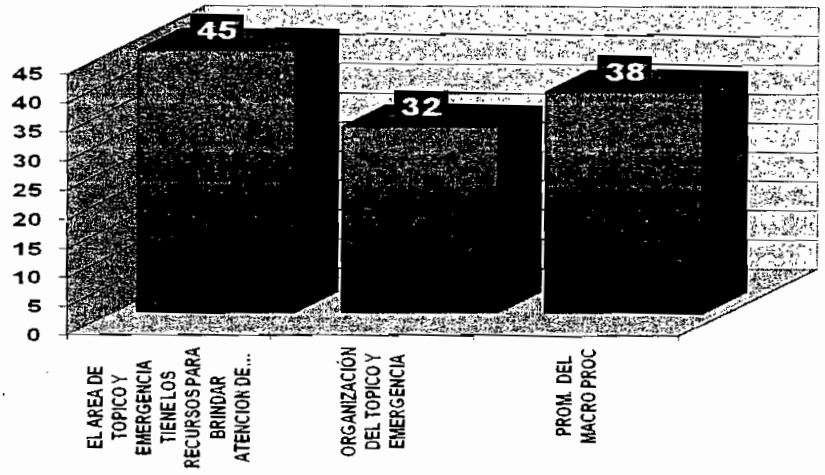
Estándar N° 41..... 48%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 71% de ES visitados, El profesional / técnico que realiza la atención, NO utiliza la HC normada por etapa de vida y es llenada adecuadamente.
2. El 62% de ES visitados, NO se garantiza el Paquete de atención según etapa de vida.
3. El 76.2% de ES visitados, El servicio NO está ordenado, NO cuenta con el mobiliario, material médico, equipo médico, historias clínicas para la realización de los procedimientos según etapa de vida, genero y cartera de servicio.
4. El 66% de los ES visitados, El servicio NO dispone de los instrumentos de seguimiento de referencia y contrarreferencia.
5. El 71% de ES visitados, La HC NO está llenada en todos sus acápites y hay coherencia entre examen clínico, hechos vitales con el diagnostico y el tratamiento según NTS-GPC.
6. El 86% de ES visitados el servicio SI dispone en físico de la NTS / GPC de la ESN / Etapa de Vida según corresponda.

15.- MACROPROCESO: ATENCION URGENCIAS Y EMERGENCIAS



a) INDICADORES:

Estándar N° 42: % de establecimientos de salud donde el tópico o área de emergencia está organizado para brindar la atención de usuarios en situación de urgencia y emergencia.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tópico o área de emergencia.
2. % de establecimientos de salud que tienen publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias.
3. % de establecimientos de salud que cuentan con el servicio de tópico o área de emergencia accesible al ingreso del establecimiento y se cuenta con un flujo para la atención de urgencias / emergencias.
4. % de establecimientos de salud que cuenta con programación mensual y diaria de los recursos humanos del tópico o área de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, entre otros) en lugar visible para los usuarios.
5. % de establecimientos de salud que disponen de los medicamentos e insumos para las Claves Roja, Azul y Amarilla, para la atención de las emergencias obstétricas.

Estándar N° 43: % de establecimientos de salud donde el tópico o área de emergencia dispone de los recursos necesarios para brindar atención en forma inmediata.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con un kit completo de equipos, medicamentos e insumos establecidos para atención de las emergencias obstétricas y neonatales y están disponibles para su obtención inmediata.
2. % de establecimientos de salud que cuentan con el equipamiento para el traslado interno de los pacientes, está disponible y en lugar accesible (silla de ruedas, camillas, entre otros)

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 38% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 42..... 32%

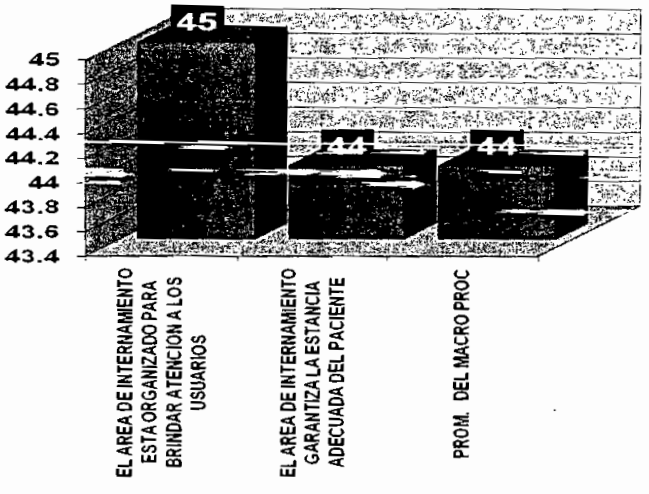
Estándar N° 43..... 45%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 95% de ES visitados, NO tiene publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias.
2. El 62% de ES visitados, el servicio de tópico o área de emergencia NO es accesible al ingreso del establecimiento y se cuenta con un flujo para la atención de urgencias / emergencias.
3. El 86% de ES visitados, NO dispone de los medicamentos e insumos para las Claves Roja, Azul y Amarilla, para la atención de las emergencias obstétricas.
4. El 91% de ES NO cuenta con un kit completo de equipos, medicamentos e insumos establecidos para atención de las emergencias obstétricas y neonatales y están disponibles para su obtención inmediata.
5. El 81% de ES visitados Si cuenta con el equipamiento para el traslado interno de los pacientes está disponible y en lugar accesible (silla de ruedas, camillas, entre otros)

16.- MACROPROCESO: ATENCION DE INTERNAMIENTO



a) INDICADORES:

Estándar N° 44: % de establecimientos de salud que cuentan con área de internamiento organizado para brindar la atención de usuarios.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con área de internamiento que dispone del Libro de registro de ingresos y egresos.
2. % de establecimiento de salud que publican la relación de pacientes internados.
3. % de establecimiento de salud que cuentan con personal de salud asignado al ambiente de

internamiento en forma permanente.

4. % de establecimientos de salud que disponen de horarios establecidos de visita de profesionales de salud determinados por el establecimiento de salud y se cumplen los mismos.
5. % de establecimientos de salud que cuentan con las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.

Estándar N° 45: % de establecimientos de salud que cuentan con área de internamiento que garantiza la estancia adecuada del paciente.

1. % de establecimientos de salud que cuentan con área de internamiento que dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos.
2. % de establecimientos de salud que brinda alimentación a los pacientes de internamiento.
3. % de establecimientos de salud que dispone de ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 44% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 44..... 45%

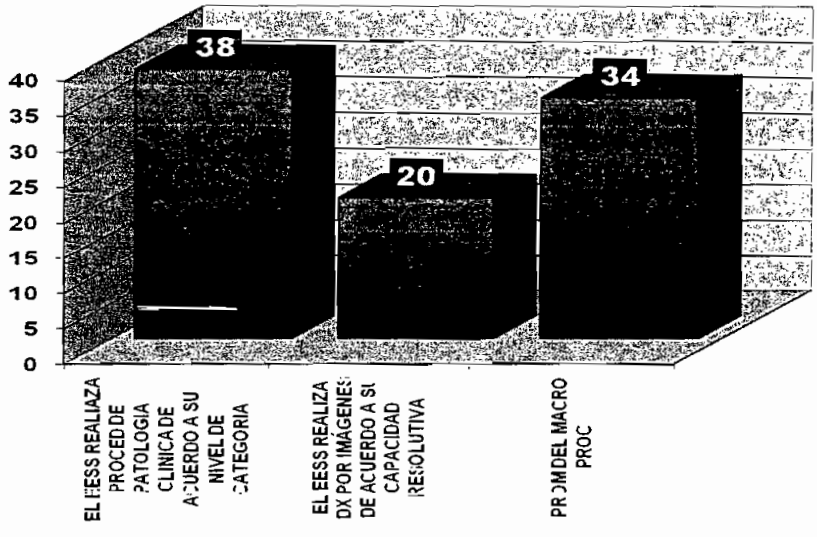
Estándar N° 45..... 44%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 86% de ES visitados, NO publica la relación de pacientes internados.
2. El 52% de ES NO cuenta con personal de salud asignado al ambiente de internamiento en forma permanente.
3. El 71% de ES visitados, NO Existen horarios establecidos de visita de profesionales de salud determinados por el establecimiento de salud y se cumplen los mismos.
4. El 86% de ES visitados, NO brinda alimentación a los pacientes de internamiento.
5. El 81% de ES NO dispone de ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas.
6. El 86% de ES visitados, el área de internamiento SI dispone de ambiente (s) exclusivos y con servicios higiénicos.
7. El 66% de ES visitados, Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento SI están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.

17.- MACROPROCESO: ATENCION DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOINTERNAMIENTO



a) INDICADORES:

Estándar N° 46: % de establecimientos de salud que realizan procedimientos de patología clínica de acuerdo a su capacidad resolutiva.

1. % de establecimientos de salud que realizan los procedimientos de laboratorio de acuerdo a su categoría.
2. % de establecimientos de salud que registran los resultados de los exámenes en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado.
3. % de establecimientos de salud que el tomador de muestras registra el envío de la muestra, y la recepción de los resultados.

Estándar N° 47: % de establecimientos de salud que realizan procedimientos de diagnostico por imágenes de acuerdo a su capacidad resolutiva.

1. % de establecimientos de salud que realizan los procedimientos de diagnóstico por imágenes según FON (ecografía)
2. % de establecimientos de salud que cuentan con El Equipo Rayos X con licencia de operación vigente del Instituto Peruano de Energía Nuclear los usuarios.
3. % de establecimientos de salud cuyo personal del servicio de diagnóstico por imágenes cuenta y usa medios de protección y dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 34% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 46..... 38%

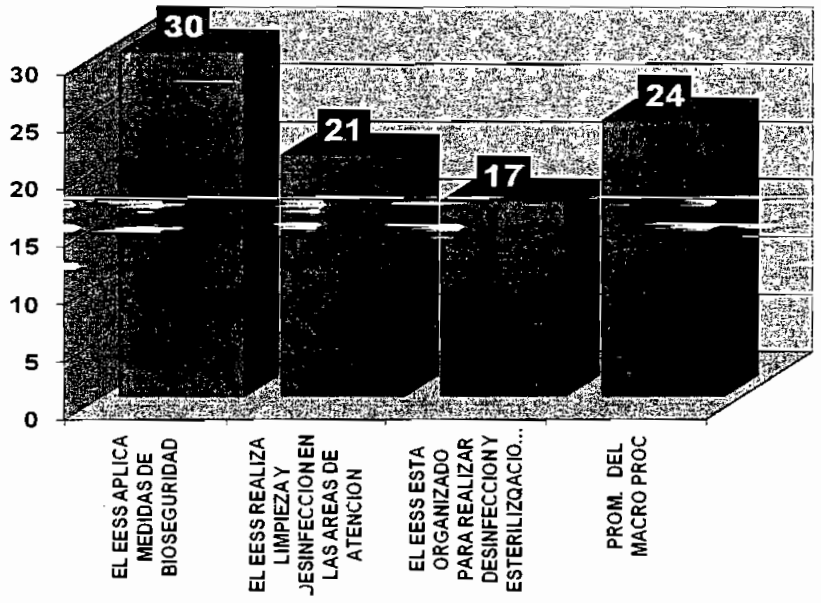
Estándar N° 47..... 20%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 76% de ES visitados, NO realiza procedimientos de laboratorio de acuerdo a su categoría.
2. El 100% de ES visitados, El Equipo Rayos X NO cuenta con licencia de operación vigente del Instituto Peruano de Energía Nuclear.
3. El 90% de ES visitados, El personal del servicio de diagnóstico por imágenes NO cuenta, ni usa medios de protección y dosímetro para vigilar la exposición potencial a la radiación.
4. El 52% de ES visitados, NO realiza procedimientos de diagnóstico por imágenes según FON (ecografía).
5. El 62% de ES visitados, Los resultados de los exámenes NO se registran en medios manuales o en sistema informático ni se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado

18.- MACROPROCESO: ESTERILIZACION, LAVADO Y LIMPIEZA



a) INDICADORES:

Estándar N° 48: % de establecimientos de salud que aplica medidas de bioseguridad.

1. % de establecimientos de salud cuyo Personal de salud cumple con los principios de bioseguridad (lavado de manos, equipos de protección personal, y eliminación de residuos punzocortantes). de los usuarios.

2. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud cuenta con insumos (agua, jabón, papel toalla) para el lavado de manos en todas las áreas de atención al paciente (*).
3. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud cuenta con los Equipos de Protección Personal (Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandilón, Guantes, Botas).

Estándar N° 49: % de establecimientos de salud que están organizado e implementado para realizar procedimientos de desinfección y esterilización de materiales y equipos.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con recursos y realiza los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente usuarios.
2. % de establecimientos de salud que cuenta con área para realizar el proceso de esterilización.
3. % de establecimientos de salud que cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.

Estándar N° 50: % de establecimientos de salud que están organizado e implementado para realizar la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente.

1. % de establecimientos de salud que cuenta con recursos y realiza la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente de acuerdo a norma.
2. % de establecimientos de salud cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 24% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 48..... 30%

Estándar N° 49..... 17%.

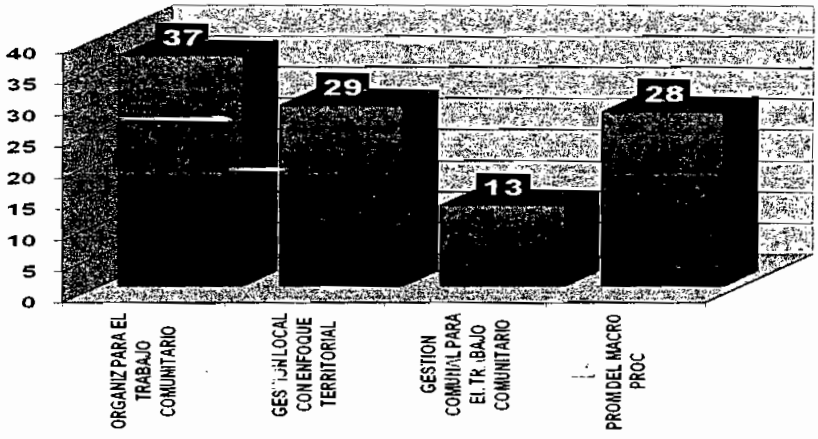
Estándar N° 50..... 21%

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 86% de ES visitados, el Personal de salud NO cumple con los principios de bioseguridad (lavado de manos, equipos de protección personal, y eliminación de residuos punzo cortantes).
2. El 66% de ES visitados, El personal de salud NO cuenta con insumos (agua, jabón, papel toalla) para el lavado de manos en todas las áreas de atención al paciente .
3. El 57% de ES visitados el personal de salud NO cuenta con los Equipos de Protección Personal (Gorro, Lentes, Mascarilla, Mandilón, Guantes, Botas).
4. El 95% de ES visitados, NO cuenta con recursos, ni realiza los procedimientos de limpieza de acuerdo a la normatividad vigente.
5. El 81% de ES visitados, NO cuenta con área para realizar el proceso de esterilización.
6. El 71% de ES visitados, NO cuenta con equipos esterilizadores operativos y validados.
7. El 81% de ES visitados, NO cuenta con recursos, ni realiza la limpieza y desinfección de las áreas de atención al paciente de acuerdo a norma.
8. El 76% de ES visitados, NO cuenta con personal capacitado para realizar limpieza y desinfección

19.- MACROPROCESO: PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD



a) INDICADORES:

Estándar N° 51: % de establecimientos de salud que fortalece la gestión local con un enfoque territorial.

1. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión integra y fortalece una Instancia de Articulación y Coordinación Distrital -(Mesa de Lucha Contra la Pobreza, Mesa de Concertación Multisectorial de Meta CRECER, entre otros), liderada por el Gobierno Local.
2. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión a través de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital promueve la incorporación de acciones de Promoción de la Salud y prevención del riesgo en el Plan Concertado de Desarrollo Local.
3. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión dispone de información del grado de avance y ejecución de gasto de las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo del Plan Concertado de Desarrollo Local.
4. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión promueve el desarrollo de la Gestión de la Información distrital mediante cualquier aplicativo (Ejemplo: SIGOL, SISMUNI, entre otros).

Estándar N° 52: % de establecimientos de salud que están organizados para realizar el trabajo comunitario en salud.

1. % de establecimiento de salud que cuenta con personal de salud asignado y dispone de los datos de la Sectorización Comunal actualizada de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
2. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud dispone permanentemente del Directorio de actores sociales del ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
3. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud dispone de datos del último Censo comunal de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
4. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud desarrolla tareas planificadas de acciones educativas que generen prácticas saludables (sesiones demostrativas, visita domiciliaria, consejería nutricional, lavado de manos, entre otros.)
5. % de establecimientos de salud que cuentan con un registro de Agentes Comunitarios en Salud identificados y capacitados según las prioridades locales.
6. % de establecimientos de salud cuyo personal promueve y facilita la implementación del

Programa de Familias y Viviendas Saludables.

7. % de establecimientos de salud cuyo personal cuenta con un compromiso intersectorial para implementar el programa de promoción de la salud en Instituciones Educativas.
8. % de establecimientos de salud cuyo personal promueve y facilita la planificación de la promoción de la salud en la institución educativa en el marco de la matriz de reconocimiento de logros.
9. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud realiza capacitación a docentes para el desarrollo de ejes temáticos de promoción de la salud (Higiene, alimentación y nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, etc.) y para la implementación de medidas preventivas de enfermedades prevalentes (EDA, IRA, Influenza, Dengue, etc.) de su ámbito.
10. % de establecimientos de salud cuyo personal realiza monitoreo y evaluación de los programas de promoción de la salud.

Estándar N° 53: % de establecimientos de salud que fortalecen la gestión comunal para realizar el trabajo comunitario en salud.

1. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión promueve y facilita el funcionamiento de una Instancia Articulada de Coordinación Comunal - I.A.C.C. (Ejemplo: CODECO, COGECO, CODEL, ECO, SIVICO, Junta Vecinal, Junta de Regantes, Asentamientos Humanos, Asociación de Propietarios, etc.) en donde participan los Agentes Comunitarios en Salud usuarios
2. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión participa en la elaboración del Plan Comunal Anual a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal y facilitado por el Gobierno Local.
3. % de establecimientos de salud cuyo personal promueve la realización de la Sectorización Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal, del ámbito de su jurisdicción.
4. % de establecimientos de salud cuyo equipo de gestión promueve la realización del Censo Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.
5. % de establecimientos de salud cuyo personal de salud promueve la realización del mapeo de recursos y actores sociales de las comunidades a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal, del ámbito de su jurisdicción.
6. % de establecimientos de salud que promueve y facilita el funcionamiento de Centros de Vigilancia Comunal - en su jurisdicción.
7. % de establecimientos de salud que promueve y facilita el funcionamiento de Comités de Referencia Comunal - en su jurisdicción.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 28% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar N° 51..... 29%

Estándar N° 52..... 37%.

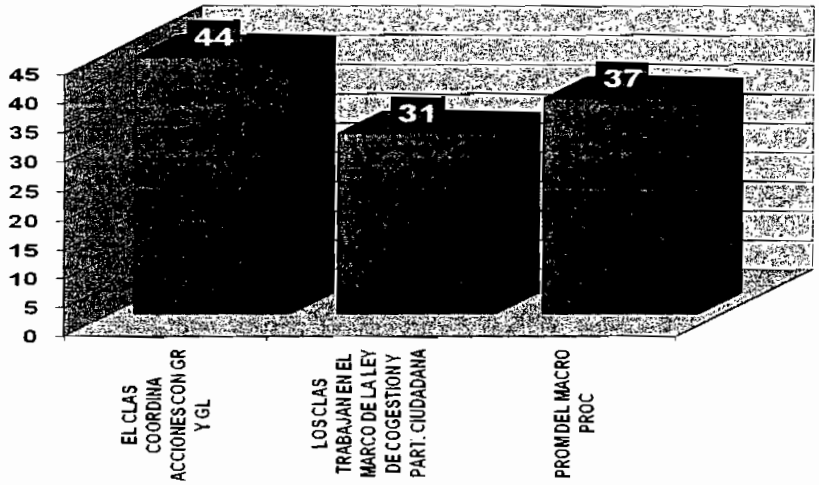
Estándar N° 53..... 13%

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 61% de ES visitados, El equipo de gestión, NO integra y fortalece una Instancia de Articulación y Coordinación Distritai -(Mesa de Lucha Contra la Pobreza, Mesa de Concertación Multisectorial de Meta CRECER, entre otros), liderada por el Gobierno Local.
2. El 71% de los ES visitados, el equipo de gestión, a través de la Instancia de Articulación y Coordinación Distrital NO promueve la incorporación de acciones de Promoción de la Salud y prevención del riesgo en el Plan Concertado de Desarrollo Local.
3. El 76% de los ES visitados, el equipo de gestión, NO dispone de información del grado de avance y ejecución de gasto de las actividades de promoción de la salud y prevención del riesgo del Plan Concertado de Desarrollo Local.
4. El 76% de los ES visitados, El equipo de gestión, NO, promueve el desarrollo de la Gestión de la Información distrital mediante cualquier aplicativo (Ejemplo: SIGOL, SISMUNI, entre otros.).
5. El 67% de ES visitados, NO cuenta con personal de salud asignado y dispone de los datos de la Sectorización Comunal actualizada de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
6. El 76% de ES visitados, El personal de salud NO dispone permanentemente del Directorio de actores sociales del ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
7. El 76% de ES visitados, El personal de salud NO dispone de datos del último Censo comunal de todo el ámbito de la jurisdicción del establecimiento de salud.
8. El 52% de ES visitados NO cuenta con un registro de Agentes Comunitarios en Salud identificados y capacitados según las prioridades locales.
9. El 71% de ES visitados, el personal NO promueve y facilita la implementación del Programa de Familias y Viviendas Saludables.
10. El 66% de los ES visitados, el personal, NO promueve y facilita la planificación de la promoción de la salud en la Institución educativa en el marco de la matriz de reconocimiento de logros.
11. El 90% de ES visitados, El equipo de gestión del establecimiento de salud NO promueve y facilita el funcionamiento de una Instancia Articulada de Coordinación Comunal - I.A.C.C. (Ejemplo: CODECO, COGECO, CODEL, ECO, SIVICO, Junta Vecinal, Junta de Regantes. Asentamientos Humanos. Asociación de Propietarios, entre otros) en donde participan los Agentes Comunitarios en Salud.
12. El 91% de ES visitados, el equipo de gestión, NO participa en la elaboración del Plan Comunal Anual a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal y facilitado por el Gobierno Local.
13. El 76% de ES visitados, El personal NO promueve la realización de la Sectorización Comunal a cargo de la Instancia Articulada de Coordinación Comunal del ámbito de su jurisdicción.
14. El 52% de ES visitados, El personal de salud SI desarrolla tareas planificadas de acciones educativas que generen prácticas saludables (sesiones demostrativas, visita domiciliaria, consejería nutricional, lavado de manos, entre otros).

20.- MACROPROCESO: CLAS Y LA LEY DE COGESTION Y PARTICIPACION CIUDADANA



a) INDICADORES:

Estándar N° 54: % de establecimientos de salud CLAS que trabajan en el marco de la Ley de Cogestión y Participación Ciudadana.

1. % de establecimientos de salud cuyo Gerente del CLAS ha socializado la normatividad vigente a todo el personal de salud a su cargo y a los miembros de la Asamblea General de la CLAS.
2. % de establecimientos de salud CLAS que cuenta con nuevos miembros de la Asamblea General y Consejo Directivo en el marco normativo vigente y cumplen reuniones periódicas según su Estatuto.
3. % de establecimientos de salud CLAS donde El Consejo Directivo de la CLAS ha seleccionado y formalizado al nuevo gerente y este informa mensualmente al Consejo Directivo y semestralmente a la Asamblea general, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos de salud, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros.
4. % de establecimientos de salud CLAS que cuenta y cumple con su Estatuto aprobado en el marco de la normatividad vigente y se encuentra registrado en SUNARP.
5. % de establecimientos de salud CLAS que cuenta con Convenio de Cogestión aprobado por el Gobierno Regional y con el monitoreo del cumplimiento de los términos establecidos, el uso de los recursos, los resultados sanitarios esperados en el marco de la normatividad vigente.
6. % de establecimientos de salud CLAS donde Las partes firmantes del Convenio de Cogestión de la CLAS informan a la ciudadanía sobre los avances de la implementación de la cogestión en salud, el uso de recursos y los resultados sanitarios, en el marco de los procesos de rendición de cuentas mediante un informe público semestral, y publican los resultados en medios de comunicación masivos regional y local.

Estándar N° 55: % de establecimientos de salud que coordinan acciones de salud con el gobierno regional y local de su jurisdicción.

1. % de establecimientos de salud CLAS donde El Consejo Directivo y/o el Gerente de la CLAS coordina y gestiona con el Gobierno Regional, la DIIRESA, la Red, Microrred, y el Gobierno Local según corresponda, las acciones de salud y gestión de la administración de los recursos

económicos, financieros, humanos, infraestructura y equipamiento en el marco normativo vigente, para el cumplimiento del PSL.

2. % de establecimientos de salud CLAS donde Las acciones del PSL y los proyectos de la CLAS están incluidos en los presupuestos participativos y otras fuentes de financiamiento a nivel local y/o regional.
3. % de establecimientos de salud CLAS que reciben algún tipo de apoyo del Alcalde de su jurisdicción y/o de alguna otra institución pública o privada (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, y otros).
4. % de establecimientos de salud CLAS cuyo Consejo Directivo informa a la Asamblea General sobre la ejecución presupuestal, la ejecución del PSL, en forma trimestral.
5. % de establecimientos de salud CLAS cuyo Consejo Directivo participa en forma conjunta con la DIRESA en el proceso de selección del personal a contratar para los establecimientos de salud bajo su jurisdicción.
6. % de establecimientos de salud CLAS que cuenta con los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado actualizados al mes anterior; y ha cumplido en presentar el Balance Contable ante SUNAT del último año fiscal.

b) RESULTADOS: Análisis e interpretación.

Macroproceso: Se alcanzó el 37% de desempeño.

Estándares: Se alcanzaron los siguientes resultados:

Estándar No 54..... 31%

Estándar No 55..... 44%.

Procesos Claves

Se alcanzaron los siguientes resultados:

1. El 62% de la CLAS visitados, El Gerente NO ha socializado la normatividad vigente a todo el personal de salud a su cargo y a los miembros de la Asamblea General de la CLAS.
2. El 77% de la CLAS visitados, el Consejo Directivo de la CLAS NO ha seleccionado y formalizado al nuevo gerente y este informa mensualmente al Consejo Directivo y semestralmente a la Asamblea general, sobre el avance de ejecución del PSL, los aspectos administrativos, contables, financieros, tributarios y técnicos relacionados al funcionamiento de los establecimientos de salud, las dificultades encontradas, las necesidades identificadas y otros.
3. El 100% de La CLAS NO cuenta con Convenio de Cogestión aprobado por el Gobierno Regional y con el monitoreo del cumplimiento de los términos establecidos, el uso de los recursos, los resultados sanitarios esperados en el marco de la normatividad vigente.
4. El 92% de la CLAS visitados, Las partes firmantes del Convenio de Cogestión de la CLAS NO informan a la ciudadanía sobre los avances de la implementación de la cogestión en salud, el uso de recursos y los resultados sanitarios, en el marco de los procesos de rendición de cuentas mediante un informe público semestral, y publican los resultados en medios de comunicación masivos regional y local.
5. El 54% de La CLAS NO cuenta con los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado actualizados al mes anterior; y ha cumplido en presentar el Balance Contable ante SUNAT del último año fiscal.
6. El 69% de La CLAS SI recibe algún tipo de apoyo del Alcalde de su jurisdicción y/o de alguna otra institución pública o privada (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, y otros).
7. El 62% de La CLAS SI cuenta con nuevos miembros de la Asamblea General y Consejo Directivo en el marco normativo vigente y cumplen reuniones periódicas según su Estatuto.

ANEXO N° 03

CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES A ACTUALIZAR Y A ELABORAR, EN EL COMPONENTE DE GESTION DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD.

Componente Gestión			
No	**Documento Normativo**	**Fecha de emisión**	**Análisis**
01	R.M. N° 984-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N° 044-MINSA/OGDN-V.01 "Organización y funcionamiento de los COE Salud.	04-10-2004	Actualización
02	R.M. N° 217-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 008-MINSA/DGSP/V.O1 "Manejo de residuos sólidos hospitalarios.	25-02-2004	
03	R.M. N° 519-2006/MINSA que aprueba el DT "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"	30-05-2006	
04	R.M. N° 456-2007, que aprueba NTS 050-MINSA V.02 "NTS para la Acreditación de EE.SS. y servicios médicos de apoyo.	04-06-2007	
05	R.M. N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP V.01 "Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud".	23-06-2006	
06	R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la mejora continua de la calidad.	14-07-2006	
07	Documentos normativos para la organización y funcionamiento de las Autoridades Regionales de Medicamentos, en el ámbito regional y local (Redes y Microrredes) en el marco del proceso de Descentralización.		Elaboración de los documentos normativos
08	Elaboración de la guía para el análisis del ASIS Local.		
09	Documentos normativos (guías, manuales, directivas) para el registro, acopio, control de calidad, proceso, envío y recepción de la información.		
10	Documentos normativos para la investigación operativa en el nivel local.		
11	Lineamientos para la Implementación de la Estrategia 3Rs (reducir, reutilizar y reciclar) en Residuos Sólidos de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo públicos y privados a nivel Nacional".		
12	Elaboración de las herramientas para el control y monitoreo del Sistema de Gestión de la Calidad.		
13	Guia Técnica para la medición de la satisfacción del usuario externo.		
14	Documentos Normativos de Seguridad del Paciente.		
15	Lineamientos para la propuesta concertada de la ley de Carrera Sanitaria.		
16	Modelo de Asistencia Técnica en Salud de acuerdo a la Estrategia Nacional de Desarrollo de Capacidades en Salud.		

ANEXO N° 04

CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES A ACTUALIZAR Y A ELABORAR, EN EL COMPONENTE DE ORGANIZACION DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD.

Componente Organización			
No	**Documento Normativo**	**Fecha de emisión**	**Análisis**
1	R.M. N° 914-2010/MINSA, que aprueba la NT N° 021-MINSA/DGSP V. 02 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"	17-10-2010	Actualización
2	R.M. N° 751-2004/MINSA , que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP V.01 "NT del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud	26-07-2004	
3	Documento Técnico Criterios para la organización de redes de servicios de salud funcionales en el marco del AUS.		Elaboración de documento normativo
4	Norma técnica del Sistema Nacional de Referencia y contrarreferencias en Salud.		
5	Documento Técnico cartera de servicios de salud por niveles de atención, que incluya disposiciones para la implementación de la Cartera de Servicios		
6	Normatividad que aprueba la preparación y respuesta del sistema de salud frente a las emergencias masivas o desastres.		
7	Modelo de Planeamiento estratégico para la dotación de Recursos Humanos en Salud.		
8	Procesos claves del sistema de gestión de RHUS para la organización de servicios de salud del primer nivel de atención, con enfoque de competencias.		
9	Directivas administrativas para la Gestión de Salud Ocupacional y Seguridad de los RHUS.		

DOCUMENTO TECNICO:

"PLAN NACIONAL DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION 2011-2021"

ANEXO N° 05

CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS PENDIENTES A ACTUALIZAR Y A ELABORAR, EN EL COMPONENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD.

Componente Prestación de Servicios			
No	**Documento Normativo**	**Fecha de emisión**	**Análisis**
1	R.M. N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP V.01 "NTS de los servicios de emergencia".	26-04-2006	Actualización
2	R.M. N° 1472-2002/SA /DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria	10-09-2002	
3	R.M. N° 696-2006/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Operativización del MAIS.	30-07-2006	
4	R.M. N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la evaluación interna de la vigilancia, prevención y control de las IIH.	23-06-2007	
5	Directiva para la Limpieza y Desinfección de áreas de atención al paciente		Elaboración de documento normativo
6	Norma Técnica de Salud de la UPSS Central de Esterilización.		
7	Norma Técnica de Salud de la UPSS Internamiento.		
8	Norma Técnica de Salud de la UPSS Consulta Externa.		
9	Documentos normativos para facilitar la atención integral en el marco del Aseguramiento Universal.		
10	Norma Técnica de Bioseguridad en los Servicios de Salud .		
11	Guía de Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones asociadas a la atención sanitaria en el Primer Nivel de Atención.		
12	Norma Técnica de Salud de la UPS promoción de la salud y prevención de riesgos.		
13	Guías de práctica clínica en el marco del PEAS.		
14	Documento técnico del proceso de calificación, acreditación de las sedes docentes para la capacitación en servicio.		
15	Normas para la articulación en el nivel local para la gestión del riesgo de desastre.		
16	Normas para promover la participación ciudadana en los procesos de la Gestión del Riesgo de Desastres.		
17	Normas que garanticen la constitución y funcionamiento de instancias y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana en la calidad de la atención.		
18	Buenas prácticas en la atención materna e infantil		
19	Buenas prácticas en la atención personas con ITS/VIH/SIDA y TB		

ANEXO N° 06

CUADRO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS ELABORADOS, PENDIENTES A ACTUALIZAR Y A ELABORAR, EN EL COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD

Componente Financiamiento			
No	**Documento Normativo**	**Fecha de emisión**	**Análisis**
01	Normas para gestión financiera y de recursos en el marco de la gestión del riesgo de desastres en el nivel local.		Elaboración de documento normativo
02	Normas respecto al financiamiento por uso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la prestación de salud.		
03	Mecanismos legales para posibilitar la doble percepción en las remuneraciones (en entidades públicas) de profesionales de la salud en ámbitos priorizado.		
04	Ley del financiamiento de la atención primaria de la salud bajo el enfoque de salud familiar y comunitaria.		