



Gobierno
Regional Cusco



Gerencia
Regional de Salud
Cusco

Unidad Ejecutora 401:
Salud Canas Canchis
Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Resolución Directoral

N° 292 - 2026-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 09 de julio de 2026.

Vistos: El Informe N°185-2026-GRCUSCO/GERESA/UE.401.RSCCE-OPP, el Memorandum N°000923-2026/GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE., y;

CONSIDERANDO:

Que, la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, es un órgano técnico operativo desconcentrado de la Gerencia Regional de Salud Cusco, con personería jurídica de derecho público, depende jerárquica y administrativamente de la Gerencia Regional de Salud Cusco y presupuestalmente del pliego del Gobierno Regional del Cusco, tiene a su cargo las funciones específicas en materia de salud, de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en el ámbito de su competencia, según lo establecido en el Artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Canas Canchis Espinar (ROF) aprobado mediante Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC.CUSCO de fecha tres de diciembre del año dos mil catorce;

Que, el numeral 71.1. del Artículo 71° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF, establece que las entidades, para la elaboración de sus Planes Operativos Institucionales y Presupuestos Institucionales, deben tomar en cuenta su Plan Estratégico Institucional (PEI), el cual debe concordar con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) y los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales (PESEM);

Que, el numeral 71.3 del Artículo 71° del mismo cuerpo legal, señala que los Planes Operativos Institucionales reflejan las metas presupuestarias que se esperan alcanzar para cada año fiscal y constituyen instrumentos administrativos que contienen los procesos a desarrollar en el corto plazo, precisando las tareas necesarias para cumplir las metas presupuestarias establecidas para dicho periodo, así como la oportunidad de su ejecución, a nivel de cada dependencia orgánica;

Que, el numeral 7.3 del artículo 7° del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del sistema Nacional de Presupuesto Público, establece que el titular de la entidad es responsable de determinar prioridades de gasto de la entidad en el marco de sus objetivos estratégicos institucionales que conforman su Plan Estratégico Institucional (PEI), y sujetándose a la normatividad vigente;

Que, mediante el Decreto Legislativo N° 1088, Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional del Planeamiento Estratégico, se crea el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN, como órgano rector y orientador del sistema Nacional de Planeamiento Estratégico;

Que, a través de la Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 033-2017/CEPLAN/PCD, modificada por las Resoluciones de Presidencia de Consejo Directivo N° 053-2018-CEPLAN/PCD, N° 00016-2019-CEPLAN/PCD y N° 00055-2024-CEPLAN/PCD, se aprueba la denominada "Guía para el Planeamiento Institucional", que establece las pautas para el planeamiento institucional que comprende la política y los planes que permiten la elaboración o modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y el Plan Operativo Institucional (POI), en el marco del Ciclo de Planeamiento Estratégico para la mejora continua;

Que, el numeral 2 del Capítulo 1 de la citada "Guía para el Planeamiento Institucional" precisa que la descripción del POI es un instrumento de gestión que orienta la necesidad de recursos para implementar la estrategia institucional, cuyo contenido principal son las actividades operativas e inversiones; además, comprende dos periodos: i) Multianual: Tres (3) años articulado y guardando correspondencia con el periodo del PEI; y, ii) Anual: Un (1) año en consistencia con el Presupuesto Institucional de Apertura - PIA;

Que, el numeral 2 del Capítulo 3 de la mencionada "Guía para el Planeamiento Institucional" señala que el POI comprende la programación multianual de las Actividades Operativas e Inversiones necesarias para implementar las Acciones Estratégicas Institucionales (AEI) definidas en el PEI, por un periodo no menor de tres (3) años, respetando el periodo de vigencia del PEI, además, establece los recursos financieros y las metas físicas mensuales para cada periodo anual (programación física, de costeo y financiera), en relación con los logros esperados de los objetivos del PEI;



Gobierno
Regional Cusco



Gerencia
Regional de Salud
Cusco

Unidad Ejecutora 401:
Salud Canas Canchis
Espinar



UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Resolución Directoral

N° 292 - 2026-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 09 de julio de 2026.

Que, el numeral 2.1 del Capítulo 3 de la "Guía para el Planeamiento Institucional" establece que la entidad elabora y aprueba su POI Multianual con la finalidad de orientar la asignación de recursos al logro de las metas prioritarias por un periodo de tres (3) años, para ello toma en cuenta la situación económica y fiscal del país, descrita en el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) y la estructura presupuestal del año vigente. Asimismo, indica que la entidad debe registrar la priorización de cada Actividad Operativa e Inversión, según niveles establecidos, sobre la base de la Ruta Estratégica definida en el PEI; además, expresa la Programación Física y de Costeo para cada año. Finalmente, señala que el POI Multianual es aprobado antes de la Programación Multianual de presupuesto de la entidad, en consecuencia, el Titular de la entidad (para los tres niveles de gobierno) aprueba el POI Multianual a través del aplicativo informático que establezca el CEPLAN;

Que, mediante Ley N° 32513 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026, se ha aprobado el Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2026, el cual comprende los alcances y responsabilidades en materia presupuestal para las entidades del sector público;

Que, mediante Resolución Directoral N° 25 - 2026/GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH., de fecha 23 de enero del 2026, se aprueba el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el Año Fiscal 2026, de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar, ascendente a la suma de S/. 61, 694, 780.00 (Sesenta y Un Millones Seiscientos Noventa y Cuatro Mil Setecientos Ochenta y 00/100 Soles), el mismo como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral;

Que, a través del Informe N°185-2026-GRCUSCO/GERESA/UE.401.RSCCE-OPP, el Jefe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, remite el documento de la referencia, con la finalidad de informar que, el área de planificación ha elaborado el Plan Operativo Institucional (POI) 2026, instrumento de gestión operativo institucional que contiene actividades operativas que contribuyen con el cumplimiento de objetivos y metas institucionales en el año 2026, orientado a alcanzar las políticas institucionales, objetivos estratégicos y acciones estratégicas del plan estratégico institucional. Dicha formulación esta en el marco de los lineamientos y directivas emitidas por el ente rector de planeamiento estratégico CEPLAN. Por lo que, se solicita se emita la respectiva Resolución Directoral de aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2026 de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar

Que, mediante Memorandum N°000923-2026/GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DE. El Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, dispone emitir resolución directoral de aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) 2026 de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, para tal efecto se adjunta el documento de la referencia en folios (2) y (1) CD;

Que, conforme a lo señalado se viabiliza mediante resolución autoritativa, acorde a lo establecido por los artículos 3° y 4°, referente a los requisitos de validez y formalidad del acto administrativo del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General;

Que, en uso de las facultades administrativas delegadas mediante Resolución Directoral N° 963-2017-MINSA, Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y su modificatoria aprobado por Ley N° 27902; Concordante con el Artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley de Procedimiento Administrativo General; así como la Resolución Gerencial Regional N°0175-2026-GR CUSCO/GERESA, de fecha 05 de febrero del 2026, se resuelve: Ratificar, la designación efectuada al C.D. Avelino Soto Ramos en la plaza de Servidor Público - Directivo Superior como Director Ejecutivo de la Red de Servicios de Salud Canas - Canchis - Espinar de la Gerencia Regional de Salud Cusco, y;

Con el visto bueno de la Dirección de Administración, Jefatura de la Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano y del Asesor Legal de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Canas Canchis Espinar.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR, el Plan Operativo Institucional (POI) 2026 de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, el mismo que como anexo forma parte integrante de la presente resolución directoral.

UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Resolución Directoral

N° 292 - 2026-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYDPH.,

Sicuani, 09 de julio de 2026.

ARTÍCULO SEGUNDO.- ESTABLECER, que los Directores, Jefes y Coordinadores de las Unidades y Programas de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, cumplan con los objetivos institucionales contemplados en el Plan Operativo Institucional (POI) 2026, bajo responsabilidad.

ARTÍCULO TERCERO.- ENCARGAR, a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación de la programación establecida en el Plan Operativo Institucional (POI) 2026.

ARTÍCULO CUARTO.- DISPONER, que la Unidad de Estadística e Informática, proceda a publicar el íntegro de la presente resolución en el portal electrónico de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar.

REGISTRESE, COMUNIQUESE y ARCHIVESE.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR
MG. AVELINO SOTO RAMOS
DIRECTOR EJECUTIVO
C.O.P. 9171





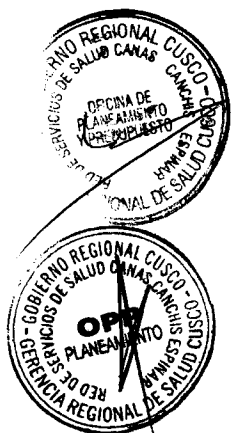
**OFICINA DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y
DESARROLLO INSTITUCIONAL
OFICINA DE ORGANIZACIÓN Y PLANES**

Plan Operativo Institucional 2026

**UNIDAD EJECUTORA 401
RED DE SALUD CANAS CANCHIS
ESPINAR**

INDICE

I. PRESENTACIÓN	3
II. ASPECTOS GENERALES	5
III. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	
3.1 Misión y Visión Institucional	8
3.2 Diagnostico situacional	9
3.3 Acciones Estratégicas	55
IV. PLAN DE ACCIÓN	57
V. ANEXOS Y MATRICES	
• Anexo B-5 del aplicativo CEPLAN - 2025.	59
• Ficha de Indicadores de Desempeño	69



I. PRESENTACIÓN

El Plan Operativo Institucional de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, es un instrumento de gestión Institucional que contiene un conjunto de actividades claves y subactividades, agrupadas en lógica de productos y en función de los objetivos estratégicos; acciones estratégicas, así como los indicadores de cumplimiento y su respectiva Unidad de Medida para cada actividad, desagregándose en sub actividades, acciones y tareas que permitan efectuar el seguimiento del cumplimiento de cada una de las actividades programadas la misma que se constituye como una herramienta de gestión a corto plazo que permite planificar, ordenar e integrar armoniosamente las actividades que la Institución se propone ejecutar en el ejercicio fiscal 2026, por tanto, es consistente con el PIA 2026, que se ha elaborado en base a las orientaciones y pautas establecidas en la Guía para el Planeamiento Institucional emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico-CEPLAN, y aprobada con Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N°033-2017/CEPLAN/PCD y modificada por Resolución de Presidencia del Consejo Directivo N°016-2019/CEPLAN/PCD. Así mismo presenta la misión y visión institucional, indicadores de resultado y producto, las metas programadas y el presupuesto de cada Órgano Estructurado, según las prioridades que se orientan principalmente a la atención sanitaria en el primer nivel de atención.

El Plan Operativo Institucional comprende la programación de las Actividades Operativas necesarias para ejecutar las Acciones Estratégicas Institucionales (AEI) definidas en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026 – 2028 del Gobierno regional del Cusco, respetando el período de vigencia del PEI, además, establece los recursos financieros y las metas físicas mensuales para el año (programación física, de costeo y financiera), en relación con los logros esperados en los objetivos del PEI.

En consecuencia, de acuerdo a sus funciones, la Oficina de Planificación y Presupuesto, ha coordinado y consolidado el presente documento que comprende las actividades operativas planificadas por los órganos estructurados de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, que contribuirán a Garantizar el acceso al servicio de saneamiento y salud de calidad a la población del ámbito de su jurisdicción durante el año 2026.

BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley N° 27245, Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal y su Reglamento Decreto Supremo N° 039-2000- EF
- Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27658. Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
- Decreto Legislativo N° 1088 Ley del Sistema Nacional Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- Ley N° 28522 Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). (segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta séptima disposiciones complementarias)
- Decreto Legislativo 1252 Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley N° 27293, Ley del sistema Nacional de Inversión Pública.
- Ley N° 28056 Ley Marco del Presupuesto Participativo y su modificatoria la Ley N° 29298 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 171-2003-EF.
- Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público
- Directiva N° 001-2017-CEPLAN/PCD, Directiva para la actualización del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, aprobado con resolución de Presidencia del consejo Directivo N° 0005326-2018-CEPLAN/PCD.
- Directiva N°001-GR.CUSCO/GRSC-OEPPDI-OPP-2026-2028.V.02. Directiva que regula los Planes de Trabajo Institucionales y los Términos de Referencia de Actividades (TdRA) de las Unidades Orgánicas y Funcionales de la GERESA Cusco.
- Circular N° 01140 y circular N° 01141–2018 GR–CUSCO/DRSC–OEPPDI/OPP, cuyo contenido contempla el esquema para la elaboración del Plan Operativo Institucional 2021.
- RESOLUCION EJECUTIVA REGIONAL N° 359 -2018-GR CUSCO/GR que aprueba la Directiva N°06-2018-GRCUSCO/GR "Normas para la Formulación, Aprobación, Ejecución, Actualización, Seguimiento y Monitoreo del Plan Operativo Institucional (POI) en el Gobierno Regional Cusco"



II. ASPECTOS GENERALES.

2.1. Geográfica

Ubicado en la región sur oriental del Perú, comprende zonas andinas. Limita por el norte con Micro Redes de Cusco Norte, al sur con Arequipa y Puno, al este con Madre de Dios y Puno y al oeste con Micro Redes de Cusco Sur.

- Extensión Territorial: 11,457.73 km².
- Latitud Sur: 14° 16' 10"
- Longitud oeste del meridiano de Greenwich: 71° 13' 33"
- Dispersión Poblacional: 53% hab./km².
- Población: Total Asignada: 129,739 habitantes.
- Altitud: 3.320 a 5.000 msnm en los Distritos de la provincia de Espinar (Condoroma) y Canchis (Phinaya)
- Provincias: Canas, Canchis y Espinar
- Distritos: 25.
- Clima: Su clima es frío y seco de mayo a diciembre y lluvioso en los meses de enero hasta abril. La temperatura media es de 4 °C siendo la máxima de 19 °C y la mínima alrededor de -3 °C más o menos.
- Zona de población alto andina dedicada a la ganadería, agricultura y Comercio. Con presencia de zonas de la minería.

2.2. Poblacional

Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, tiene una población asignada para el 2026 de 129,739 habitantes, la cual se encuentra con mayor concentración poblacional en el curso de vida adulto con un 37.31% (48,409 habitantes), este comportamiento de crecimiento poblacional nos plantea atender personas con enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, por lo cual se debe enfatizar las atenciones preventivo promocionales, el curso de vida joven ocupa segundo lugar con 20.49% (26,584 habitantes), en este curso de vida debemos enfatizar la atención de Enfermedades Transmisibles (TBC, VIH/Sida, etc) y no transmisibles ya que hablamos de la población económicamente activa, migrante y en etapa reproductiva, con riesgos determinantes en salud. En tercer lugar, con 17.79% (23,084 habitantes) se encuentra el curso de Vida Niño, con enfermedades prevalentes como la Desnutrición y la anemia por deficiencia de Hierro, enfermedades respiratorias y de la cavidad oral, según las primeras causas de morbilidad del año 2025. En el curso de vida niño, en niños menores de 5 años hay un leve descenso en la incidencia de la desnutrición crónica y la anemia, siendo necesario y de alta responsabilidad la gestión de disminuir estos indicadores negativos haciendo un esfuerzo de mejorar las actividades preventivo promocionales y de seguimiento a los niños de manera nominal ampliando la intervención a la familia y comunidad incluyendo la participación activa de nuestros aliados estratégicos y la coordinación de los actores sociales. Se aprecia, que la Micro Red Yauri es la que alberga la mayor concentración poblacional con el 27.35% (35,488 habitantes), en segundo lugar, se encuentra la Micro red Pampaphalla con un 23.06% (29,922 habitantes).

CUADRO N° 01

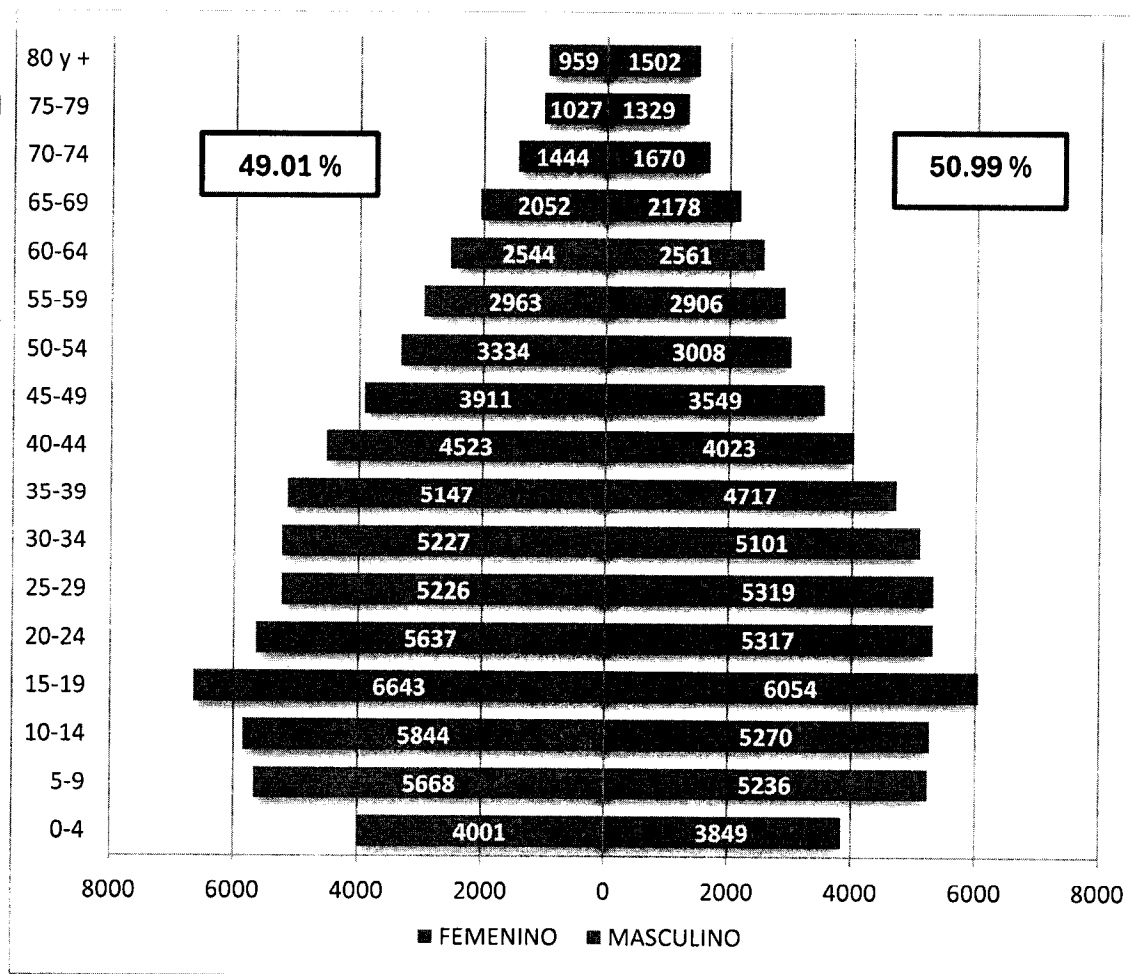
POBLACION PROYECTADA POR CURSO DE VIDA 2026					
Etiquetas de fila	NIÑO	ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
ACCOCUNCA	202	131	243	560	240
CCOCHAPATA	61	50	105	195	76
CCUYO	111	78	169	310	122
CHAUIBANDA	31	27	57	86	32
CHECACUPE	606	398	934	1,675	598
CHECCA	561	448	812	1,263	513
CHECTUYOC	145	102	220	409	159
CHIARA	226	105	254	471	144
CHITIBAMBA	117	93	169	264	106
COMBAPATA CANCHIS	577	275	652	1,204	366
CONDEVILUYO	39	30	61	122	55
CONDOROMA	76	62	115	265	110
COPORAQUE	289	232	443	778	296
CODESCANSO	605	412	837	1,497	541
CAMPATURA	187	140	246	402	174
CERCCA	317	199	348	631	201
HUAYHUAHUASI	180	143	274	482	183
HUINCHIRI	88	74	148	228	87
LA FLORIDA	422	265	464	843	268
LANGUI	147	112	230	462	210
LAYO	759	514	897	1,578	590
MARANGANI	660	468	1,005	1,861	726
MENTAL COMUNITARIO ESPINAR "MUSUQ KAWSAY"	0	0	0	0	0
MENTAL COMUNITARIO SICUANI	0	0	0	0	0
MOSOCCLACTA	96	75	158	330	99
OCCOBAMBA MARANGANI	205	145	315	582	227
OCCORURO	133	56	110	293	129
PALLPATA	855	417	727	1,379	589
PAMPAMARCA	165	147	288	567	267
PAMPAPHALLA	2998	1,889	3,312	6,005	1,911
PHINAYA	149	90	166	288	92
PICHIGUA ESPINAR	213	129	231	463	188
PITUMARCA	1293	787	1,450	2,516	791
PONGOÑA	143	109	191	314	135
QUEHUAR	481	303	530	960	304
QUEHUE	155	133	264	400	155
SAN MIGUEL	125	73	133	269	109
SAN PABLO CANCHIS	358	229	497	1,075	471
SAN PEDRO CANCHIS	309	155	404	1,048	477
SANTA BARBARA	152	98	214	461	202
Sr de Pampacucho-Sicuani	0	0	0	0	0
SURIMANA	57	47	97	185	73
SUYKUTAMBO	145	106	195	376	132
TECHO OBRERO	1296	818	1,433	2,599	827
TINTA	672	358	800	1,736	691
TINTAYA MARQUIRI	650	334	517	886	251
TOCCOCORI	24	17	37	73	29
TUNGASUCA	129	102	219	411	160
URINSAYA	450	362	691	1,211	462
UZCUPATA	377	238	418	757	242
YANAOCA	914	697	1,215	1,992	855
YAURI	4134	2,124	3,289	5,647	1,601
Total general	37084	22,753	41,149	74,616	25,925

FUENTE: Unidad de Estadística e Informática. UE 401-SCCE.

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, brinda servicios de salud en el primer nivel de atención con 52 IPRESS en los 25 distritos de las Provincias de Canas, Canchis, Espinar (08 de cada/uno), más 01 distrito de la provincia de Acomayo (Mosocllacta, por la accesibilidad a la Micro red de Combapata), está organizada en 06 micro redes, dentro de las cuales se incorporaron 02 centros de salud mental comunitario. El 20 de setiembre del 2022, la GERESA Cusco emite la Resolución Gerencial Regional N° 01031-2022. GR. CUSCO/GERESA donde aprueba la creación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPRESS Ccochapata del distrito de Tupac Amaru. Provincia Canas y el 30 de diciembre del 2022 con Resolución Gerencial Regional N°01576-2022-GR. CUSCO/GRE. Asigna la categoría al Establecimiento de Salud sin Internamiento denominado Ccochapata, categoría I-2. La GERESA Cusco, el 23 de mayo del 2023 con Resolución Gerencial Regional N° 475-2023-GR.CUSCO/GERESA, asigna la clasificación al Hogar Protegido, como Servicio Médico de Apoyo Sr de Pampacucho. Sicuani, en el primer nivel de atención.

GRAFICO N° 01

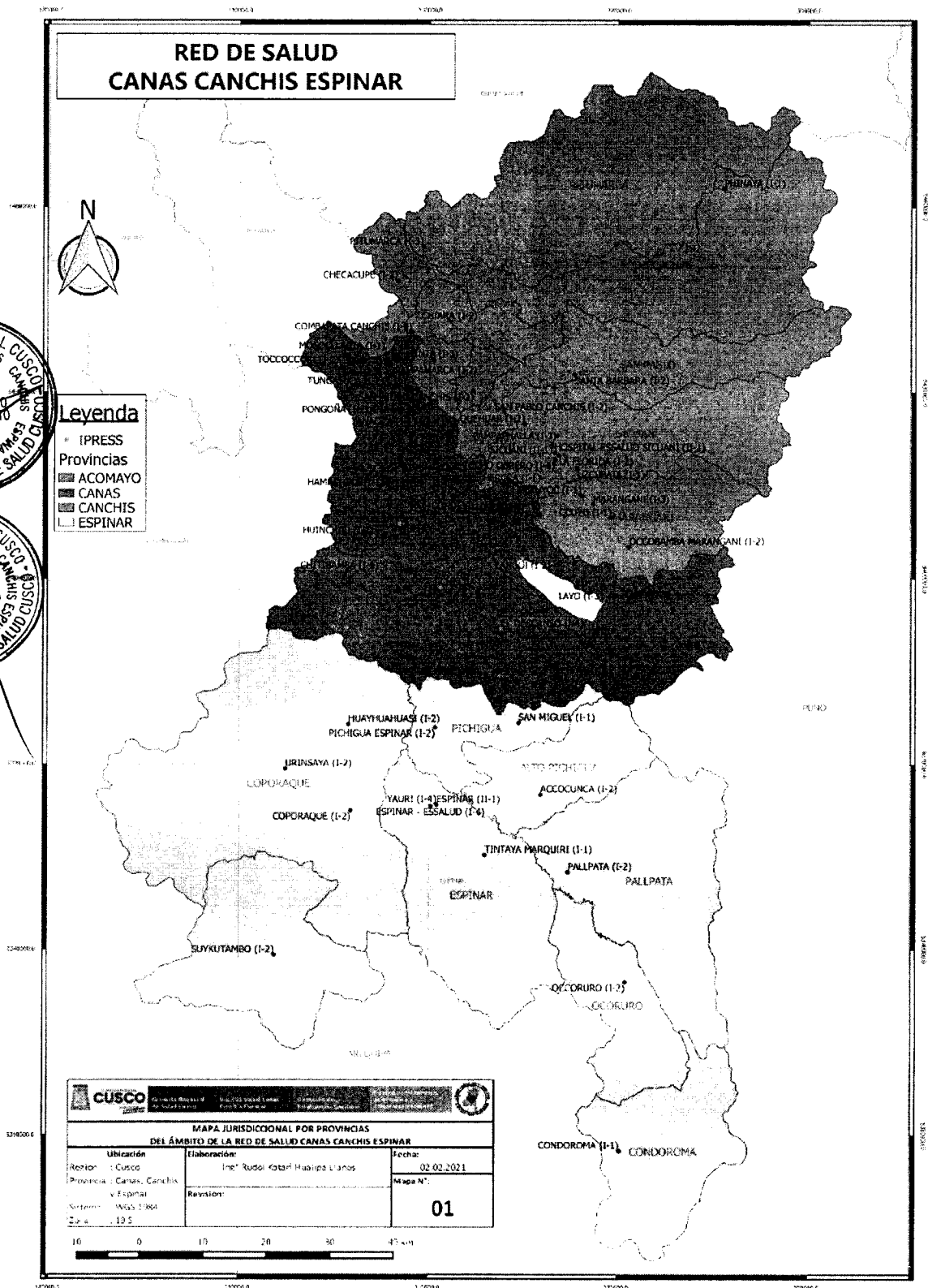
UNIDAD EJECUTORA 401- SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR – 2026 PIRÁMIDE POBLACIONAL



Fuente: Unidad de Estadística e Informática. UE 401-SCCE.

GRAFICO N° 02

MAPA JURISDICCIONAL UNIDAD EJECUTORA 401-SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR



FUENTE: UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA UE. 401-SCCE.

III. MARCO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

3.1. Misión Institucional

La *misión institucional* de la Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar es:

“Somos una Unidad Ejecutora de Salud, Articulada, liderando la gestión, en promoción y prevención de salud en todos los cursos de vida a través de servicios integrales, con talento humano capacitado desde lugares no accesibles, comprometida en garantizar el derecho fundamental de la salud, logrando la participación social para contribuir al bienestar de la población de las provincias Canas Canchis y Espinar”.

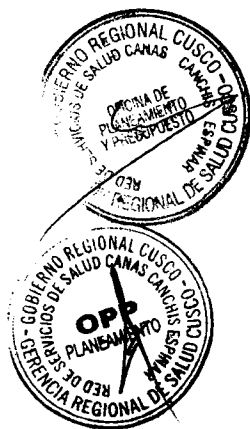
3.2. Vision Institucional

“Al 2030, la población de las Provincias Canas, Canchis y Espinar accede a servicios de salud integrales, de calidad, humanizados y con pertinencia intercultural, mitigando las brechas de accesibilidad geográfica. La Unidad Ejecutora 401 se consolida como una Red Integrada de Salud (RIS) eficiente, con infraestructura y equipamiento modernizados, personal altamente calificado y una gestión transparente orientada a la reducción de la anemia, desnutrición crónica infantil y la mortalidad materna-neonatal”.

3.2. Diagnostico Situacional.

3.2.1 Componente de Gestión:

La UE 401-SCCE fue creada el 3 de Abril del 2003 con la RER N° 143-2003 GRCUSCO/PR del 31 de Marzo del 2003, dándose cumplimiento con el oficio N° 098-2003 EF/76.15 de la dirección Nacional del Presupuesto Sector Publico del Ministerio de Economía y Finanzas que autoriza la creación incorporación en la estructura institucional



del Gobierno Regional Cusco, Adquiriendo la U.E. 401 Autonomía Administrativa y Económica siendo Director el MC. Daniel Vargaya Vilchez.

Se conformó con la finalidad de descentralizar y acercar los servicios de salud pública a las provincias de Canas, Canchis y Espinar, alejadas de la ciudad del Cusco.

3.2.2 Organización Institucional:

La Unidad Ejecutora 401: Salud Canas Canchis Espinar, ejerce la autoridad en salud, en el ámbito de las provincias Canas Canchis Espinar, sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud o cuyas actividades afecten directa o indirectamente a la salud de la población. Para el mejor cumplimiento de sus funciones, la organización territorial, considera 06 Micro redes: Techo Obrero, Pampaphalla, Yauri, Combapata, Yanaoca y Descanso. Según Reglamento de Organización y Funciones aprobado con Ordenanza Regional N°082-2014 CR7GR-CUSCO, tiene la siguiente estructura:

2.2.1. Estructura Orgánica:

La Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, para el cumplimiento de su misión y logro de sus objetivos funcionales cuenta con la estructura orgánica aprobada en el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 369-2006-GR CUSCO/PR de fecha 20 de abril de 2006 y los cargos descritos corresponden los aprobados en el Cuadro para Asignación de Personal-CAP mediante Ordenanza Regional N° 046-2006-GRC/CRC de fecha 12 de agosto de 2006, la cual se encuentra vigente a la fecha, detallándose a continuación:

1. Órgano de Dirección:

1.1 Dirección Ejecutiva.

2. Órgano de Control.

2.1 Oficina de Control Institucional.

3. Órgano de Asesoría

3.1 Oficina de Desarrollo Institucional

- Salud Comunitaria.
- Salud Individual.
- Inteligencia Sanitaria.

3.2. Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud.

3.3. Asesoría Legal.

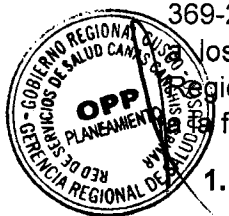
4. Órgano de Apoyo.

4.1 Oficina de Administración.

- Unidad de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano.
- Unidad de Economía.
- Unidad de Logística y Gestión Patrimonial.

5. Órgano de Línea.

Microrredes de la Dirección de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar



5.1 Micro red Techo Obrero (09 IPRESS):

- Centro de Salud Techo Obrero
- Puesto de Salud Hercca
- Puesto de Salud Marangani
- Puesto de Salud Chectuyoc
- Puesto de Salud Ccuyo
- Puesto de Salud Occobamba
- Puesto de Salud Langui
- Puesto de Salud Condeviluyo
- Puesto de Salud Layo

5.2 Micro red Pampaphalla (10 IPRESS):

- Centro de Salud Pampaphalla
- Puesto de Salud La Florida
- Puesto de Salud San Pablo
- Puesto de Salud San Pedro
- Puesto de Salud Tinta
- Puesto de Salud Santa Barbara
- Puesto de Salud Pinaya
- Puesto de Salud Uzcupata
- Centro de Salud Mental Comunitario Sicuani
- Hogar Protegido.

5.3 Micro red Combapata (06 IPRESS)

- Centro de Salud Combapata
- Puesto de Salud Mosocllacta
- Puesto de Salud Checacupe
- Puesto de Salud Pitumarca
- Puesto de Salud Chiara
- Puesto de Salud Tinta.

5.4 Micro red El Descanso (03 IPRESS)

- Centro de Salud El Descanso
- Puesto de Salud Checca
- Puesto de Salud Chitibamba.

5.5 Micro red Yanaoca (10 IPRESS)

- Centro de Salud Yanaoca
- Puesto de Salud Hampatura
- Puesto de Salud Pongoña
- Puesto de Salud Pampañarca
- Puesto de Salud Tococcori
- Puesto de Salud Surimana
- Puesto de Salud Quehue
- Puesto de Salud Huinchiri
- Puesto de Salud Cochapata.
- Puesto de Salud Chaupibanda

5.6. Micro red Yauri (13 IPRESS)

- Centro de Salud Yauri
- Puesto de Salud Condoroma



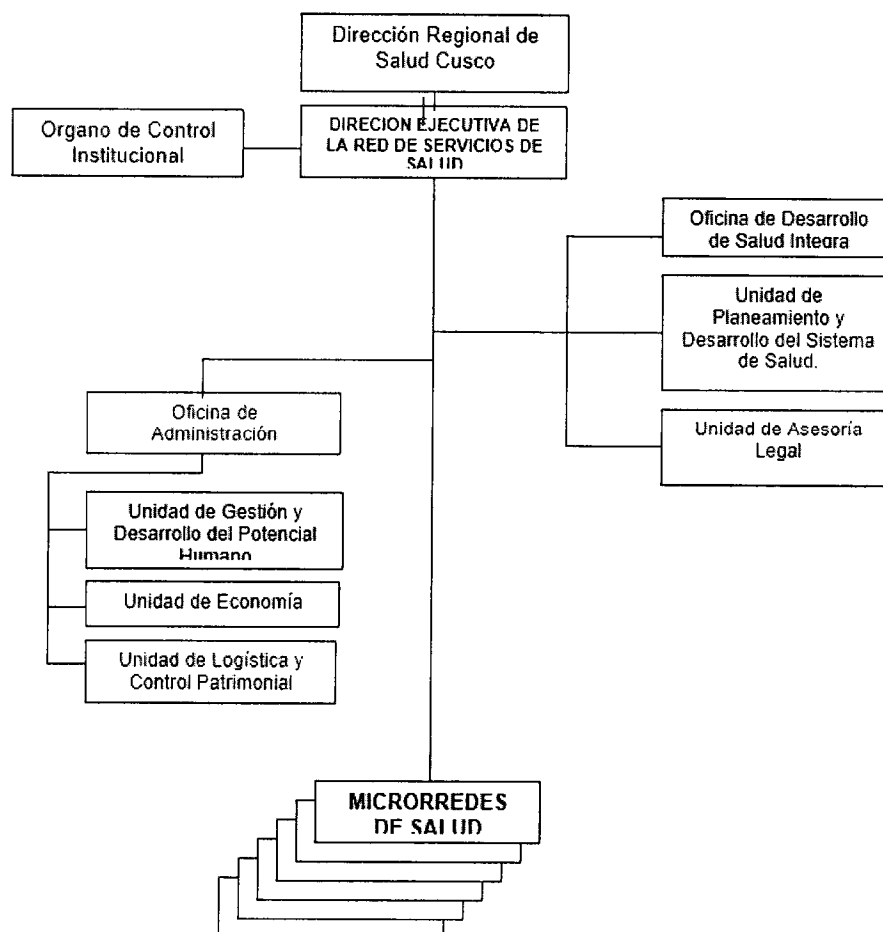
- Puesto de Salud Coporaque
- Puesto de Salud Urinsaya
- Puesto de Salud Huayhahuasi
- Puesto de Salud Ocoruro
- Puesto de Salud Pallpata
- Puesto de Salud Pichigua
- Puesto de Salud San Miguel
- Puesto de Salud Suykuyambo
- Puesto de Salud Acocunca
- Puesto de Salud Tintaya Marquiri
- Centro de Salud Mental Comunitario Musuq kawsay

La presente estructura orgánica puede apreciarse en el organigrama siguiente:

GRAFICO N° 03

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL U.E 401: RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



3.2.2 Recursos Humanos.

En el año 2025 el número de recursos humanos de la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, es de 960 trabajadores, mencionar que en el presente año se llevaron a cabo diversos procesos:

- Nombramiento de Personal Asistencial. DL. 1057
- Nombramiento de Personal CAS Administrativo. DL. 1057
- Cambio de Grupo Ocupacional y Línea de Carrera. DL 276.
- Nombramiento de Personal Asistencial. DL. 728.
- Ascenso del Personal Asistencial. DL. 1153.

con la siguiente composición:

- Personal Nombrado bajo el Decreto Legislativo 276 (666 PEAS), registrada en el AIRHSP:

- ✚ Asistenciales Profesionales:

- 01 Servidor Profesional D.
- 11 Servidor Profesional F.

- ✚ Técnicos:

- 28 Servidor Técnico A.
- 11 Servidor Técnico B.
- 04 Servidor Técnico C.
- 01 Servidor Técnico D.
- 59 Servidor Técnico E.
- 83 Servidor Técnico F.

- ✚ Auxiliares:

- 08 Servidor Auxiliar F.

- ✚ Carreras Especiales.

- ✚ Profesionales de la Salud.

- 01 Médico Cirujano N-4
- 12 Médico Cirujano N-3.
- 13 Médico Cirujano N-2.
- 39 Médico Cirujano N-1.
- 01 Cirujano Dentista (Nivel V).
- 07 Cirujano Dentista (Nivel III).
- 12 Cirujano Dentista (Nivel II).
- 09 Cirujano Dentista (Nivel I).
- 02 Enfermera Nivel (14)
- 06 Enfermera Nivel (13)
- 35 Enfermera Nivel (12)
- 50 Enfermera Nivel (11)
- 42 Enfermera Nivel (10)
- 02 Obstetriz (Nivel IV).
- 26 Obstetriz (Nivel III).
- 37 Obstetriz (Nivel II).
- 30 Obstetriz (Nivel I).
- 03 Psicólogo V.
- 14 Psicólogo IV.
- 02 Otro Profesional de Salud (Nivel VII).
- 08 Otro Profesional de Salud (Nivel VI).
- 17 Otro Profesional de Salud (Nivel V).
- 21 Otro Profesional de Salud (Nivel IV)



➤ D. Leg. N° 276.

✚ Funcionarios y Directivos.

- 01 Funcionario 3
- 03 Funcionario 1.

✚ Profesionales.

- 03 Servidor Profesional D.
- 01 Servidor Profesional F.

✚ Técnicos.

- 02 Servidor Técnico A.
- 10 Servidor Técnico C.
- 09 Servidor Técnico D.
- 26 Servidor Técnico F.

✚ Auxiliares.

- 06 Servidor Auxiliar F.

Personal CAS. Contrato Administrativo de Servicios. 294 PEAS. En el cuadro N° 02 se observan 300 PEAS, debido a los reemplazos que se tuvo en el año.

A través del Decreto Supremo N°040-2025-EF. DS que autoriza Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2025 a favor de diversos Regionales para financiar la operación y el mantenimiento del C.S. El Descanso. En ese sentido se llega a contratar personal a través del Servicio de Terceros, aprox. 100 personas (profesionales y no profesionales)

Sin embargo, a la fecha aún se tienen brecha en recursos humanos con personal profesional Médico y no médico en IPRESS de categoría I-2 al I-4.

Así mismo, Escalas Remunerativas poco atractivas y diferenciadas del CAS Sostenible y Temporales; lo cual origina una deserción continua en los puestos laborales del primer nivel de atención, desabasteciendo a las IPRESS por temporadas de profesionales, la misma que no garantiza las atenciones de calidad a los usuarios externos.

CUADRO N° 02

RECURSOS HUMANOS DISPONIBLES POR ESPECIALIDAD UE 401- SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR. 2026

PROFESIONAL	REGIMEN 276	REGIMEN 1057	SERVICIO DE TERCERO	TOTAL	SERUMS EQUIVALEN	NACIONA	REGIONA
ABOGADO I	1			1			
ABOGADO	3	2					
ASISTENTE ADMINISTRATIVO I				0			
ADMINISTRADOR		1		1			
ASESOR LEGAL		1					
ASISTENTE EN SERVICIOS DE RECURSOS NATURALES I	1			1			
ASISTENTE EN SERVICIOS DE SALUD I	10			10			
ASISTENTE PROFESIONAL	2						
ASISTENTE SOCIAL	1	1		2			
ASISTENTE TECNICO SECRETARIAL	2						
AUXILIAR ASISTENCIAL	8			8			
ARTESANO				0			
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES				0			
AUXILIAR DE LIMPIEZA				0			
ASISTENTE/A ADMINISTRATIVO/A I	2			2			
BIOLOGO	21	9		30	2	4	
CHOFER	1						
CONDUCTOR DE AMBULANCIA	2			2			
CONTADOR		4					
CONTADOR I	5			5			
DIGITADOR	20	15		35			
DIRECTOR EJECUTIVO		1		1			
ENFERMERA/O	135	44		179	1	16	3
ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO I	1			1			
ESPECIALISTA EN SALUD AMBIENTAL I	1			1			
INGENIERO DE SISTEMAS		2		2			
INSPECTOR SANITARIO	1			1			
JEFE DE UNIDAD	4	5		9			
MEDICO	12	27		39	7	23	7
MEDICO GINECO-OBSTETRA		3					
MEDICO PEDIATRA		4					
MEDICO I	53			53			
NUTRICIONISTA	13			13		5	1
OBSTETRA	95	19		114		7	4
ODONTOLOGO	29			29	1	2	
PILOTO DE AMBULANCIA		3		3			
PSICOLOGO	17	9		26	3	14	
QUIMICO FARMACEUTICO	7	2		9	1	4	1
RELACIONISTA PUBLICO		1		1			
SECRETARIA		3		3			
TECNICO EN ADMINISTRACION		1		1			
TECNICO ADMINISTRATIVO		7		7			
TECNICO ADMINISTRATIVO I	12			12			
TECNICO ADMINISTRATIVO II				0			
TECNICO ADMINISTRATIVO III	1			1			
TECNICO ASISTENCIAL	4			4			
TECNICO EN CONTABILIDAD	2			2			
TECNICO ASISTENCIAL SALUD AMBIENTAL		1					
TECNICO EN ENFERMERIA	141	96		237			
TECNICO EN ENFERMERIA I	30			30			
TECNICO EN ESTADISTICA I	3			3			
TECNICO EN ESTADISTICA II	1			1			
TECNICO EN FARMACIA	3	2		5			
TECNICO EN FARMACIA I	3			3			
TECNICO EN INFORMATICA	1			1			
TECNICO EN LABORATORIO	1	6		7			
TECNICO EN MANTENIMIENTO		1					
TECNICO ELECTROMECANICO		1					
TECNICO EN COMPUTACION E INFORMATICA		1					
TECNICO EN NUTRICION I	1			1			
TECNICO EN SOPORTE INFORMATICO	3	2		5			
TECNICO EN TRANSPORTE	1	7		8			
TECNICO MANTENIMIENTO BIOMEDICO		1					
TECNOLOGO MEDICO EN RADIOLOGIA		1					
TECNICO/A ADMINISTRATIVO/A II				0			
TRABAJADOR DE SERVICIOS GENERALES	6	5		11			
TRABAJADOR SOCIAL	6	1		7	1	1	
VIGILANTE		8		8			
CIRUJANO DENTISTA		1		1			
CONTADOR I				0			
DIRECTOR DE ADMINISTRACION		2		2			
TOTAL GENERAL	666	300		966	16	76	16

100 LOCADORES EL AÑO 2025

FUENTE: UGYDPH 2026

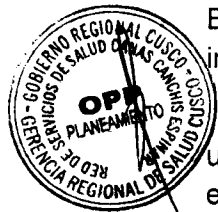
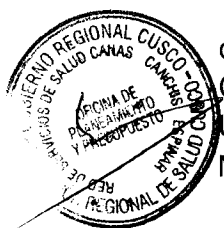
2.3.2. Infraestructura.

La Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, Brinda atención en Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, 8% de los cuales no cuentan con infraestructura propia, por lo cual se atiende en precarias condiciones sanitarias, el 57% tiene infraestructura deteriorada con más de 15 años de antigüedad y no se encuentra acorde a las exigencias de la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud: "Categoría de Establecimientos del sector Salud", que define los criterios para establecer las categorías de establecimientos de salud y las características técnicas correspondientes. Un 35% se encuentra ofertando cartera de servicios de salud con una regular a buena condición de su infraestructura.

A la fecha, el Area de Inmuebles de la UE 401-SCCE, repòrta 16 EE. SS que no cuentan con Liquidación de Obra: P.S. Pampamarca, C.S. Descanso, P.S. Checacupe, C.S. Layo, C.S. Pampaphalla, P.S. San Pablo, P.S. Tintaya Markiri, P.S. Coporaque, P.S. Urinsaya, P.S. Huayhuahuasi, P.S. Occoruro, P.S. Pallpata, P.S. Pichigua, P.S. San Miguel, P.S. Suykutambo, P.S. Accocunca.

Así mismo, se cuenta con un Plan de Mantenimiento de Infraestructura para 39 EE.SS., cuyo presupuesto asciende a 6'694,014.00, el cual debe ser evaluado por las instancias pertinentes para su respectiva transferencia presupuestal total o parcial.

La sede administrativa, en la actualidad no cuenta con infraestructura, funciona en un local alquilado en la Plazoleta de Pampacucho. Hasta el mes de julio del 2023 ocupaba el tercer piso del local de propiedad de la Municipalidad Provincial de Canchis en cesión de uso, por ocho años consecutivos bajo la condición de pago de todos los servicios básicos del inmueble. Así mismo se tiene, un almacén Central y Almacén SISMED en otras ubicaciones que no brindan las condiciones de salubridad y perjudica en la articulación con las unidades y órganos de la Red.



CUADRO N° 03

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN CATEGORÍA 2026

MICRORED	EE.SS	CODIGO RENAES	CATEGORIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS				
			S/C	I-1	I-2	I-3	I-4
COMBAPATA	COMBAPATA	2386				1	1
	CHIARA	2387			1		
	CHECACUPE	2885			1		
	PITUMARCA	2392				1	
	TINTA	2397				1	
	MOSOCLLACTA	2320			1		
TECHO OBRERO	TECHO OBRERO	2380					1
	HERCCA	2379		1			
	MARANGANI	2388				1	
	CHECTUYOC	2389			1		
	CCUYO	2390			1		
	OCCOBAMBA	2391			1		
	LANGUI	2369			1		
	CONDEVILUYO	2370		1			
	LAYO	2371				1	
	YAURI	2410					1
YAURI	CONDOROMA	2411			1		
	COPORAQUE	2412			1		
	URINSAYA	2413			1		
	HUAYHUAHUASI	2414			1		
	OCCORURO	2415			1		
	PALLPATA	2416			1		
	PICHIGUA	2417			1		
	SAN MIGUEL	2418			1		
	SUYKUTAMBO	2419			1		
	ACCOCUNCA	2420			1		
	TINTAYA MARKIRI	6745		1			
	C.S. MENTAL	30366			1		
	YANAoca	2364					1
	HAMPATURA	18241			1		
YANAoca	PONGOÑA	2365			1		
	PAMPAMARCA	2372			1		
	TUNGASUCA	2376			1		
	TOCCOCORI	2377		1			
	SURIMANA	2375		1			
	QUEHUE	2373			1		
	HUINCHIRI	2374			1		
	CHAUPIBANDA	34449			1		
	CCOCHAPATA	32339			1		
	PAMPAPHALLA	2384				1	
PAMPAPHALLA	LA FLORIDA	2383			1		
	UZCUPATA	2382			1		
	QUEHUAR	2381			1		
	PHINAYA	2393		1			
	SAN PABLO	2394			1		
	SANTA BARBARA	2395			1		
	SAN PEDRO	2396			1		
	CS MENTAL	26387			1		
	HOGAR PROTEGIDO	32923	1				
	EL DESCANSO	7700					1
EL DESCANSO	CHECCA	2366			1		
	CHITIBAMBA	2367		1			
TOTAL			1	7	34	6	5

FUENTE: RENIPRESS 2026

3.2.4 Presupuesto.

Para el 2026 el presupuesto institucional de apertura (PIA) asignado a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, por toda fuente de financiamiento fue de S/ 61'694,780.00 con un incremento del 10.78% respecto al 2025 (S/. 55'042922.00).

Del total de asignación presupuestal en Recursos Ordinarios, el 92.3% corresponde a la Genérica de Gasto 2.1 Personal y obligaciones Social, en la Genérica de Gasto 2.3 correspondiente a Bienes y Servicios con 6.5 %; dejando un margen insuficiente para Adquisición de Bienes y Servicios y cubrir la demanda de los 52 establecimientos de salud del ámbito institucional.

CUADRO N° 04

ASIGNACION Y EJECUCION PRESUPUESTAL TODA FTE FTO. 2024-2026

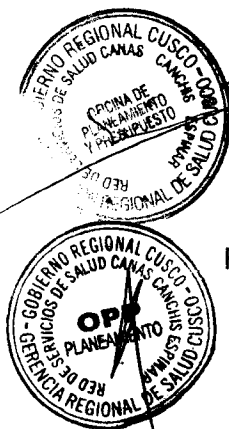
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2024				2025				2026	
	PIA	PIM	Devengado	Avance %	PIA	PIM	Devengado	Avance %	PIA	PIM
1. RECURSOS ORDINARIOS	52,395,727	54,943,558	53,441,780	97.27	54,789,075	60,324,788	58,763,228	97.40	61,428,624	66,201,418
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	48,193,935	49,706,685	49,217,263	99.0	50,100,274	51,557,207	51,352,163	99.6	52,840,032	61,135,706
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	97,000	38,000	35,000	92.1	87,000	36,000	36,000	100	87,000	87,000
5-23: BIENES Y SERVICIOS	3,630,806	4,450,238	3,442,404	80.4	4,094,015	7,960,828	6,641,215	83.4	7,923,908	4,311,259
5-25: OTROS GASTOS	473,986	473,986	473,986	49.3	507,786	507,786	473,986	93.3	577,684	577,684
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	274,649	273,127	95.4	0	262,967	259,864	98.8	0	89,769
2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	203,754	195,822	140,165	71.6	253,847	153,847	124,170	80.7	266,156	266,156
5-23: BIENES Y SERVICIOS	203,754	187,486	138,466	73.9	253,847	122,020	92,400	75.7	246,156	246,156
5-25: OTROS GASTOS	0	2,136	2136	100	0	590	590	100	0	0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	6,200	1699	27.4	0	31,237	31,180	99.8	20,000	20,000
3. RECURSOS DETERMINADOS	0	337,193	254,370	75.44	0	569,386	281,921	49.51	0	287,466
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	281,373	210,191	74.70	0	536,869	264,112	49.19	0	272,241
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	55,820	44,179	79.15	0	32,517	17,809	54.77	0	15,225
4. DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	1,000,000	5,963,744	473,0984	79.33	0	3,077,599	2,981,588	96.88	0	4,329,922
5-23: BIENES Y SERVICIOS	1,000,000	4,386,084	3,690,818	84.15	0	2,584,442	2,488,685	96.29	0	3,775,240
5-25: OTROS GASTOS	0	489,092	0	0	0	357,240	357,240	100.00	0	0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	1,088,568	1,040,166	95.55	0	1,359,17	1,356,63	99.81	0	554,682
TOTAL	53,599,481	61,440,317	58,567,299	95.32	55,042,922	64,125,620	62,150,907	96.92	61,694,780	71,084,962

Fuente: Pagina amigable MEF.

El presupuesto institucional de apertura (PIA) asignado a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, para el año 2025 por toda fuente de financiamiento fue de S/ 55,042,922 y el presupuesto Institucional Modificado (PIM) llego a S/ 62'150,907.00, con las transferencias presupuestales de Recursos Determinados, Donaciones y Transferencias, llegando a una ejecución presupuestal del 96.92%.

Analizando por Fte.Fto, se observa que Recursos Ordinarios alcanzo el 97.40% de ejecución; en la Genérica de Gasto: 5-21 Personal y Obligaciones reporta el 99.6%, con menor porcentaje de avance en la GG 5-23 Bienes y Servicios 83.4%.

En la Fte.Fto Recursos Directamente Recaudados alcanza el 80.7%; seguido de Recursos Determinados con 49.51%, en la GG 5-23 Bienes y Servicios 49.19%.



CUADRO N° 05

Ejecución Presupuestal Fte Fto: Recursos Ordinarios 2025.

1. RECURSOS ORDINARIOS	54,789,075	60,324,788	58,763,227	97.4
CATEGORIAS PRESUPUESTALES	2025			Avance %
	PIA	PIM	Devengado	
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	12,612,315	12,612,315	12,602,379	99.9
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	12,419,264	12,419,264	12,410,964	99.933168
5-23: BIENES Y SERVICIOS	193,051	158,287	157,129	99.3
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	34,764	34,286	98.6
0016: TBC-VIH/SIDA	1,001,736	1,001,736	1,001,635	100.00
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	895,533	895,533	895,529	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	106,203	84,318	84,243	99.9
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	21,885	21,863	99.9
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	445,323	445,323	444,909	99.9
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	394,988	394,988	394,934	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	50,335	45,835	45,479	99.2
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	4,500	4,496	99.9
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3,322,974	3,680,313	3,661,947	99.5
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	3,105,771	3,105,771	3,103,906	99.9
5-23: BIENES Y SERVICIOS	217,203	567,262	550,763	97.1
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	7,280	7,278	100.0
0024: PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER	2,208,180	2,208,180	2,205,936	99.9
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	2,091,831	2,091,831	2,090,152	99.9
5-23: BIENES Y SERVICIOS	116,349	102,419	101,920	99.5
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	13,930	13,864	99.5
0051: PREVENCION Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS	0	0	0	0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	0	0	0
0068: REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES	257,411	257,411	257,302	100.0
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	136,130	136,130	136,130	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	121,281	98,767	98,731	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	22,514	22,441	99.7
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	217,505	217,505	217,452	100.0
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	202,047	202,047	202,046	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	15,458	15,458	15,406	99.7
SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	126,853	126,853	126,626	99.8
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	104,513	104,513	104,513	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	22,340	17,432	17,208	98.7
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	4,908	4,905	99.9
0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	2,442,836	2,441,336	2,428,650	98.5
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	1,994,350	1,994,350	1,994,212	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	448,486	423,736	411,344	97.1
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	23,250	23,094	99.3
1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	23,358,688	23,961,713	23,951,621	99.96
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	22,875,679	22,875,679	22,867,730	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	483,009	1,001,576	999,703	99.8
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	84,458	84,188	99.7
1002: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA REDUCCION DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	64,040	64,040	63,469	99.11
5-23: BIENES Y SERVICIOS	64,040	64,040	63,469	99.1
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0
9001: ACCIONES CENTRALES	6,136,221	7,337,792	7,087,573	96.59
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	5,407,435	6,681,390	6,496,335	97.2
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	87,000	36,000	36,000	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	607,986	570,494	540,177	94.7
5-25: OTROS GASTOS	33,800	33,800	0	0.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	16,108	15,061	93.5
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	2,594,993	5,970,271	4,713,728	78.95
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	472,733	655,711	655,711	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	1,648,274	4,811,204	3,555,644	73.9
5-25: OTROS GASTOS	473,986	473,986	473,986	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	29,370	28,387	96.7

Fuente: Consulta amigable MEF.

La ejecución presupuestal anual, en la Fte.Fto. Recursos Ordinarios alcanza el 97.4%.

La categoría presupuestal 9002. APNOP, ejecuta el menor porcentaje con 78.95%, observándose que en la Genérica de Gasto 5-23: Bienes y Servicios reporta un 73.9%, debido a la incorporación en el PIM 2025, por el monto de S/. S/. 4'811,204.00 en la actividad 5005467: Mantenimiento para Equipamiento e Infraestructura Hospitalaria, presupuesto destinado al C.S. El Descanso, ejecutándose S/. 3'555,644 representando el 73.9%.

CUADRO N° 06

Ejecución Presupuestal Fte Fto: Recursos Directamente Recaudados 2025.

2. RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	253,847	153,847	124,170	80.71
CATEGORIAS PRESUPUESTALES	PIA	2025 PIM	Devengado	Avance %
9001: ACCIONES CENTRALES	128,318	58,318	43,375	74.4
5-23: BIENES Y SERVICIOS	128,318	40,520	25,633	63.3
5-25: OTROS GASTOS	0	590	590	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	17,208	17,152	0
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	125,529	95,529	80,795	84.6
5-23: BIENES Y SERVICIOS	125,529	81,500	66,767	81.9
5-25: OTROS GASTOS	0	0	0	0.00
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	14,029	14,028	99.99

Fuente: Consulta Amigable MEF.

CUADRO N° 07

Ejecución Presupuestal Fte Fto: Recursos Donaciones y Transferencias 2025.

DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	3,077,599	2,981,689	96.9
CATEGORIAS PRESUPUESTALES	PIA	2025 PIM	Devengado	Avance %
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	0	271,388	271,379	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	227,138	227,129	100.0
5-25: OTROS GASTOS	0	34,750	34,750	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	9,500	9,500	100.0
0016: TBC-VIH/SIDA	0	52,648	52,622	99.95
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	46,828	46,802	99.9
5-25: OTROS GASTOS	0	5,820	5,820	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0.0
0017: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS	0	4,048	4,042	99.85
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	4,048	4,042	99.85
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0
0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	0	313,543	313,159	99.9
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	161,410	161,224	99.9
5-25: OTROS GASTOS	0	90,133	90,133	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	62,000	61,802	99.7
0024: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CANCER	0	378	350	92.6
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	378	350	92.6
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0.0
0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	0	79,101	79,100	100.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	79,101	79,100	100.0
0129: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONDICIONES SECUNDARIAS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD	0	7,021	6994	99.62
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	7,021	6994	99.62
0131: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	0	171,794	170,936	99.5
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	171,794	170,936	99.5
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0.0
1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	0	111,725	111,021	99.4
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	111,725	111,021	99.4
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0	0	0.0
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	0	2,065,953	1,971,986	95.45
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	1,782,020	1,688,082	94.7
5-25: OTROS GASTOS	0	226,537	226,537	100.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	57,396	57,367	99.9

Fuente: Consulta Amigable MEF.

En la Fte Fto Donaciones y Transferencias se alcanza una ejecucion presupuestal de 96.9%, observandose que el PP 024. Prevencion y Control de Cancer logra un avance del 92.6% con un PIM de S/. 378.00, los demas Programas Presupuestales cuentan con un avance del 99%, excepto la categoria presupuestal de APNOP con un avance del 95.45% teniendo un PIM de S/. 1'971,986.00, evidenciandose un avance del 94.7% en la GG 5-23. Bienes y Servicios.

CUADRO N° 08

Ejecución Presupuestal Fte Fto: Recursos Determinados 2025.

4. RECURSOS DETERMINADOS	0	569,386	281,920	49.51
CATEGORIAS PRESUPUESTALES	2025			
	PIA	PIM	Devengado	Avance %
0002: SALUD MATERNO NEONATAL	0	150,326	102,715	68.3
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	121,809	87,103	71.5
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	28,517	15,612	54.7
0131: CONTROL Y PREVENCION EN SALUD MENTAL	0	37,831	35,870	94.8
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	37,831	35,870	94.8
1001: PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	0	172,781	131,335	76.0
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	168,781	129,138	76.5
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	4,000	2,197	54.9
9002: ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	0	208,448	12,000	5.8
5-23: BIENES Y SERVICIOS	0	208,448	12,000	5.8

Fuente: consulta amigable MEF.

Durante el año 2025, se tuvo un PIM de S/. 569,386.00 en la Fte.Fto Recursos Determinados, observandose una ejecucion pptal del 49.51%, debido a la ultima transferencia recepcionada el 13 de noviembre del 2025, dificultando la ejecucion presupuestal a fin de año.

El PP 0131. Control y Prevencion en Salud Mental ejecuta el 94.8% de su presupuesto asignado S/. 37,831.00, seguido del PP 1001. Productos Especificos para Desarrollo Infantil Temprano con un devengado del 76%, PP 002. Salud Materno Neonatal con 68.3% y la categoria presupuestal 9002 APNOP reporta el menor avance presupuestal con 5.8%, con un PIM de S/. 208,448.00 estando a cargo de dos areas: Direccion de Saneamiento Ambiental en la Actividad 5004429: Desinfeccion y/o Tratamiento del Agua para el Consumo Humano, con un PIM de S/. 12,011.00, ejecutando el 99.9% y la Unidad de Patrimonio en la Actividad 5000953. Mantenimiento y Reparacion de Establecimientos de Salud, con un PIM de S/. 196,437.00, no llegando a ejecutar el presupuesto, cabe mencionar que se realizo el Mantenimiento al P.S. San Pablo, categoria I-2 en diciembre del año 2025, sin embargo por diversos motivos financieros no se llega a devengar, llegandose a cancelar el servicio a la empresa en el mes de mayo 2026, a traves de una RD como Reconocimiento de Deuda.

3.2.5 INDICADORES DE SANITARIOS.

Los indicadores del estado de salud de la población asignada a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar y parte de la Provincia de Acomayo se ven reflejados en los siguientes indicadores:

3.2.5.1. Morbilidad

La información procesada por la Dirección de Inteligencia Sanitaria – Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE, reporta en el registro HIS un total de 537,252 Atenciones por Consulta Externa por todas las causas (diagnósticos: Definitivo, Presuntivo y Repetitivo) en las IPRESS de las 6 Microredes: Yauri, Yanaoca, Descanso, Combapata, Techo Obrero y Pampaphalla, considerando que en las Microredes de Pampaphalla y Yauri se cuenta con los Centros de Salud mental Comunitario y en la localidad de Sicuani el Hogar Protegido.

El mayor numero de atenciones se reportan en Enfermedades del Sistema Respiratorio (42,361) siendo el curso de vida niño el que reporta la 3ra parte de las atenciones, seguido de Enfermedades del Sistema Digestivo (40569), Códigos MINSA (23434), información que debe ser analizada por la Dirección de Atención Integral de Salud para fortalecer las competencias del personal en los EE.SS.

CUADRO N° 09

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO UNIDAD EJECUTORA 401-SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR 2025

SECCION CAP	0 - 28 DIAS	1 AÑO	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 AÑOS	20 - 49 AÑOS	29 DIAS - 11 MESES	3 AÑOS	4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 49 AÑOS	50 - 59 AÑOS	60 - 64 AÑOS	65 - + AÑOS	Total General
Total general	10841	21550	48513	48562	15153	189111	31132	14135	12186	33279	39319	16607	56864	537252			
CAPITULO X: ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	120	2409	3496	2353	1822	11711	2793	1686	1329	5289	3346	1360	4647	42361			
CAPITULO XI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	50	261	3696	3570	408	14224	379	783	979	4830	3617	1717	6055	40569			
CAPITULO XXII: CODIGOS MINSA	427	438	1362	1625	267	10854	414	183	183	884	2375	1035	3387	23434			
CAPITULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	28	225	1313	1203	267	6365	101	260	290	1195	1872	820	2454	16393			
CAPITULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	16	515	751	853	322	7041	413	239	140	311	1833	701	2481	15616			
CAPITULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISETMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1	21	219	375	26	4199	16	25	26	101	2481	1187	4813	13490			
CAPITULO XIV: ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	5	86	242	683	94	7208	45	79	76	276	1587	616	2190	13187			
CAPITULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	17	675	563	588	458	6119	519	297	201	789	1158	486	1221	13091			
CAPITULO XVIII: SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	119	514	964	1081	300	3902	685	299	191	750	1106	429	1679	12019			
CAPITULO V: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO		9	893	853	47	3201	7	101	95	638	597	202	584	7227			
CAPITULO XV: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		1	23	696		5485	4		1		4		1	6215			
CAPITULO VI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		5	179	278	9	1924	8	13	7	86	639	294	1088	4530			
CAPITULO VII: ENFERMEDADES DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	14	98	262	152	80	866	121	88	56	370	487	290	1354	4238			
CAPITULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	26	167	283	275	137	1149	185	110	84	343	349	168	645	3921			
CAPITULO XX: CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	9	58	212	214	46	834	41	38	37	187	185	85	320	2266			
CAPITULO III: ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMOS DE LA INMUNIDAD	3	470	89	111	195	310	205	101	53	123	98	41	179	1978			
CAPITULO VIII: ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES		11	87	60	16	332	7	21	6	120	145	61	333	1199			
CAPITULO XVI: CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	1004						146							1150			
CAPITULO IX: ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1		18	17	3	198	1	4		22	155	76	414	909			

Fuente: Unidad Estadística e Informática.

3.2.5.2. Mortalidad

A nivel del ámbito de la U.E. 401 SCCE la primera causa de mortalidad atendida el año 2025 en los EE.SS, están relacionadas a Enfermedades del Sistema Respiratorio, reportándose un total de 102 defunciones, con el diagnóstico de Neumonía y Bronconeumonía (62 defunciones), reportándose el mayor número de casos en el curso de vida adulto mayor (60 defunciones), Otras enfermedades del sistema respiratorio (24 casos), enfermedades crónicas de las vías respiratorias (16).

Seguida del diagnóstico Desnutrición (26 defunciones), otras enfermedades bacterianas (21 defunciones), enfermedades del hígado (14 defunciones). Concluyéndose que se reportaron 341 defunciones durante el año 2025 y el curso de vida adulto mayor es el más afectado con el mayor numero de defunciones.

CUADRO N° 10

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO.

UNIDAD EJECUTORA 401-SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR 2025

CONSOLIDADO GENERAL REDCCE

2025

N°	COD	D A Ñ O	GRUPOS DE EDAD																								TOTAL	%
			< 28 d.		1-11 m.		1a.		2-4a.		5-9a.		10-14 a.		15-19 a.		20-44 a.		45-49 a.		50-64 a.		65 y+					
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
1	J10-J18	Neumonía y Bronconeumonía															1				1		25	35	62			
2	E40-E46	Desnutrición																			1		8	17	26			
3	J95-J99	Otras enfermedades del sistema respirat													1		2				1	1	5	14	24			
4	A30-A49	Otras enfermedades bacterianas																					9	12	21			
5	J40-J47	Enf. crónicas vías resp. inf.																		1	1	1	9	4	16			
6	K70-K77	Enfermedades del Hígado																			1		11	2	14			
7	I30-I52	Otras formas de Enf del Corazón															2						2	9	13			
8	N17-N19	Insuficiencia renal																			2		4	7	13			
9	C15-C26	Tumores malignos de los organos digestivos																			1		3	6	10			
10	I20-I25	Enf. Izzquémica del corazón													1								2	7	10			
		Todas las demas	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4	5	2	1	1	4	4	52	53	132		
		TOTAL	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	4	8	4	1	2	12	6	130	166	341		

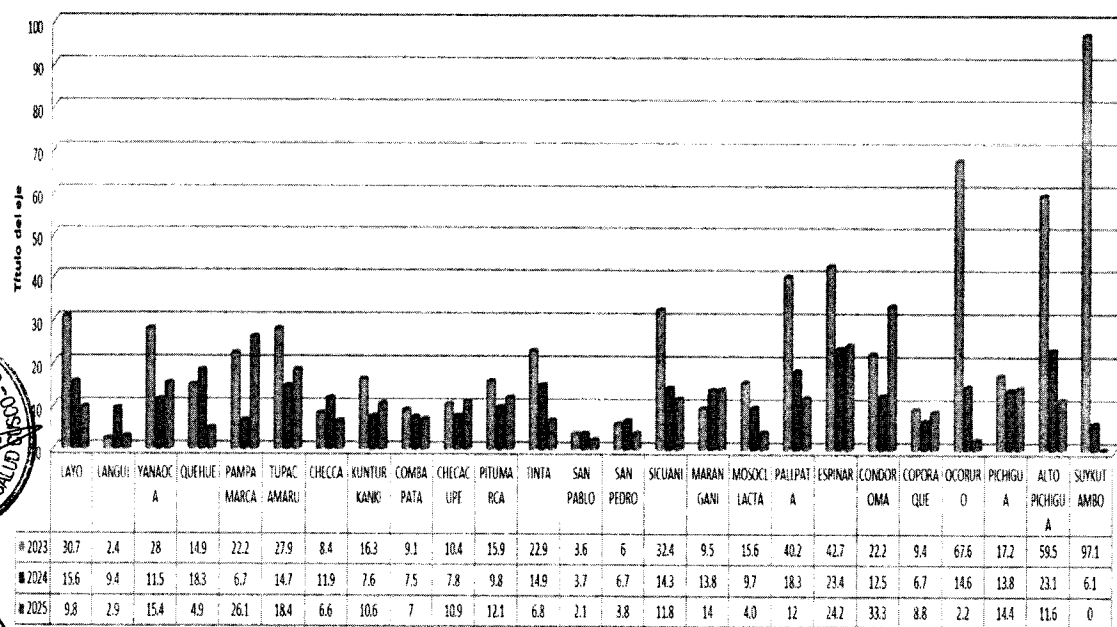
Fuente: Dirección de Inteligencia Sanitaria (Unidad Estadística)

3.2.6 Principales Indicadores por programas presupuestales 2025.

PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS DESARROLLO **INFANTIL TEMPRANO**

GRAFICO N° 03

PORCENTAJE DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A < 36 MESES POR DISTRITO - RED DE SALUD CCE 2023-2025



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

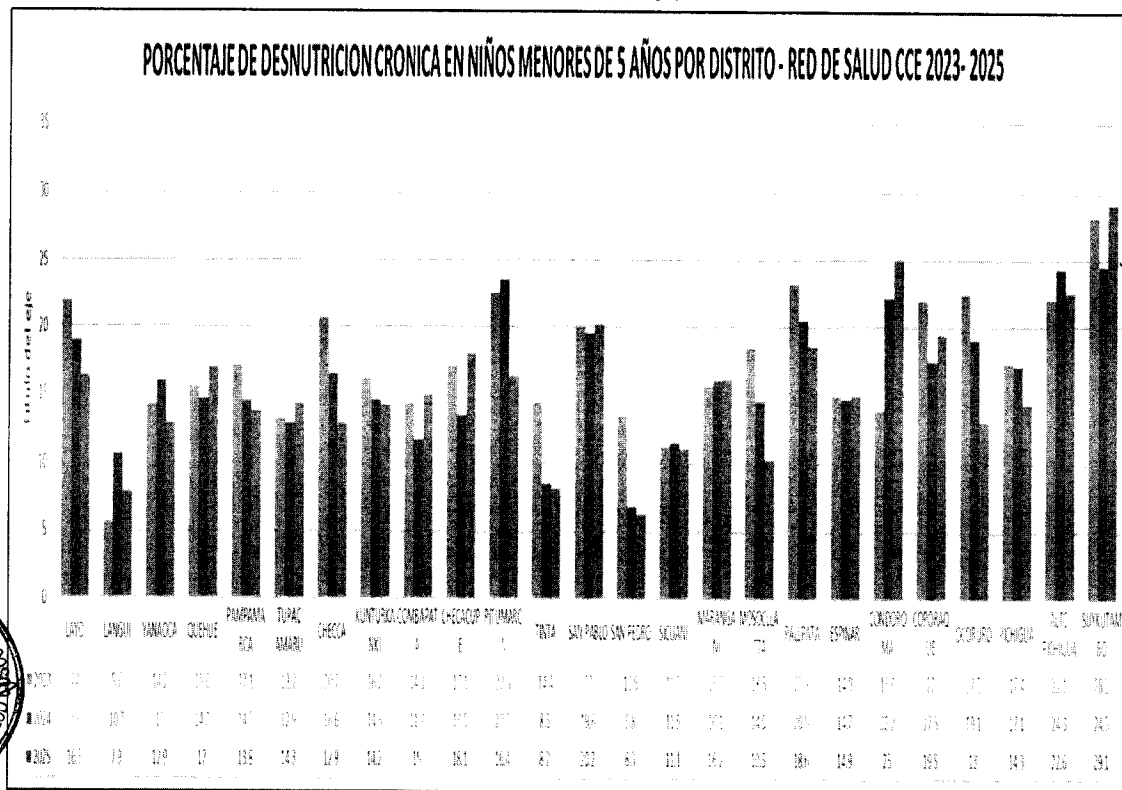
La anemia en niños es otro problema de salud pública que amerita una vigilancia epidemiológica primordial. La Red Canas Canchis Espinar presenta una proporción de anemia en niños de 13.6 % al año 2025, evidenciándose una disminución de 0.2% del 2024 al 2025.

A nivel de la Red de Salud, al 2025 el 13.6% de niños con anemia de 6 a menor de 36 meses refleja que nos centramos en un leve problema de salud pública según la clasificación de la OMS.

A nivel de los 25 Distritos de la Provincia de Canas, Canchis y Espinar, los distritos con mayor porcentaje de anemia en niños para el año 2025 son: Condoroma 33%, Espinar 24.2%, Pampamarca 26.3%, Tupac Amaru 18.4%, representa la población infantil con Anemia de a 6 menor de 36 meses, población que asiste a los Establecimientos de Salud de nuestro ámbito.

Las estrategias implementadas para la reducción de la anemia; si bien tenemos una tendencia a reducir; pero no es considerable; evidenciándose que nuestro porcentaje de anemia es de 13.6%, el cual evidencia que la reducción de la anemia se debe de intervenir a nivel de las determinantes sociales como son la disponibilidad de alimentos, acceso, utilización y agua segura.

GRAFICO N° 04



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE.

De acuerdo a los resultados del Mapa de Desnutrición Crónica de Niños Menores de cinco años del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) HIS MINSA 2015-2025; durante el 2025 el 14.7% de los niños menores de cinco años de las Provincias de Canas Canchis Espinar fueron desnutridos crónicos. Evidenciándose una tendencia a la disminución de 0.8% del año 2024 al 2025.

A nivel de la Red de Salud el 14.7% de niños con desnutrición crónica refleja que nos encontramos en una prevalencia baja, según la clasificación de la OMS.

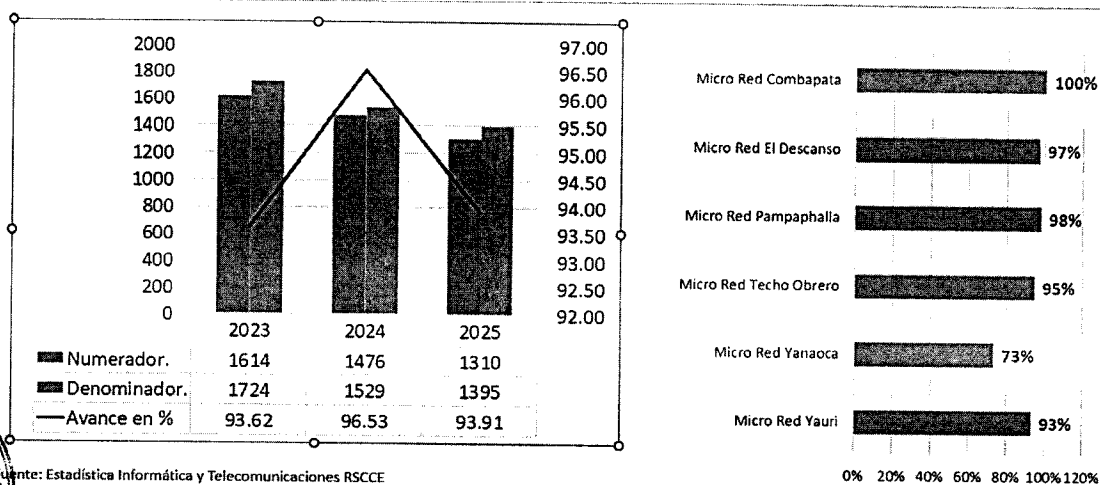
El patrón de referencia utilizado para comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo, fueron las tablas propuestas por la OMS durante el 2006, que se sustentan en un estudio longitudinal representativo de la población mundial de niños.

A nivel de los 25 Distritos de la Provincia de Canas, Canchis y Espinar, los distritos con mayor porcentaje de Desnutrición Crónica para el año 2025 son: Suykutambo 29.1%, Alto Pichigua 22.6%, San pablo 20.2%, Coporaque 19.5%, Pallpata 18.6%, representa la población infantil con Desnutrición crónica, población que asiste a los establecimientos de salud de nuestro ámbito. Evidenciándose que los determinantes sociales afectan a la población, debido a que la mayoría de distritos de nuestro ámbito están considerados en pobreza y extrema pobreza.

Las estrategias que se han implementado para la reducción de la DCI a nivel de la Unidad Ejecutora 401 Salud Canas Canchis Espinar, brindando el paquete de atención a usuarios; intervención de los gobiernos locales a nivel de las determinantes sociales.

GRAFICO N° 05

PROPORCION DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 2023- 2025

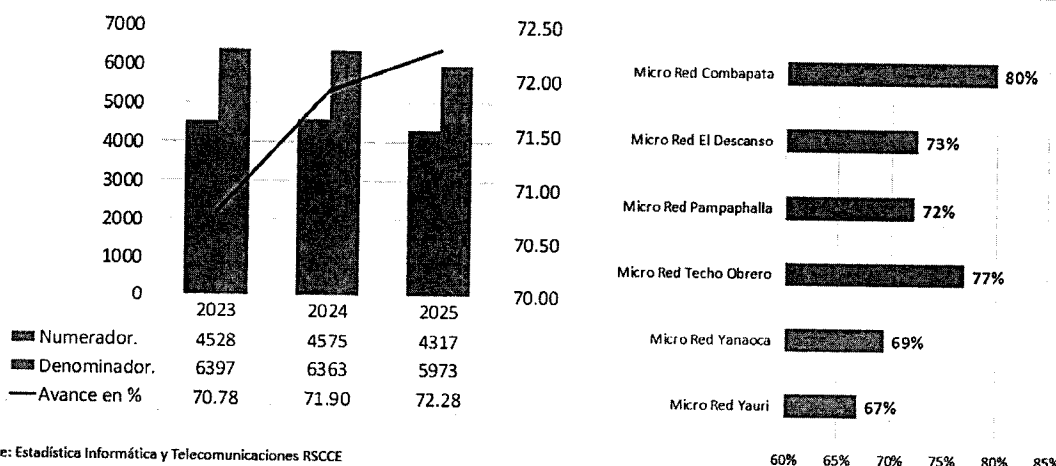


La lactancia materna es la intervención sanitaria más costo efectiva que protege el capital humano. A nivel nacional en el año 2024, el 67.4% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia materna. A nivel del área rural 82.4%, para el presente año 2025 en el semestre se tiene un 71.4% estando por encima de la meta global a nivel de la OPS/OMS del 50%. El porcentaje no ha tenido mayor variación en los últimos cinco años, según ENDES posterior a la pandemia. A nivel de la U.E.401 SCCE se tiene según los niños evaluados al quinto mes un 93.91% de los niños que reciben lactancia materna.

La certificación de establecimientos amigos de la madre la niña y el niño a nivel de la U.E. 401 SCCE para el año 2025 se han certificado 20 establecimientos siendo un total de 30 desde el año 2022, si bien se tiene más del 50% de establecimientos certificados a nivel de la U.E.401 SCCE, siendo C.S Yauri, Pallpata, coporaque, Suykutambo, Urinsaya, Pichigua, C.S.Descanso, Checca, Chitibamba, C.S.Yanaoca, Tungasuca, Quehue, Pampamarca, C.S Combapata, Pitumarca, Checacupe, Tinta, Mosocllacta, Chiara, C.S.Layo, Langui, Condeviluyo, Herca, Marangani, C.SP se tiene que fortalecer el trabajo de calidad mejorando las competencias en las habilidades del personal de salud para brindar el apoyo oportuno y que garantice la intervención.

GRAFICO N° 06

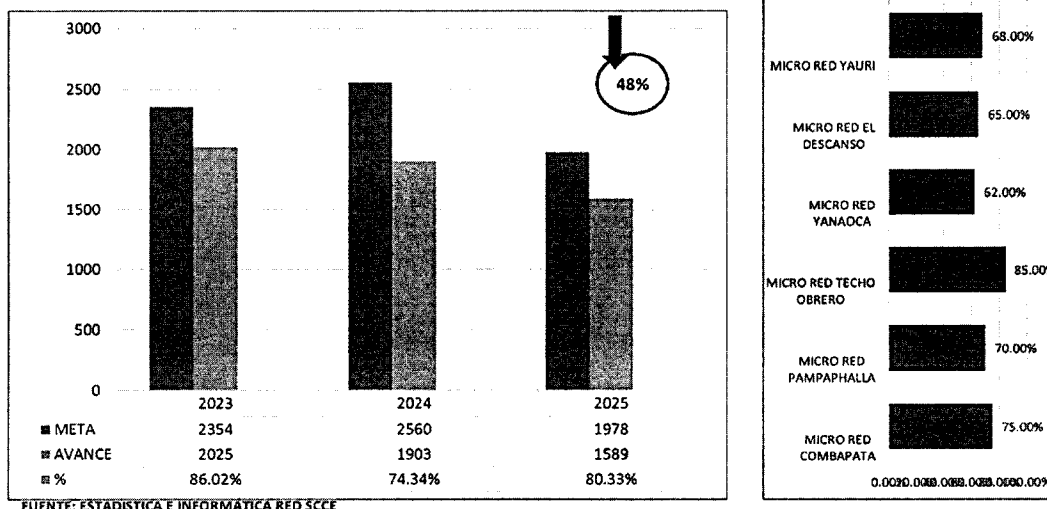
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETOS PARA SU EDAD 2023-2025



El Ministerio de Salud (MINSA) define el control de crecimiento y desarrollo (CRED) al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños a fin de detectar de manera precoz, riesgos, debiendo lograr un porcentaje mayor al 90 %. En ese sentido, el avance a nivel de la U.E. 401 SCCE alcanza un 72.28% para el 2025. En el niño menor de 36 meses. Se observa las micro redes con promedio por debajo de la UE, a Yauri 67% y Yanaoca con 69%. Los factores que contribuyeron fueron barreras en la oferta mediante el seguimiento oportuno, compromiso del personal limitada consejería evidenciando la adherencia al proceso y aceptación de los padres y/o cuidadores a la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo. teniendo un impacto negativo en la detección oportuna de anemia y desnutrición, cumplimiento del esquema de vacunación y mayor riesgo a morbimortalidad infantil. Por lo tanto, es importante mejorar la captación activa, fortalecimiento del recurso humano y proyección comunitaria. Para el año 2026 establecer un tablero de seguimiento que permita la oportunidad del control, fortalecimiento de capacidades al personal de salud para mejora de la percepción del usuario.

GRAFICO N° 07

**COBERTURA DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS
BASICAS COMPLETAS PARA SU EDAD U.E 401 RED SALUD CANAS
CANCHIS ESPINAR. 2023 – 2025**



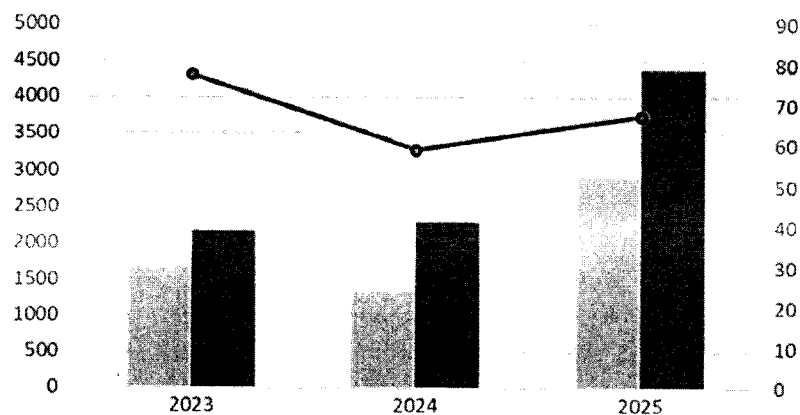
La proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad se observa un descenso en comparación a los años anteriores. Existen algunos factores como: inconvenientes con el sistema SIHCE en la migración de información al HIS MINSA, por ende, hay niños vacunados que no se visualiza en el reporte de HIS MINSA.

Así mismo, los niños transeúntes (procedentes de otras regiones) que no están registrados en el HIS MINSA, dificultan el seguimiento respectivo del niño; la RENIEC por su atención irregular, perjudicando el registro de Recién Nacidos.

La tasa de deserción para el año 2025 en niños menores de 1 año con vacuna Pentavalente, alcanza 8.6% a nivel de la U.E. 401, observándose que existen niños por vacunar. La Micro Red Pampaphalla se encuentra muy elevada que representa 17.4%, seguidamente la Microrred Techo Obrero con 12.3%, Yauri con 12%, Yanaoca 10.8% y Combapata y Descanso se clasifican dentro del Rango aceptable.

Asimismo, el avance de los establecimientos de ESSALUD Sicuani y Espinar se encuentra incluido en la U.E. 401-SCCE. Estos datos son remitidos de manera física y consolidados posteriormente, tras la entrega de informes por parte de las microredes a las que pertenecen.

GRÁFICO N° 08
Proporción de Niños Menores de 3 años con Suplemento de Hierro
U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar 2023 – 2025.



N° de niños menores de 36 meses suplementados con hierro o micronutrientes de acuerdo al esquema X 100

Total de niños menores de 36 meses programados

%

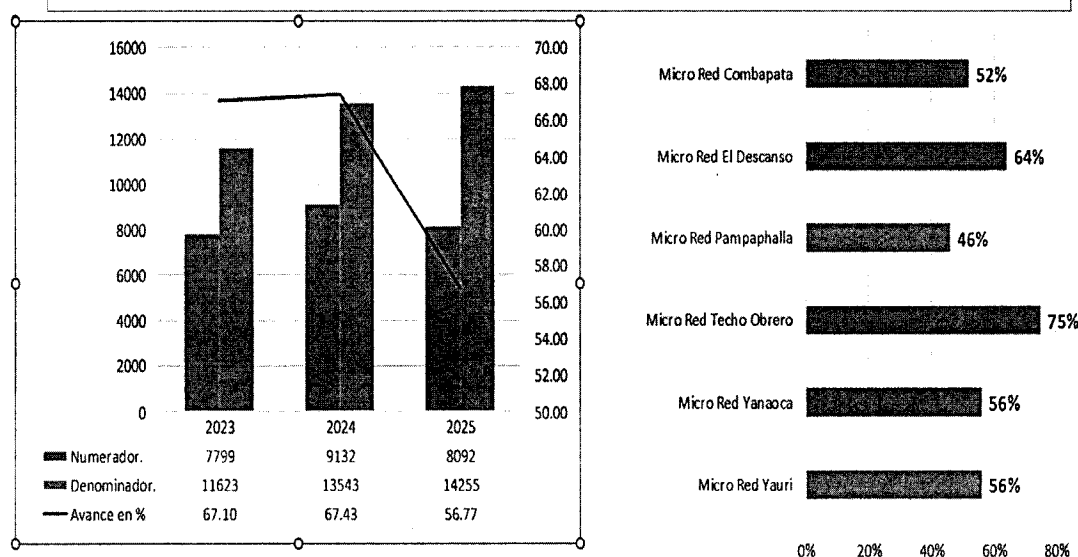
FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

Intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a los niños menores de 36 meses suplementados con micronutrientes, sulfato ferroso en gotas, sulfato ferroso en jarabe y hierro polimaltosado según establece la Norma Técnica N° 213 para el Manejo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones y Modificatoria RM.429- 2024 /MINSA.

Para el año 2025 nos encontramos con un avance regular de niños suplementados con término de actividad, teniendo algunas dificultades en la entrega del suplemento a niños de 2 años ya que acuden en forma trimestral y el seguimiento a la entrega del medicamento es inoportuno. La estrategia a implementar para el año 2026 es brindar en forma mensual la entrega de suplementación a los niños de 1 y 2 años, y así garantizar el esquema de suplementación. También se realizará el seguimiento nominal de los niños que inician suplementación preventiva.

GRAFICO N° 09

**PORCENTAJE DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS
2023-2025**



Fuente: Estadística Informática y Telecomunicaciones RSCCE

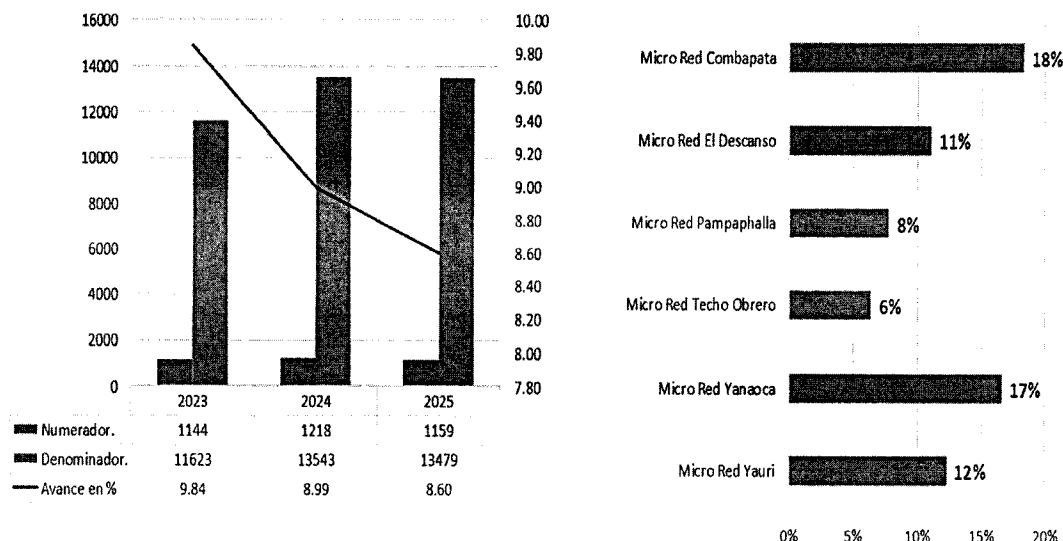
Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) se mantienen como uno de los desafíos más críticos para la salud pública infantil en el Perú, representando históricamente una de las principales causas de morbilidad en la niñez. Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para el año 2023, la prevalencia nacional de estas infecciones se situó en un 14.9%; sin embargo, esta cifra se agudiza en las zonas rurales del país, donde el indicador se eleva al 16.2%. Dentro de este escenario, los grupos etarios de mayor vulnerabilidad se concentran en los lactantes de 6 a 11 meses y los niños de 48 a 59 meses, periodos marcados por la transición inmunológica y la mayor exposición ambiental.

A nivel regional, el panorama epidemiológico muestra una presión asistencial constante. Hasta la Semana Epidemiológica (S.E.) N° 50 del año 2024, se notificaron un total de 83,471 episodios de IRA no neumonías, lo que se traduce en una incidencia acumulada de 7955.23 por cada 10,000 menores de cinco años. Esta tendencia refleja un incremento del 0.51% en comparación con el mismo periodo del año 2023, evidenciando que la transmisión viral y bacteriana permanece activa y en ligero ascenso a nivel regional.

En lo que respecta a la Red Canas Canchis Espinar (U.E. 401), se observa una dinámica particular: aunque se ha reportado una disminución de casos en comparación con años previos, la frecuencia de la enfermedad por individuo sigue siendo alta, con un promedio de 3 a 4 episodios de IRA por niño al año. Para el año 2025, los datos locales señalan que el 68% de los niños menores de cinco años en la jurisdicción de la U.E. 401 han presentado cuadros respiratorios.

GRAFICO N° 10

**PORCENTAJE DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS (AS) MENORES DE 5
AÑOS 2023- 2025**



Fuente: Estadística Informática y Telecomunicaciones RSCCE

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, afectando a todos los grupos etarios. Los episodios de EDA Acuosa en comparación al año anterior se evidencia un ligero aumento de un 0.76%

En el ámbito regional, entre los años 2024 y 2025 se identifica un incremento de episodios en las provincias de Espinar (4.24%) y Canas (4.21%). A nivel de la U.E.401 se observa que las micro redes de Combapata, Yanaoca y Yauri tuvieron mayor presencia de casos en relación al consolidado como Red.

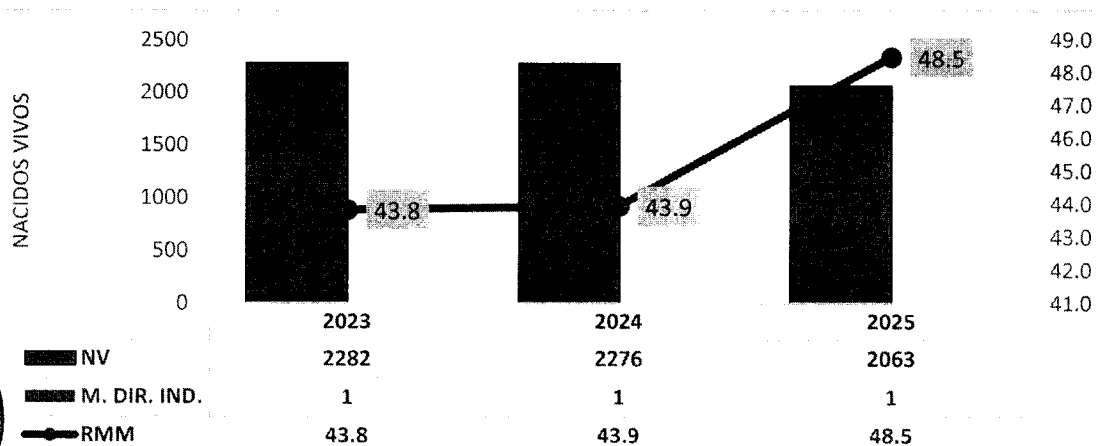
La vacunación contra el rotavirus, se administra a niños < de 1 año, la cual se encuentra en 79% de cobertura para el año 2025 a nivel de la U.E.401SCCE en relación al programado.

Concluyendo que se debemos fortalecer las actividades preventivo promocionales en EDA y las capacidades del personal en el manejo de los casos así también el correcto registro de los mismos en el HIS MINSA. (Evitar duplicidad). De manera especial debe revisarse el trabajo sobre la generación de hábitos y estilos de vida relacionados al cuidado del aseo e higiene personal, así como el lavado de manos, el uso de agua segura por parte de la población, que incluye el funcionamiento de la vigilancia de la calidad del agua, especialmente en el área rural.

PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL

GRAFICO N° 11

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA (X 100,000 NV) RSCCE 2023 – 2025

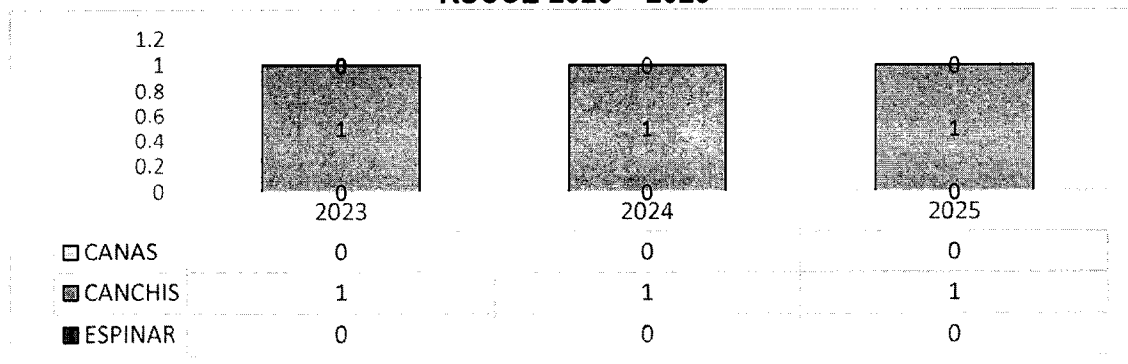


FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

Según reportes nacionales recientes del MINSA y ENDES, el promedio nacional de RMM en el Perú en los últimos años se ha situado aproximadamente entre 55 y 65 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (con tendencia progresiva a la reducción post pandemia). Siendo el promedio nacional estimado reciente: 60 por cada 100,000 nacidos vivos, la Red de Salud GCE se encuentra por debajo del promedio nacional, lo cual es un resultado relativamente favorable. Sin embargo, al tratarse de un ámbito con menor número de nacidos vivos, un solo caso impacta significativamente el indicador, elevándolo de manera inmediata.

Durante el año 2025, se notificó un (01) caso de muerte materna, correspondiente a una gestante de 18 años, cuya causa fue clasificada como **indirecta**. Este evento determinó una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 48.47 por cada 100,000 nacidos vivos, indicador que evidencia la persistencia de riesgos asociados al embarazo, especialmente en poblaciones joven. Asimismo, durante el mismo período se registraron casos de morbilidad materna extrema, los cuales requirieron atención especializada y culminaron en hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de IPRESS de nivel III. Gracias a la oportuna atención y al manejo integral de los casos, las gestantes afectadas lograron estabilizarse clínicamente y fueron dadas de alta, lo que refleja la capacidad de respuesta del sistema de salud para la atención de emergencias obstétricas graves.

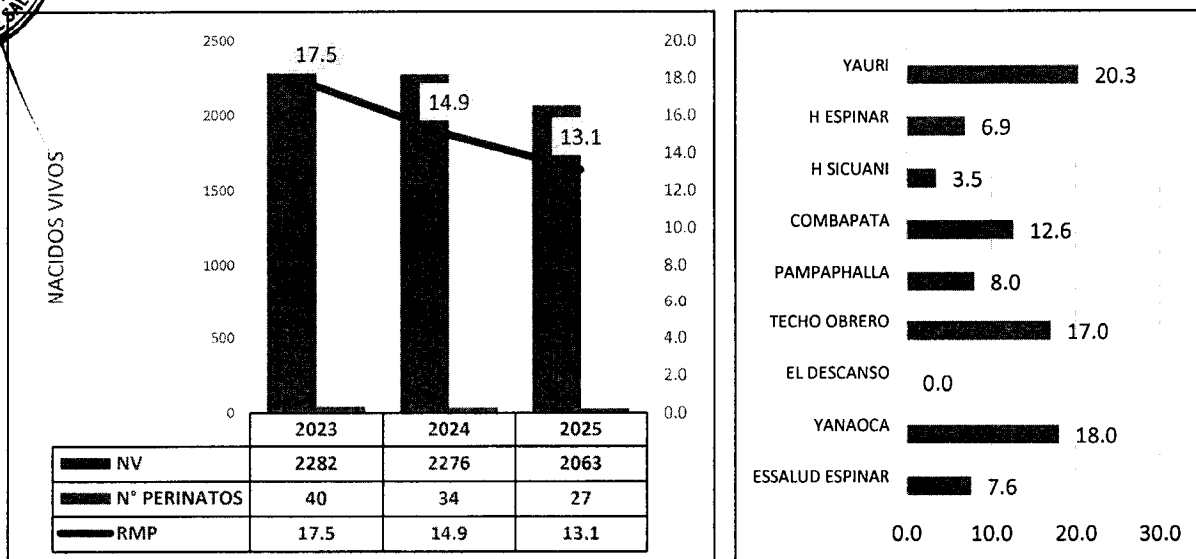
GRAFICO N° 12
NUMERO DE MUERTES MATERNAS POR PROVINCIAS
RSCCE 2023 – 2025



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

La provincia de Canchis muestra comportamiento estacionario, en el año 2025 reporta un caso, comparando el número de muertes maternas según lugar de procedencia en los diez últimos años, seguida de la provincia de Espinar, la concentración de casos en Canchis puede estar relacionada con: Mayor densidad poblacional, mayor número de nacidos vivos, mayor capacidad diagnóstica y de notificación. La ausencia de casos en otras provincias no descarta riesgo, especialmente considerando el bajo número absoluto de eventos.

GRAFICO N° 13
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL (x 1000 NV)
RSCCE 2023- 2025

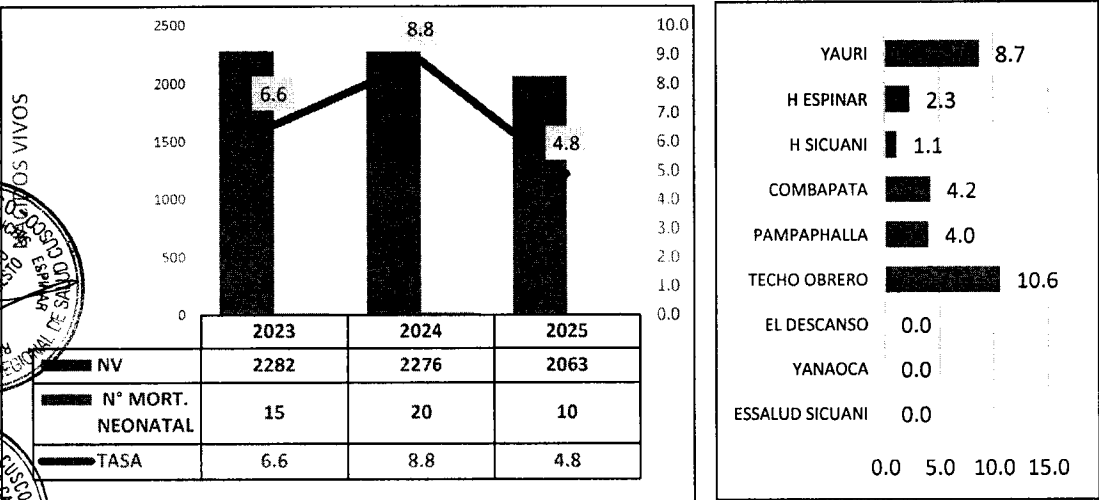


FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE.

Al cierre del año 2025, la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar (RSCCE) registró una Tasa de Mortalidad Perinatal de 13.1 por cada 1,000 nacidos vivos. esta cifra representa una disminución significativa de 4.4 puntos respecto al año 2023 (17.5) y de 1.8 puntos en relación al 2024 (14.9). El promedio nacional de Mortalidad Perinatal en el Perú se sitúa en 22.36 por 1,000 nacidos vivos. La Red para el año 2025 se encuentra 9.26 puntos por debajo del promedio nacional, lo que representa aproximadamente un 41% menos que la tasa nacional. Sin embargo, para sostener y consolidar esta ventaja comparativa, es indispensable:

Mantener el fortalecimiento del control prenatal con enfoque de riesgo, Optimizar la vigilancia fetal intraparto, Continuar la capacitación en reanimación neonatal y Realizar auditorías perinatales periódicas en establecimientos con tasas más elevadas.

GRAFICO N° 14
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL (x 1000 NV)
RSCCE 2023 – 2025



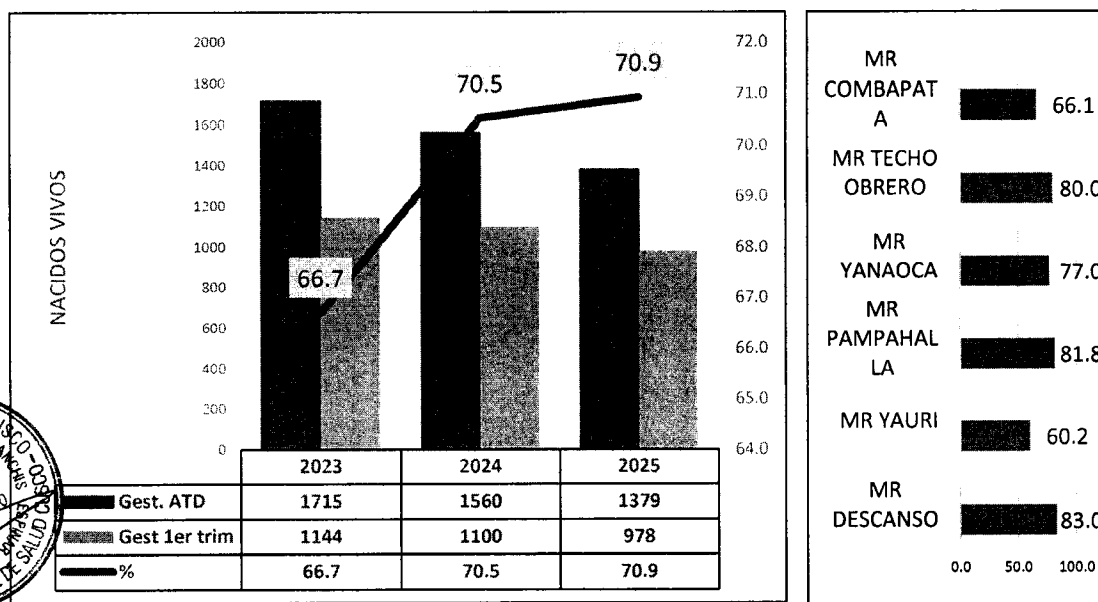
Fuente:
Unidad
de

Estadística Informática y telecomunicaciones – Epidemiología - RED CCE

La Tasa de Mortalidad Neonatal en el Perú se sitúa aproximadamente entre 9 y 11 por 1,000 nacidos vivos. La RSCCE se encuentra aproximadamente 50% por debajo del promedio nacional, lo que posiciona a la Red con un desempeño favorable en términos comparativos. Sin embargo, debido al bajo denominador poblacional, cualquier incremento de casos puede impactar rápidamente la tasa.

A diferencia, durante el año 2025 en la RSCCE se registra una reducción importante tanto en el número de nacidos vivos (2,063) como en las muertes neonatales (10), lo que se traduce en una disminución significativa de la tasa de mortalidad neonatal a 4.8 x1000 nacidos vivos, a comparación del año 2024 el comportamiento de la mortalidad neonatal muestra un incremento en 2024 Este resultado evidencia una mejoría sustancial en los desenlaces neonatales, esta mejora asociada al fortalecimiento de las intervenciones en la atención prenatal, del parto, del recién nacido y a la oportuna referencia de casos con complicaciones. Durante el período evaluado, los casos reportados de mortalidad neonatal fueron notificados por diversas IPRESS de la jurisdicción, concentrándose principalmente en los establecimientos del primer nivel de atención. La mayor carga de casos corresponde a la Microred Yauri (03 casos) y a la Microred Techo Obrero (03 casos), seguidas por Combapata (01 caso) y Pampahalla (01 caso). En el segundo nivel de atención, el Hospital de Sicuani notificó 01 caso y el Hospital de Espinar, 01 caso. Asimismo, 10 casos en el ámbito jurisdiccional sostener y mejorar los resultados alcanzados en 2025. El reto estratégico no es solo mantener una tasa baja, sino reducir la concentración territorial del riesgo. Las recomendaciones estratégicas para la micro red Yauri y Techo Obrero son; Fortalecer control prenatal con enfoque predictivo, Optimizar atención del parto, Fortalecer atención inmediata del recién nacido, Auditorías neonatales y vigilancia activa.

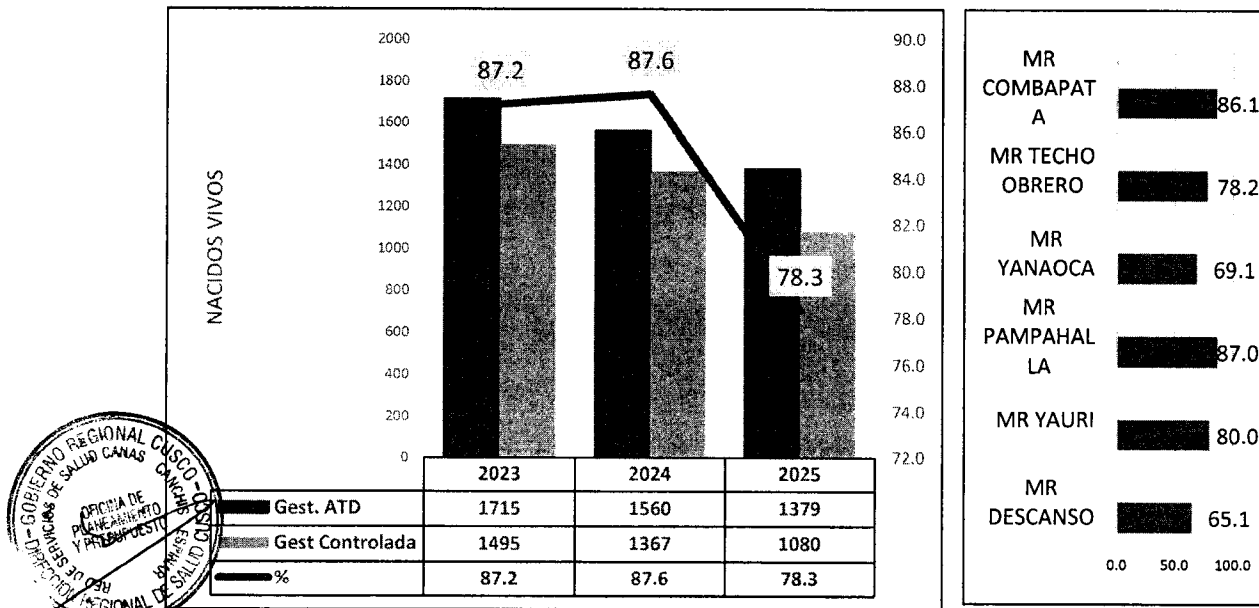
GRAFICO N° 15
Proporción Gestantes con 1ra Atención Prenatal en el Primer Trimestre
RSCCE: 2023 – 2025



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

En el presente cuadro del 2025 se observa que un 70.9% de las gestantes atendidas acudieron oportunamente para su primera atención prenatal, observándose un incremento de 0.4 puntos porcentuales en comparación al año 2024. La Microred Descanso obtuvo mejor resultado en la captación oportuna de la gestante (83%), la Microred Pampaphalla (81.8) la Microred echo Obrero (80%), Microred Yanaoca (77%) y la microred Combapata (66.1%), Las microredes con menor captación fueron: El Yauri (60.2%) y al Microred Combapata. Se tiene que continuar incidiendo en la actividad de captación oportuna de madres gestantes a través de la búsqueda activa en el marco de la estrategia de sectorización y comunidades saludables para una maternidad segura y riesgo controlado. En este indicador se identifica la gestante atendida por etapa de vida: se identifica que el 2.7 % de curso de vida adolescente acude en el primer trimestre, de igual manera el 41% del curso de vida joven y el 25.9% del curso de vida adulto acuden al control prenatal en el primer trimestre, donde se observa que la etapa joven predomina con mayor porcentaje en relación a etapa adulto. Para el ejercicio fiscal 2026, el Programa Presupuestal Materno Neonatal de la RSCCE implementará tres ejes estratégicos fundamentales: el fortalecimiento de la búsqueda activa para la captación temprana; la consolidación del Plan de Parto desde el primer trimestre de gestación para asegurar la continuidad asistencial; y la ejecución de una Estrategia Comunicacional Comunitaria destinada a fortalecer el vínculo entre los establecimientos de salud y la población.

GRAFICO N° 16
Proporción Gestantes Controlada
RSCCE: 2023 – 2025



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

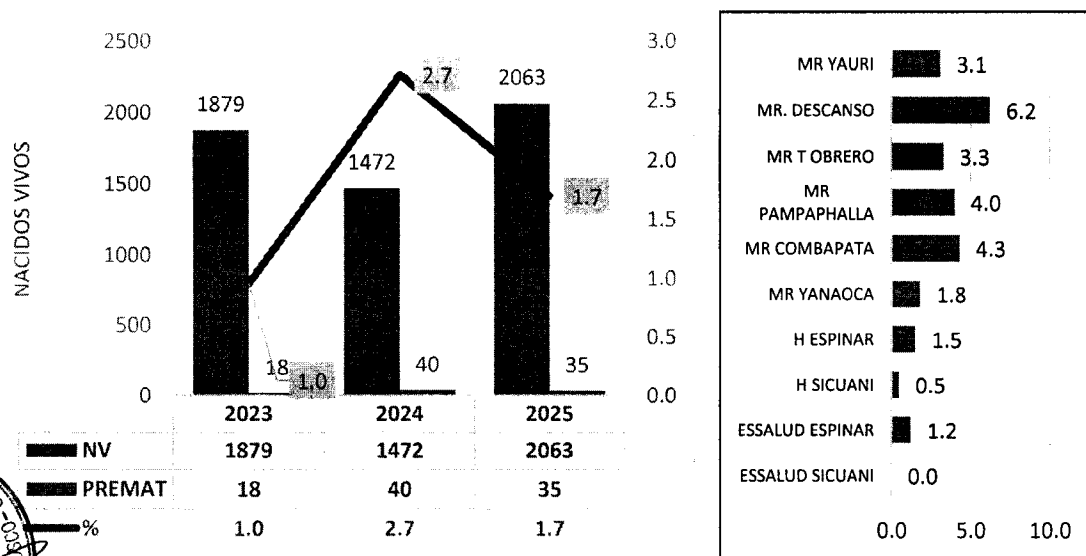
El presente grafico evidencia que el 87,3 % de las gestantes atendidas cumplieron con la realización de sus seis controles prenatales, observándose mayor cumplimiento en el curso de vida joven, seguido del adulto, quienes lograron completar la sexta atención prenatal.

Sin embargo, en comparación del año 2024 se evidencia una disminución en un 9.3% y en un 11.7 de gestantes no lograron tener las 6 atenciones prenatales exigido por la norma técnica del programa. Entre los principales factores asociados se identifica el inicio tardío del control prenatal, posterior al primer trimestre de gestación, así como la migración constante de las gestantes hacia otras regiones, aproximadamente un 15% lo cual dificulta el seguimiento y la oportunidad en el cumplimiento del control prenatal. A ello se suma la libre adscripción del SIS, que permite a las gestantes atenderse en cualquier establecimiento de salud, generando discontinuidad en la atención.

Para mejorar este indicador, se plantea fortalecer el seguimiento continuo y oportuno de las gestantes, mediante estrategias de sensibilización dirigidas a la pareja, la familia y los actores sociales de las comunidades, promoviendo la corresponsabilidad en el cuidado de la salud materna. Estas acciones permitirán mejorar el cumplimiento del control prenatal y asegurar la entrega integral del paquete de atención a la gestante.

GRAFICO N° 17

Proporción de Recién Nacido Vivos Menores de 37 Semanas. RSCCE – 2023 -2025



FUENTE: Unidad de Estadística e Informática UE 401-SCCE

Este indicador, considerado trazador para el cumplimiento del Objetivo del Plan Estratégico Institucional, evidencia que en el año 2025 se registró una disminución del 1 % en los nacidos vivos pretérmino en comparación con el año 2024. No obstante, la Microred de Combapata presenta el mayor número de casos, con una proporción de partos pretérmino que alcanza 4,3 puntos porcentuales, seguida por las Microredes Techo Obrero, Pampaphalla y Yauri. Esta situación estaría relacionada, principalmente, con la calidad de la atención prenatal brindada en dichos establecimientos.

Este indicador permite medir el riesgo al que se enfrenta el recién nacido, ya que la prematuridad incrementa la probabilidad de presentar complicaciones e incluso muerte neonatal, debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, lo que lo hace altamente vulnerable frente a agresiones externas.

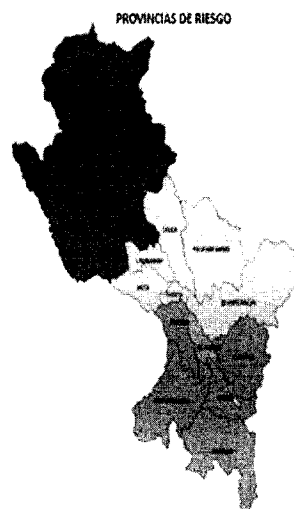
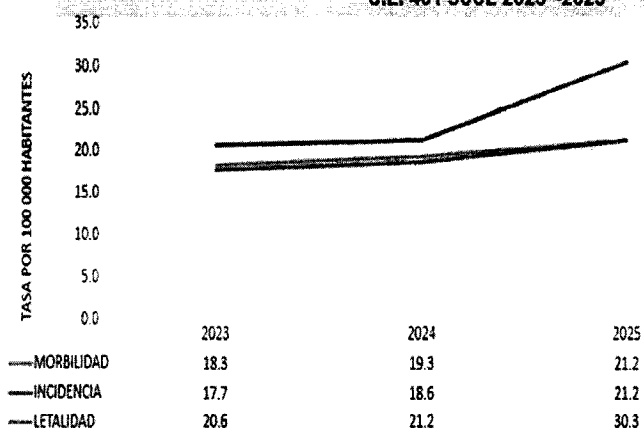
En la Red de Salud Canas Canchis Espinar (RSCCE), a través de la ESSSR, se ha evidenciado que la calidad de la atención prenatal resulta fundamental, especialmente en el manejo oportuno de gestantes con factores de riesgo o complicaciones. En este sentido, el personal de salud debe contar con capacitación permanente para la detección temprana y el tratamiento adecuado de dichas complicaciones. Diversos estudios señalan que un adecuado tamizaje y una intervención oportuna podrían prevenir hasta el 44 % de los partos pre término, por lo que las estrategias de prevención deben centrarse principalmente en la identificación temprana del riesgo de parto pre término.

Las Estrategias implementadas por la Red de salud, durante el periodo 2025; fueron Fortalecimiento del control prenatal con enfoque de riesgo, Supervisión y acompañamiento técnico, Capacitación del personal de salud, Mejora en el sistema de referencia y la Vigilancia epidemiológica activa.

PROGRAMA PRESUPUESTAL TBC / VIH- SIDA

GRAFICO N° 18

TASA DE MORBILIDAD, INCIDENCIA Y LETALIDAD POR TUBERCULOSIS U.E. 401 SCCE 2023 -2025



BAJO RIESGO	(0 - 25)
MEDIANO RIESGO	(25 - 50)
ALTO RIESGO	(50 - 75)
MUY ALTO RIESGO	(75 A MAS)

POBLACION	158,055	160,825	155,318
MORBILIDAD	29	31	33
NUEVOS + RECAIDAS	28	30	33
FALLECIDOS	6	5	10

Fuente: SIGTB

La tasa de morbilidad de Tuberculosis mide la proporción de casos de tuberculosis en todas sus formas en una población determinada en un periodo de un año, se utiliza para medir el impacto de las intervenciones realizadas para la prevención y control de Tuberculosis.

La tasa de morbilidad de Tuberculosis de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar es del 21.2 X 100,000 habitantes, encontrándose por debajo de los valores promedios nacional y regional, siendo catalogado como una Zona de Mediano Riesgo (≤ 50 casos de tuberculosis). En el año 2025 de igual manera la tasa de incidencia de tuberculosis es del 21.2 X 100,000 habitantes. La tasa de letalidad por Tuberculosis es de 30.3 %, tasa muy alta que refleja que nuestra captación es inoportuna, inadecuada organización del establecimiento de salud entorno a la estrategia. Luego de analizar esta situación se está impulsando el desarrollo de reuniones de asistencia técnica descentralizadas donde se han presentado defunciones y perdidas en el seguimiento. Asimismo, se tiene que fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento de las microredes hacia los establecimientos en riesgo y fortalecer el trabajo extramural

En tanto, tenemos persistentes niveles de pobreza importantes en el ámbito jurisdiccional, consideramos que es necesario fortalecer y mejorar las acciones de lucha contra la tuberculosis como la captación activa y temprana de casos, mejorar la eficiencia y eficacia del tratamiento, dar tratamientos apropiados a los pacientes y fundamentalmente desde el nivel político tanto a nivel regional como nacional se realicen actividades integrales que permitan realizar con eficacia y efectividad acciones de prevención primordial que será lo único que puede garantizar un control efectivo del daño a nivel poblacional.

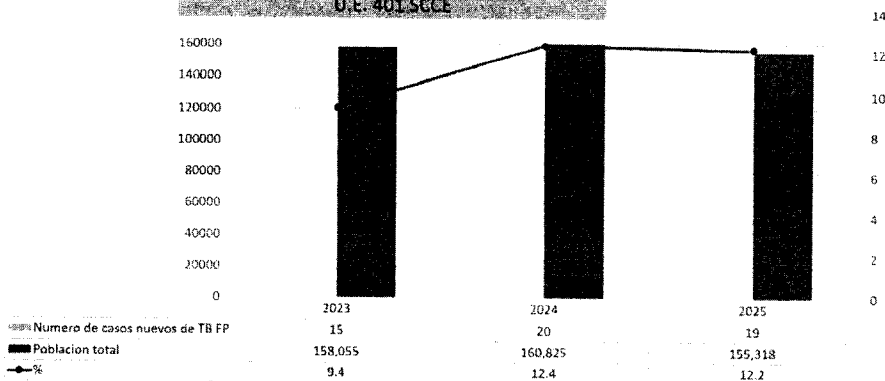
GRAFICO N° 19



EVALUACIÓN ANUAL 2023-2025



Tasa de incidencia de TB Pulmonar frotis positivo
U.E. 401 SCCE



FUENTE: SIGTB

La tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar Sensible Frotis Positivo en la U.E. 401 Salud SCCE en el año 2025 es del 12.2 x 100,000 habitantes similar a lo obtenido en año anterior. Se preocupa con preocupación un alto porcentaje de casos con alta carga bacilar

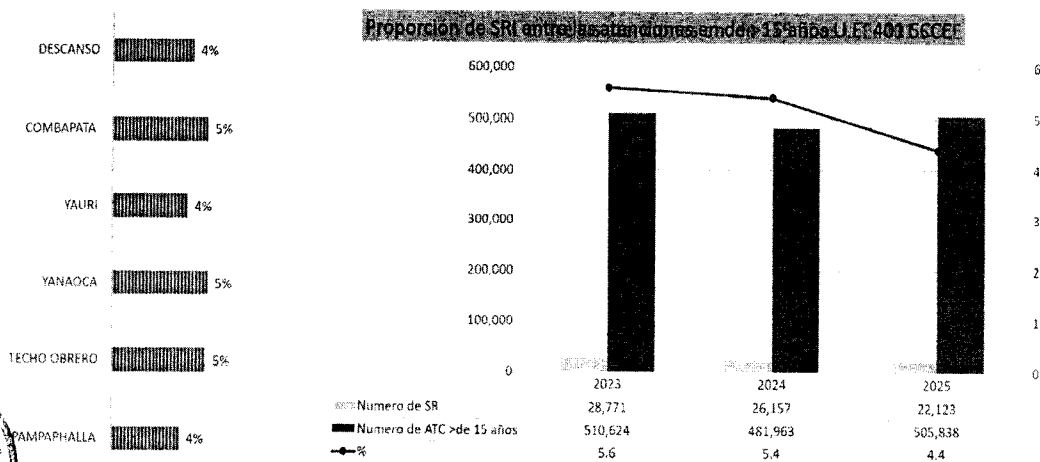
(++ y +++), 12 casos de los 19 positivos. Los cursos de vida más afectados son del Adulto mayor y adulto. Es necesario tener presente frente a esta situación, que la medida preventiva más eficaz es evitar el contagio eliminando nuevas fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno/completo de estos casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, en el cual la localización bacteriológica de casos es uno de los pilares de la ESPCTB. Es necesario mejorar y fortalecer la captación activa de los sintomáticos respiratorios; según la nueva NTS se debe considerar el abordaje de la tuberculosis presuntiva a todo nivel con la participación y compromiso de los equipos de salud.

Según el análisis por MR se observa una mayor incidencia de casos frotis positivo en las microredes de Techo Obrero con (8 casos) y la Microred Yauri con (5 casos), seguido las Microredes de Combapata y Pamphapalla en la Micro Red de Yanahoca y Descanso no captaron ningún caso de frotis positivo, los cursos de vida más afectados son los adultos mayores y adultos.

GRAFICO N° 20



EVALUACIÓN ANUAL 2023-2025



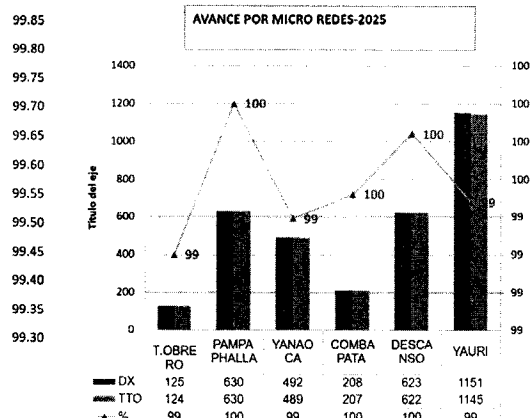
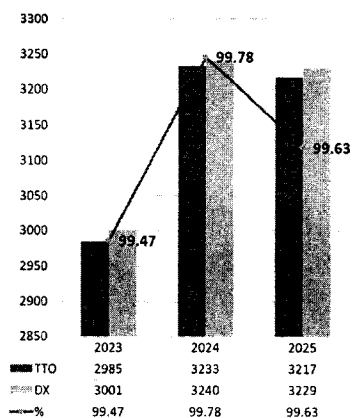
En los años 2023, 2024 y 2025 se logró un avance adecuado por encima del 4%. Cabe mencionar que según la NTS N° 221 de Prevención y Control de Tuberculosis se nos solicita que la captación sea por encima del 3%. La captación oportuna de sintomáticos respiratorios es una de las medidas más efectivas para el control de la tuberculosis. En el interno, se evidencia el esfuerzo de todos los equipos de trabajo de las 06 microredes, cabe destacar que tres de estas microredes superan el 5% programado (Combapata, Techo Obrero, Descanso y Yanaoca). Por otro lado, estos avances mensuales han sido irregulares y sigue siendo un reto sanitario lograr captar al verdadero sintomático respiratorio en todos los servicios y escenarios. Los laboratorios son servicios primordiales para el logro de nuestros objetivos y metas institucionales, se deberá velar por su adecuada implementación.

Por lo que, debemos continuar realizando la captación activa y precoz al SRI, cumplir con el seguimiento al diagnóstico de acuerdo al caso y lograr la curación de las personas afectadas con tuberculosis en el marco de la normatividad vigente.

GRAFICO N° 21

Unidad Ejecutora 401 Salud Canas
Cancris Espinas
Dirección de Atención Integral de Salud

Porcentaje de personas diagnosticadas con ITS que reciben tratamiento
Evaluación anual -2023-2024-2025



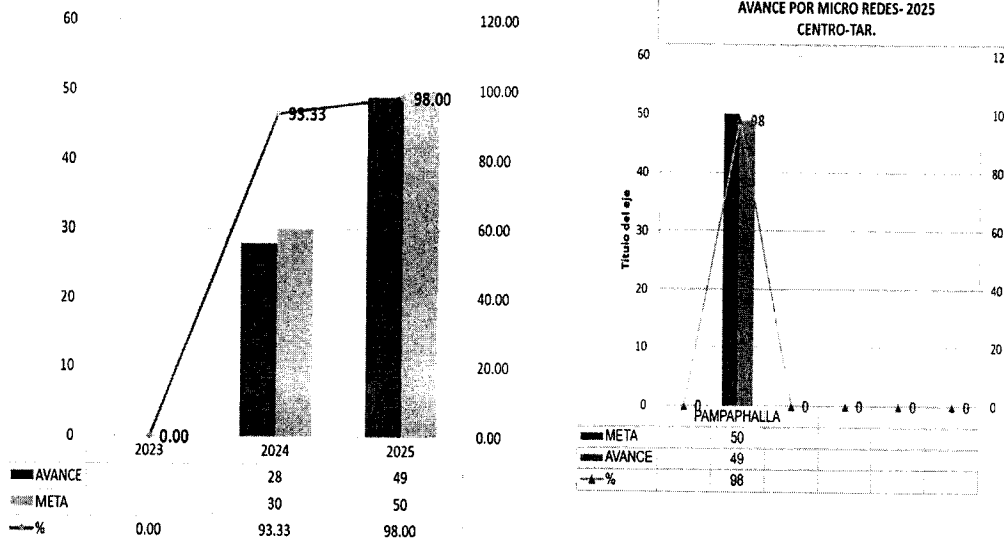
FUENTE: ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

Dentro de esta actividad como red se logró un avance de 99.63% según la meta programada, dentro de las Micro redes se tiene a la MR Pampaphalla que logro un avance de 100%, MR Gombapata con 100%, MR Descanso 100%, que recibieron tratamiento según la guía clínica.

Las Micro redes que no cumplen con dar el tratamiento completo se tienen a MR Techo, Yanaoca, Yauri. Las razones por que no se cumple el tratamiento son: El miedo al diagnóstico, vergüenza y discriminación social que frenan la búsqueda de ayuda, falta de síntomas muchas ITS son asintomáticas lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento, falta de conocimiento sobre los riesgos y la necesidad del tratamiento inmediato, falta de seguimiento no tratar a la pareja sexual provoca la reinfección inmediata de la paciente.

GRAFICO N° 22

BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE VIH QUE ACUDEN A LOS SERVICIOS
PORCENTAJE DE ADULTOS Y JÓVENES CON DIAGNÓSTICO DE VIH QUE RECIBEN ATENCIÓN INTEGRAL
EVALUACION ANUAL- 2023- 2024- 2025



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMÁTICA.

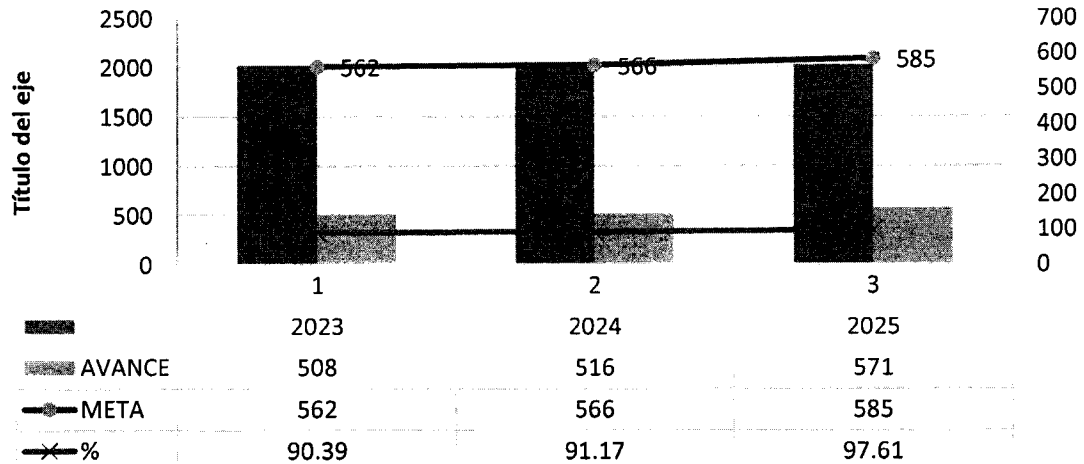
En la Presente actividad como red se logró un avance de 98% ,siendo una de las actividades realizadas por el equipo TAR que funciona en el CS de Pampaphalla, equipo multidisciplinario que inicio con tres profesionales de salud, Medico, Obstetra y Enfermera que están bien empoderados, sin embargo se tiene dificultades para el funcionamiento como es el inadecuado consultorio que es reducido y compartido con otro servicio ,se tiene la no aprobación de una parte del personal enfermería, farmacia, especialmente del personal Biólogo en la que tiene conceptos erróneos como la posibilidad de contagio al momento de realizar la ATC respectiva, y estos palabras contagia al resto del personal en donde hay hostigamiento hacia el equipo TAR.

A pesar de estas dificultades el equipo TAR está realizando la ATC en forma continua y los casos de VIH están en aumento cada año como es el 2023 se reportó 3 casos, 2024 se reportó 7 casos y para el 2025 se reportaron 12 casos que son diagnosticados, Tratados e identificados para su seguimiento oportuno y así podamos cortar la transmisión con el tratamiento inmediato, seguimiento y control de los casos mediante el CD4, carga viral y otros exámenes de apoyo al diagnóstico que en la actualidad se está realizando a los usuarios diagnosticados con VIH/SIDA. Actualmente cerramos el año 2025 con 49 pacientes registrados tanto nuevos y continuadores q fueron derivados de otros hospitales de la región cusco, Arequipa, Trujillo, Ayacucho, desde que se inició el funcionamiento del centro TAR.

PP. METAXENICAS Y ZOONOSIS

GRAFICO N° 23

PERSONAS CON MORDEDURA DE CAN RECIBE ATENCION INTEGRAL

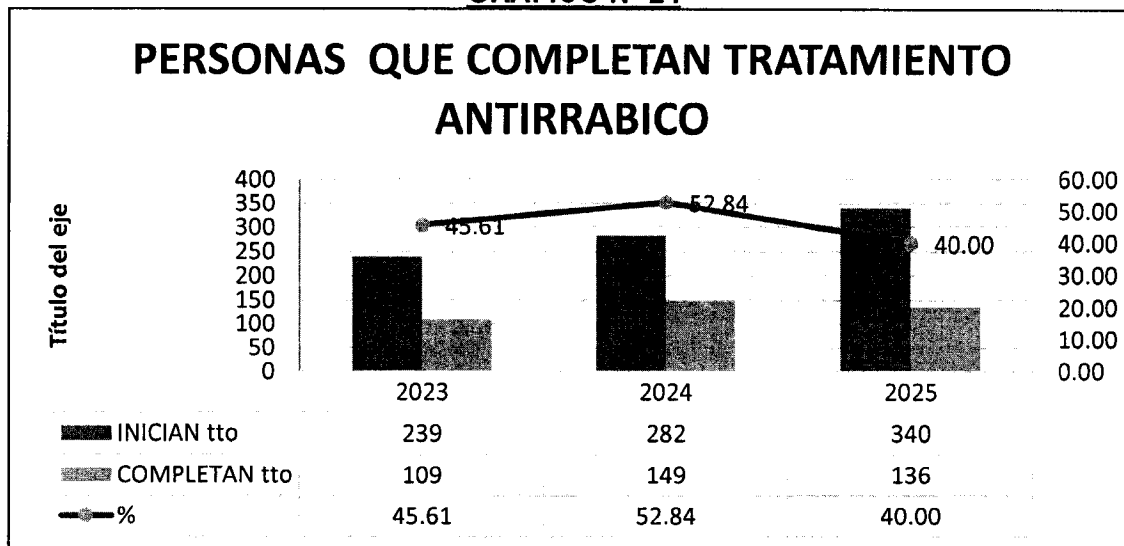


FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

Los resultados del periodo 2023–2025 evidencian que, a pesar de los esfuerzos institucionales, el indicador negativo mantiene niveles de cumplimiento cercanos al 97.61 %, lo que revela la persistencia de eventos que afectan la salud pública. En el año 2025 se observa una ligera disminución del porcentaje de cumplimiento, asociada al incremento de la meta programada.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de reforzar las medidas preventivas y de control, priorizando acciones de promoción de la salud, prevención de mordeduras, control poblacional de canes y articulación intersectorial con gobiernos locales y actores comunitarios. El fortalecimiento de estas estrategias permitirá reducir los riesgos a la población y avanzar de manera sostenible hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios establecidos.

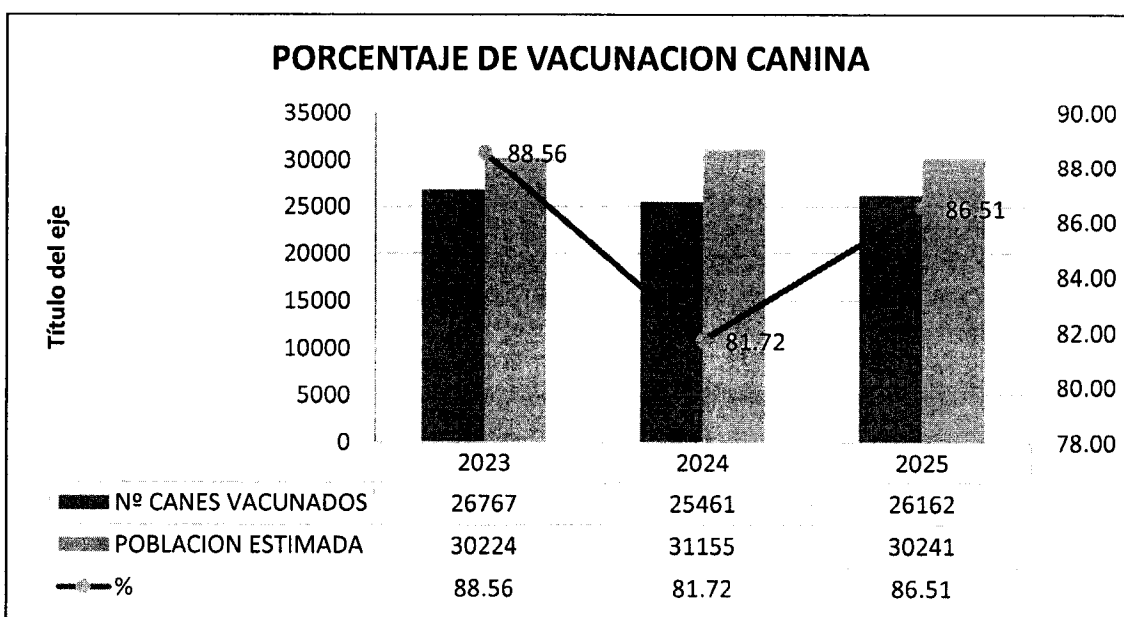
GRAFICO N° 24



Fuente: Unidad de Estadística de RCCE, 2025.

En el gráfico 03, se observa el incumplimiento de la culminación del esquema de tratamiento que se explica, principalmente, por la evolución clínica favorable del can en observación, lo que determinó la suspensión del tratamiento conforme a lo establecido en la normativa sanitaria vigente para la prevención y control de la rabia. Sin embargo, se evidencian persistentes inconsistencias en el registro de la información en el Sistema de Información de Salud (HIS), así como limitaciones en la correcta identificación y clasificación del tipo de herida (leve o grave), situación que aún se presenta en algunos establecimientos de salud, pese a haberse realizado acciones de capacitación al personal de salud en relación con la normativa técnica de control y prevención de la rabia.

GRAFICO N° 25



FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

Se observa en el período 2023–2025, el porcentaje de vacunación antirrábica canina en la RSCCE muestra un comportamiento variable, con valores que no logran sostener de manera constante el nivel óptimo de cobertura recomendado para la prevención efectiva de la rabia

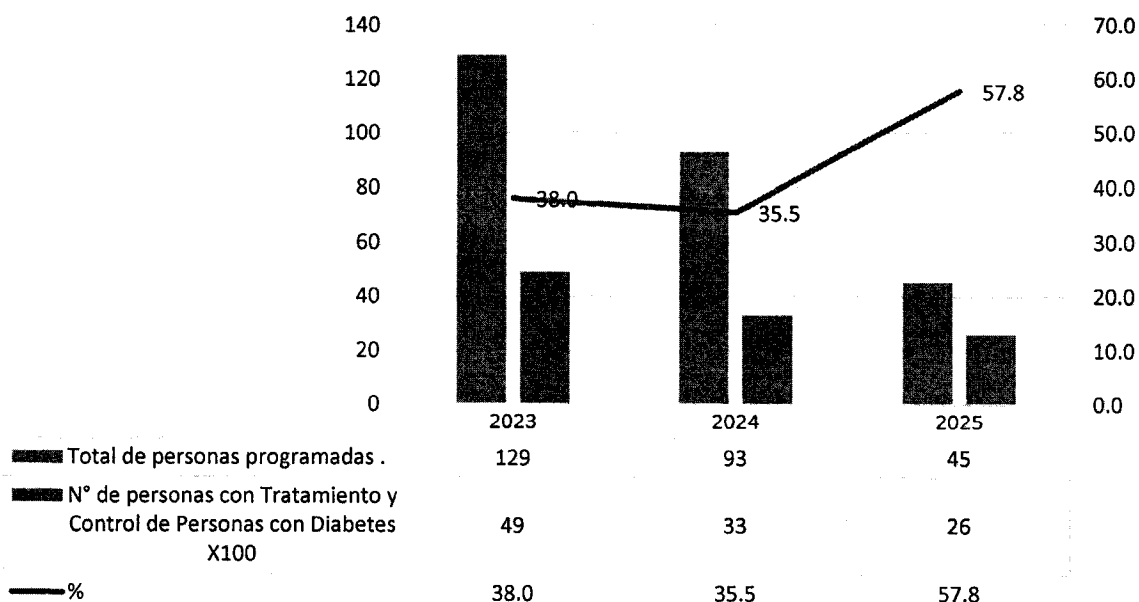
canina. En el año 2023, se alcanzó una cobertura del 88.56 %, vacunándose 26,767 canes de una población estimada de 30,224, lo que evidencia un desempeño cercano a la meta sanitaria. Sin embargo, en el 2024 se observa una disminución significativa de la cobertura, alcanzando solo el 81.72 %, pese al incremento de la población canina estimada (31,155), lo que representa una reducción en el nivel de protección colectiva frente a la rabia. Para el 2025, se evidencia una recuperación parcial del indicador, alcanzando una cobertura de 86.51 %, con 26,162 canes vacunados de una población estimada de 30,241. No obstante, este resultado aún se mantiene por debajo del nivel ideal, lo que refleja la persistencia de brechas en el acceso y cobertura de la vacunación antirrábica canina, esto básicamente a los cambios en la dinámica poblacional canina y al presupuesto que no ayuda a mejorar las condiciones del personal al acceso a zonas lejanas, ya que no hay presupuesto para el mantenimiento de las motocicletas lineales que favorecen el acceso por caminos a lugares lejanos.

La información recabada por el personal de salud en el ámbito de sus jurisdicciones evidencia cambios en la dinámica poblacional canina, asociados a las actividades productivas de las comunidades. Este escenario refuerza la necesidad de fortalecer la articulación con los gobiernos locales y actores comunitarios para actualizar las estimaciones poblacionales y optimizar la efectividad de las intervenciones sanitarias orientadas a la prevención de la rabia.

P.P ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

GRAFICO N° 26

PORCENTAJE DE PERSONAS CON TRATAMIENTO Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS. 2023-2025



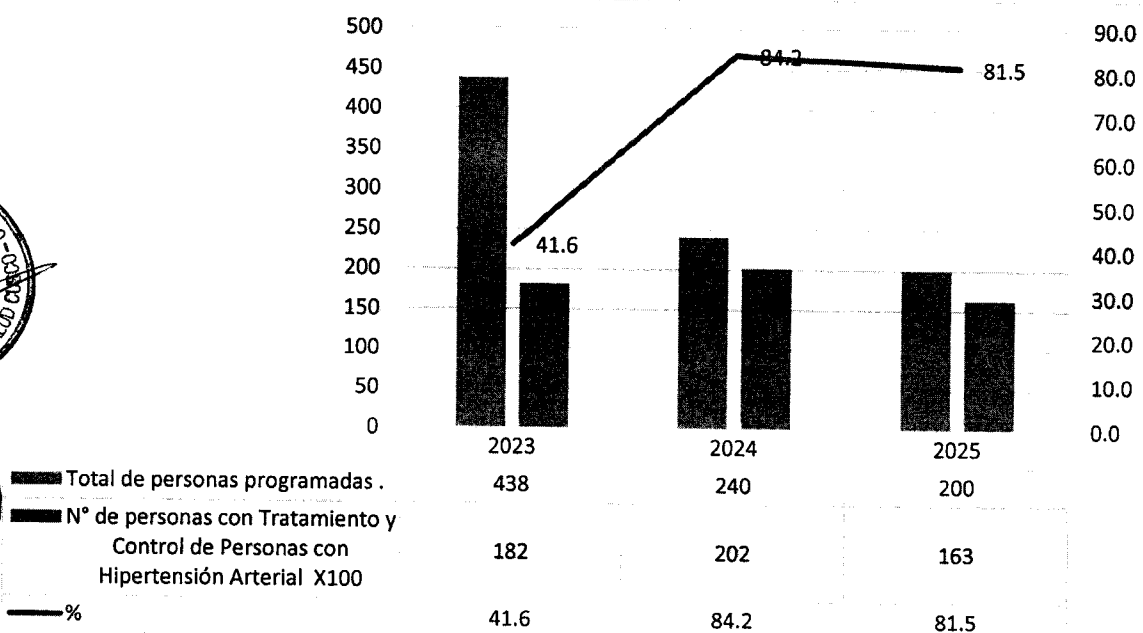
FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

En el gráfico evalúa la atención con tratamiento a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus, se observa la evolución del tratamiento y control de personas con diabetes entre los años 2023 y 2025: una Baja cobertura histórica (<60%). En el año 2023 se programó al mayor número de personas (129), la efectividad cayó drásticamente al 38% y luego al 35.5%, incrementándose para el año 2025. Observándose a mayor demanda, menor capacidad de seguimiento efectivo para el 2025. Así mismo se observa una reducción drástica de la población programada (solo 45 personas), lo que permitió recuperar el porcentaje de control al 57.8%, evidenciando la necesidad de equilibrar cantidad y calidad de atención: aumentar personas programadas debe ir acompañado de estrategias que aseguren tratamiento y control efectivos, especialmente en años de alta demanda. El aumento de cobertura en 2025 no

refleja mejora real del servicio, sino reducción del número de pacientes. La diabetes, como enfermedad crónica no transmisible Requiere control continuo y de largo plazo para prevenir la alta carga de complicaciones (renal, cardiovascular, neuropatía)

GRAFICO N° 27

PORCENTAJE DE PERSONAS CON TRATAMIENTO Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL



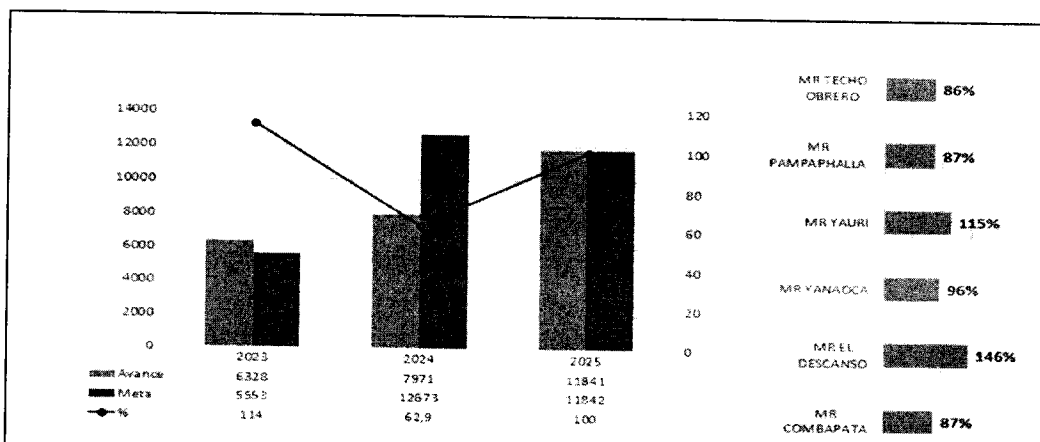
FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

El grafico muestra el avance del Producto referido al Tratamiento y Control de personas con Hipertensión Arterial en el ámbito de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar durante el año 2025, captándose 163 casos en relación a lo programado.

En ese sentido, un factor importante para lograr **controlar** a la totalidad de pacientes captados es garantizar la dotación de medicamentos y/o insumos en los establecimientos de salud, actualizar el padrón nominal de pacientes hipertensos y continuar con el trabajo articulado a través de sectorización para realizar el seguimiento oportuno a los pacientes con Hipertensión (HTA) contribuyendo así a disminuir la morbi-mortalidad por Enfermedades No transmisibles.

GRAFICO N° 28

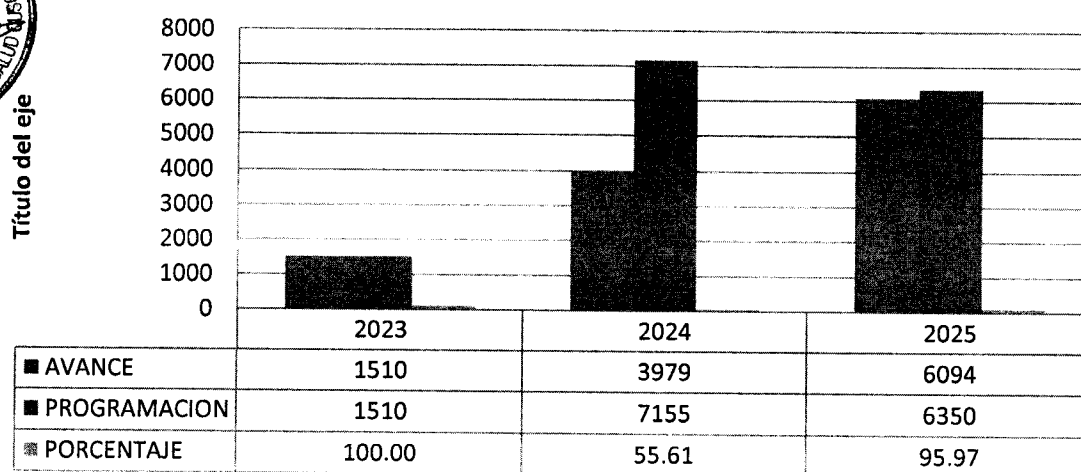
ATENCION ESTOMATOLOGICA PREVENTIVA BASICA RED CCE 2023-2025



Las actividades preventivas en este producto, en el periodo 2025, se muestra un avance total del 100% siendo las microredes de Descanso y Yauri, las que superaron la meta programada con 146% y 115% respectivamente, para el año 2026 se debe mantener el nivel alcanzado y mejorar las intervenciones en sub productos trazadores en todos los establecimientos donde se cuenta con profesional cirujanos dentista del ámbito de la Red de Salud Canas Canchis Espinar, las estrategias que se realizaron para el logro de las metas son las intervenciones en las Instituciones Educativas y la coordinación con los servicios de niño, lo que coadyuvo en el avance de la meta.

GRAFICO N° 29

PORCENTAJE DE GESTANTES Y NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS QUE RECIBEN EVALUACION INTEGRAL DE SALUD

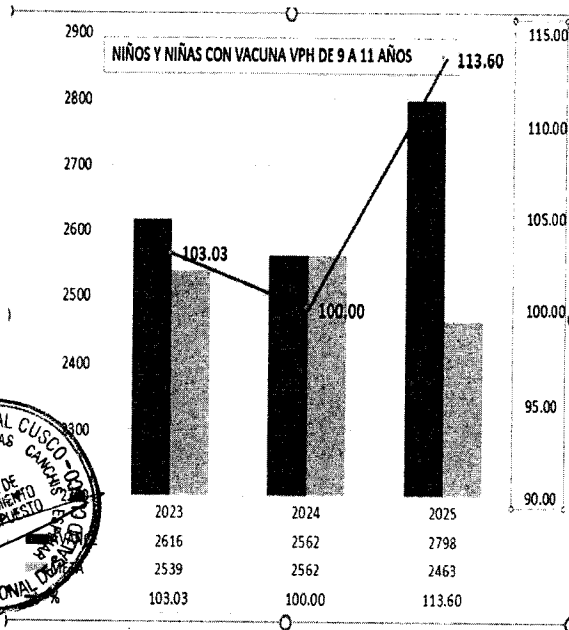


Fuente: Unidad de Estadística de RSCCE.

El año 2025 se evidencia un incremento en el porcentaje de atenciones llegando a un 96% de atenciones a niños y gestantes expuestos a metales pesados, esto se debe a que en el marco del cumplimiento del Plan de Acción integral de salud para la población en riesgo a exposición a metales pesados y metaloides, se contrataron personal profesional en el primer nivel de atención para fortalecer el recurso humano en los establecimientos de salud en favor de la población de la provincia de Espinar, lo cual incremento considerablemente el avance de metas.

P.P. CONTROL DE CANCER

GRAFICO N° 30
COBERTURA DE NIÑAS PROTEGIDAS CON VACUNA VPH
EVALUACIÓN ANUAL 2023-2025

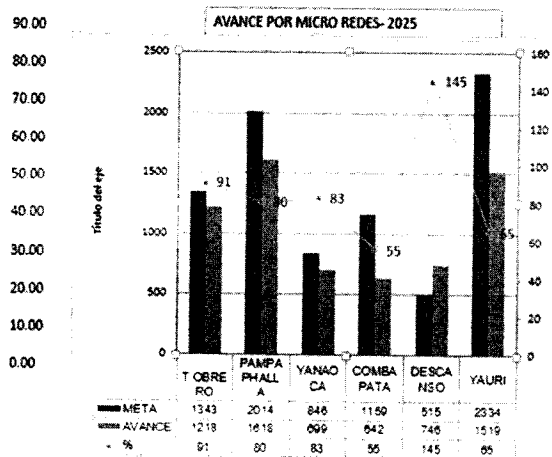
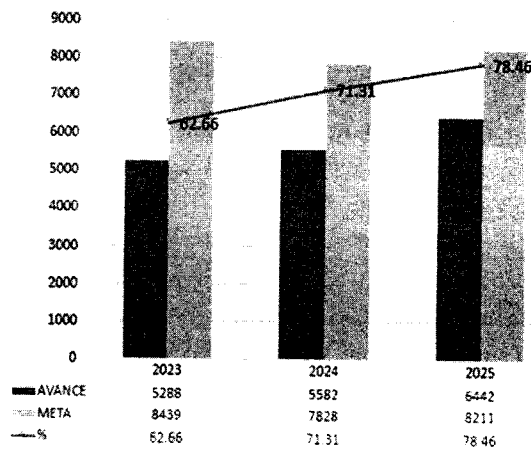


ESTABLECIMIENTO	VACUNA VPH							
	100% POBLACION 9-11 AÑOS				10% POBLACION DE 12 AÑOS A 18 AÑOS			
	META	DOSIS UNICA	% AVANCE	BRECHA	META	DOSIS UNICA	% AVANCE	BRECHA
MR COMBAPATA	362	358	99%	4	239	301	126%	-62
MR DESCANSO	162	242	149%	-80	95	61	64%	34
MR YANAOCA	209	266	127%	-57	178	168	94%	10
MR PAMPAPHALLA	440	423	96%	17	285	410	144%	-125
MR TECHO OBRERO	589	763	130%	-174	435	537	123%	-102
MR YAURI	701	746	106%	-45	538	668	124%	-130
TOTAL	2,463	2,798	114%	-335	1,770	2,145	121%	-375

FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE.

El cuadro presenta el avance de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) durante el año 2025 CON CORTE AL 31 DE NOVIEMBRE en diferentes micro redes de salud. En la población de 9 a 11 años se alcanzó un 114% de cobertura (2,798 dosis aplicadas de una meta de 2,463), mientras que en la población de 12 a 18 años se logró un 121% (2,145 dosis de una meta de 1,770), evidenciando sobrecumplimiento de metas; sin embargo, algunas microrredes como Descanso presentan menor avance en adolescentes, por lo que se requiere fortalecer las estrategias de vacunación para mejorar la cobertura en estas zonas

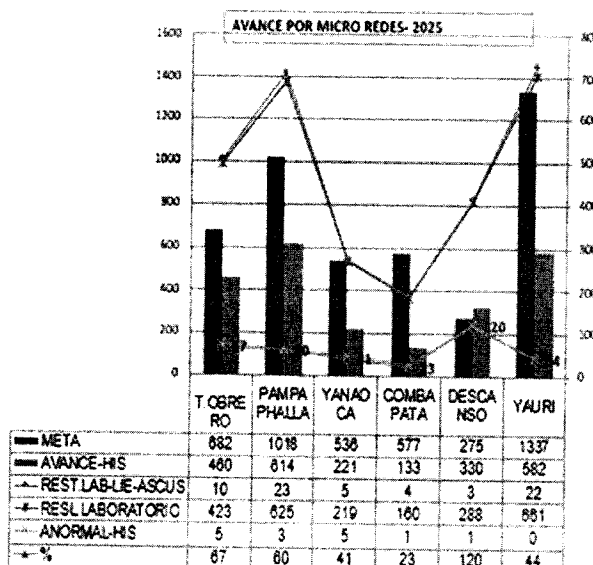
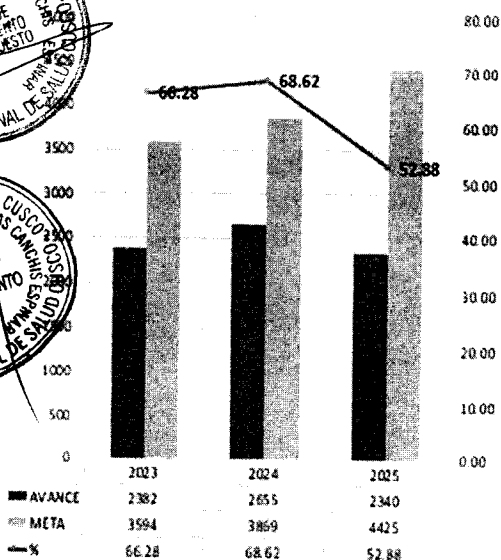
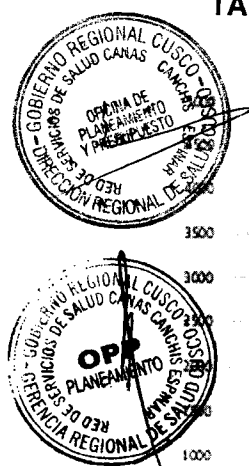
GRAFICO N° 31
PROPORCIÓN DE MUJERES TAMIZADAS PARA CÁNCER DEL CUELLO UTERINO
EVALUACIÓN ANUAL -2023-2025



FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

El gráfico nos permite analizar el comportamiento con los tres tamizajes para detectar el cáncer de cuello uterino (tamizaje de Papanicolaou, IVAA y Prueba Molecular), como red se logró un 78.4% de avance, este porcentaje se debe al aumento de la actividad en tamizaje con las pruebas moleculares ya que tiene mayor aceptación por la población ya que los resultados están colgados en el SIS VPH y se entrega al usuario en forma inmediata, el otro tamizaje es mediante el Papanicolaou con el transcurrir del tiempo en este tipo de tamizaje se tiene la dificultad de contar en forma inmediata con los resultados. El aumento de personal en la Micro red de descanso hizo que se logrará un 145% de avance, La MR que alcanzó un avance bajo de 55% fue Combapata, debido a la mala organización por cambios constantes de jefaturas en la Micro red ,faltando liderazgo en esa micro red.

GRAFICO N° 32
TAMIZAJE CON PAPANICOLAOU PARA DETECCION DE CANCER DE CUELLO
UTERINO. EVALUACIÓN ANUAL 2023 AL 2025



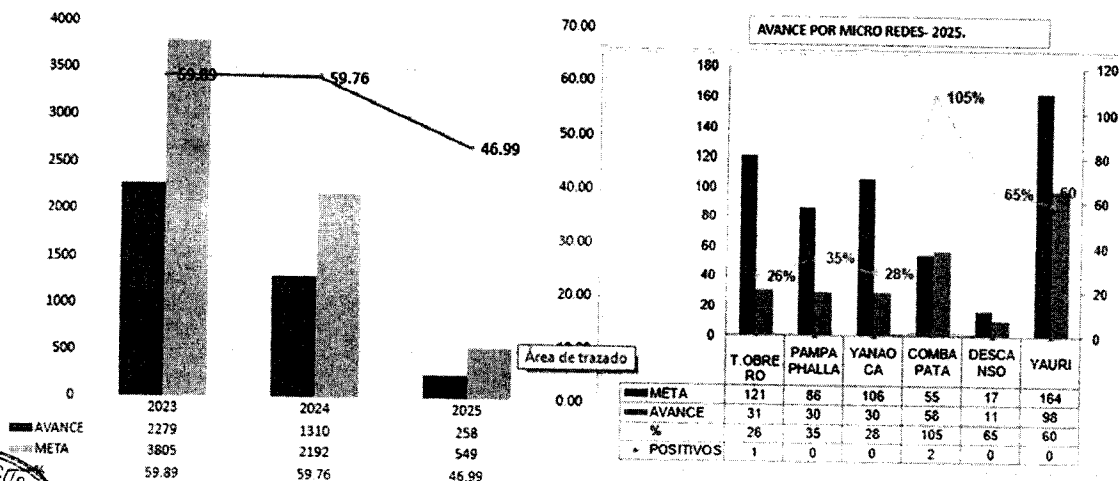
FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

En esta actividad se logró como Red un 52.88% de avance, en esta actividad abarca la población adulto mayor en la que son una población reacia a realizarse el examen, el otro inconveniente la falta de salidas extramurales en los EESS, a eso se suma la mala reputación del no contar con los resultados en forma inmediata. El no contar con el servicio de un Patólogo desde el inicio del año (mes de enero) hace que exista una demora en las lecturas de Papanicolaou.

Se tiene un 5% del total de resultados emitidos por el patólogo que faltan entregar a los usuarios siendo los que faltan en la MR Combapata, Yanaoca, Pampahalla, Techo Obrero, y Yauri.

Del total de los casos anormales (68 resultados con LIE, ASCUS) emitido por el Patólogo, solo se entregaron al usuario el 22% (15 anormales) según el gráfico a todas las Microrredes le falta entregar los resultados de los casos anormales excepto a la MR Yanaoca.

GRAFICO N° 33
TAMIZAJE CON IVAA PARA DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO
EVALUACIÓN ANUAL 2023 AL 2025



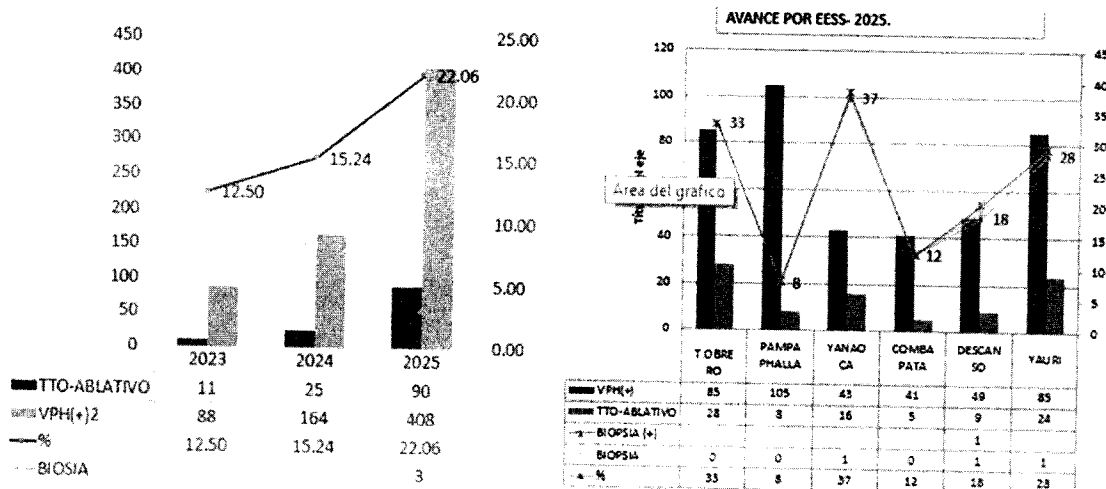
FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

El tamizaje mediante la Inspección visual con ácido acético se logró un avance como Red del 26.9%, en este grupo de edad se está realizando el tamizaje de VPH con las pruebas moleculares, la actividad está siendo realizada sólo en establecimientos que no cuentan con personal capacitado para las VPH en tal sentido está disminuyendo el tamizaje ya que está predominando realizar el tamizaje de VPH.

GRAFICO N° 34

MANEJO DE LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO CON ABLACIÓN
PORCENTAJE DE MUJERES DE 30 A 49 AÑOS DE EDAD CON RESULTADO POSITIVO
QUE RECIBIERON ATENCIÓN CON TERMOCOAGULACIÓN

EVALUACIÓN ANUAL -2023-2024-2025



FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

En esta actividad, manejo de las lesiones pre malignas con termocoagulación se logró realizar el tratamiento ablativo solo en 22% este porcentaje se logró gracias a la presencia de la

brigada de tratamiento ablativo de la GERESA Cusco, programándose la atención al 100% de EESS del ámbito jurisdiccional.

En esta intervención, se tomaron muestra de Biopsia a 3 usuarios de Yanaoca, Descanso y Yauri, las cuales se tiene un resultado con displasia y el resto son negativos.

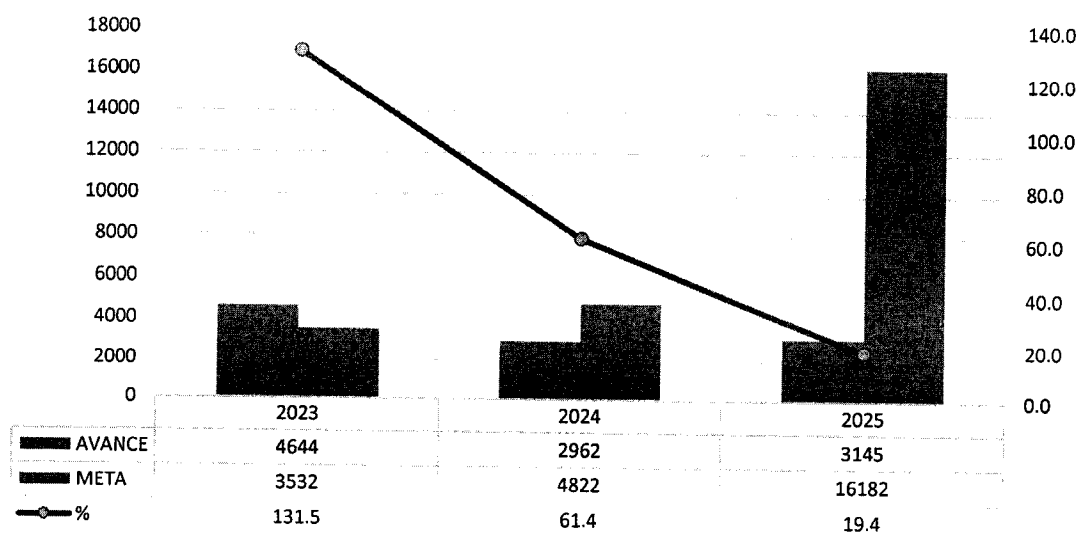
Los factores que no contribuyeron al logro de la meta programada fue, la escasa convocatoria de la población de las Microredes Pampaphalla, Combapata y Descanso, sumado a ello el escaso monitoreo de los positivos de VPH para su respectivo seguimiento. Quedando una brecha del 78% de pacientes por recibir tratamiento.

Así mismo, la MR Techo Obrero cuenta con personal capacitado, sin embargo, sus dos equipos de termocoagulación se encuentran malogradas. El CS de Pampaphalla cuenta con profesional especialista Ginecólogo con escasa identificación para el trabajo a desarrollar.

Finalmente, la UE 401-SCCE, cuenta con un profesional patólogo el cual lectura las muestras.

GRAFICO N° 35

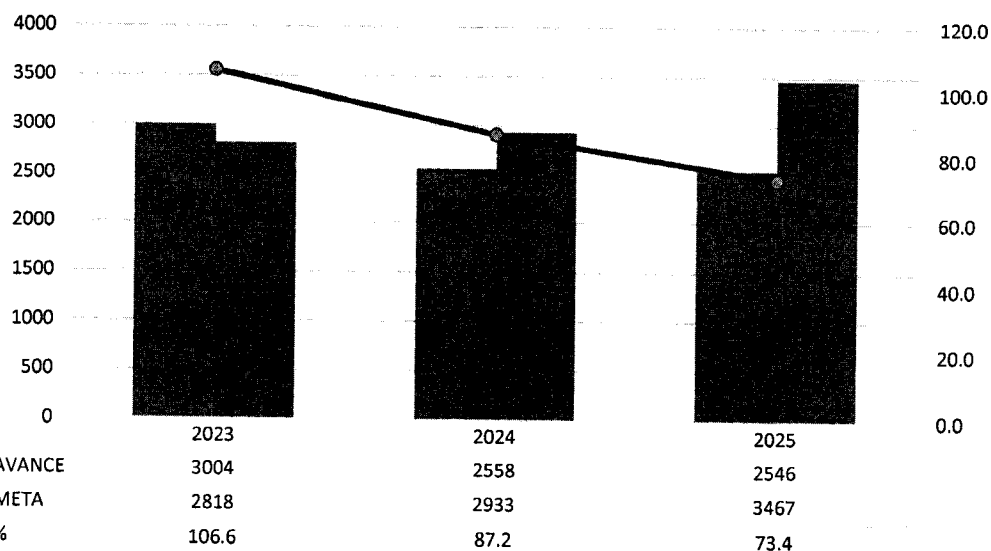
PORCENTAJE DE POBLACION CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES QUE RECIBEN ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD. UE 401-SCCE. 2023-2025



FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE

Durante el año 2025, a nivel de las IPRESS programadas para el cumplimiento de la actividad se evidencia que el trabajo no se cumplió óptimamente, lográndose a nivel de la RED CCE el 19.4% de la meta programada, en relación a los casos detectados los mismos siguen con la continuidad de la prestación de servicios a nivel de los centros de salud mental tanto de espinar y Sicuani a los cuales se les brinda todo el paquete de atención integral; así mismo en alguna IPRESS se logró realizar la atención de casos de violencia, de igual manera en la actividad de tratamiento de niños y adolescentes con trastornos del comportamiento se logro cumplir adecuadamente mencionada actividad, sin embargo es necesario recalcar que estos usuarios detectados con inicio de tratamiento se debe garantizar el cumplimiento de todo su paquete de atención,

GRAFICO N° 36
PORCENTAJE DE PERSONAS CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD
TRATADAS OPORTUNAMENTE. UE 401-SCCE.



FUENTE: Unidad de Estadística U.E. 401 SCCE.

Durante el año 2025, la U.E 401-SCCE, logra un avance adecuado, en relación a la captación de personas con intento suicida ninguna de las Microredes reporta casos. A nivel de la UE.401, se cuentan con dos Centro de Salud mental Comunitario pero que no está contribuyendo al cumplimiento de los objetivos, de la misma manera no se está realizando la oferta de los servicios de salud mental y por ende su captación y tratamiento son mínimos, esto debido a que el primer contacto de los usuarios con intento de suicidio son los hospitales (segundo nivel de atención).

En las microredes se deberá fortalecer el análisis a la calidad de información ingresada al HIS y verificar si existe subregistro, así poder corregir la información adecuadamente; por otro lado es responsabilidad de los profesionales de la salud mental el cumplimiento de todo el paquete de atención que se les tiene que ofertar a los usuarios para lograr personas tratadas (paquete completo).



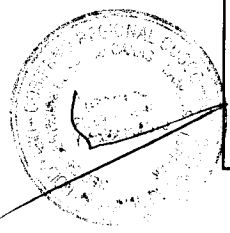
3.2.7 Análisis Matriz FODA 2025.

De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las potencialidades, las cuales nos indican las acciones que la institución debe considerar, las limitaciones están determinadas por la combinación de debilidades y amenazas que nos advierten.

En tanto los riesgos, que son la combinación de Fortalezas - amenazas y los desafíos en la combinación de debilidades y Oportunidades, determinada por su correspondiente combinación de factores, exigirán una cuidadosa consideración en la toma de decisiones de la institución.

CUADRO N° 11

MATRIZ DE ESTRATEGIAS		
FORTALEZAS	FO	FA
F1. La UE 401-SCCE, cuenta con Personal Administrativo y Asistencial en las IPRESS al 100%. F2. El 98.42. % (a dic 2025) de la población asignada a la UE 401-SCCE se encuentra afiliada al Seguro Integral de Salud SIS. A nivel provincial CCE, incluyendo ESSALUD tenemos el 100% de afiliados. F3. La disponibilidad de productos farmacéuticos es mayor al 90.14% para las atenciones de los usuarios en las IPRESS. F.4. La UE 401-SCCE, cuenta con EE.SS. Estratégicos. (I-4: 05 IPRESS). F.5. Existencia de los comités de vigilancia de mortalidad materna en el 100% de IPRESS. F.6. Capacitaciones técnicas al personal desde la Red, GERESA y nivel nacional.	FO1. Fortaleciendo las reuniones interinstitucionales e intersectoriales formando alianzas estratégicas. FO2. Integración y corresponsabilidad entre gobiernos locales, Red, EESS y actores sociales FO3. Proponer un programa de desarrollo personal profesional y técnico orientado a la motivación, capacitación y adhesión hacia los fines organizacionales. FO4. Implementar Sistema de Información y comunicación Automatizada de procesos. FO5. Mejorar los procesos de abastecimiento. FO6. Cofinanciar con gobiernos locales la contratación de personal clave para cerrar las brechas identificadas en las IPRESS estratégicas, asegurando la continuidad del servicio al 100%. FO7. Desarrollar campañas masivas intersectoriales de prevención (Anemia/DCN) y uso correcto de los servicios del SIS, articulando con los comités de vigilancia y las municipalidades.	FA1. Fortalecer los procesos de aseguramiento universal. FA2. Mejorar las actividades operativas de promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes. FA3. Realizar Seguimiento al proceso de Auto evaluación en las IPRESS (Gestión de la Calidad) FA4. Categorización de los establecimientos de salud (garantizando RR.HH., Infraestructura y equipamiento). FA5. Optimización de la Gestión Administrativa FA6. Optimizar las capacidades técnicas del personal a través de los programas de capacitación de la Red/GERESA para hacer frente a la demanda diversificada y creciente
DEBILIDADES	DO	DA
D1. La UE 401-SCCE, cuenta con Presupuesto limitado para el logro de metas y objetivos institucionales en la Fte.Fto: Recursos Ordinarios y Recursos Determinados. D.2. Transferencia pptal en la Fte.Fto Recursos Ordinarios en el último trimestre del año. D.3. Asignación presupuestal en Donaciones y Transferencias con Resoluciones Jefaturales, con restricción en clasificadores de gasto. D.4. Cultura Organizacional no óptima para el desarrollo de las actividades sanitarias. D.5. Insuficiente Mantenimiento de Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de Salud.	DO1. Mejorar la cultura organizacional con asistencia técnica de la oficina de Gestión de la Calidad. DO2. Gestionar proyectos/planes de mantenimiento de equipos e infraestructura de los establecimientos de salud. DO3. Fortalecer el análisis de la información para la toma de decisiones. DO4. Fortalecer la promoción y prevención de la salud en las IPRESS. DO5. Suscribir convenios específicos con gobiernos locales e instituciones comprometidas para el financiamiento o ejecución de IOARR (proyectos de	DA1. Operativizar el equipo Administrativo, Técnico y de Gestión para mejorar la toma de decisiones frente a la problemática de salud. DA2. Actualizar, Revisar y Socializar la aplicación de Documentos de Gestión, Protocolos y Guías de trabajo. DA3. Implementar un Plan de Contingencia de Recursos Humanos y de gestión presupuestaria para mitigar el alto riesgo de NO recategorización frente a las brechas actuales




D.6. Bajos niveles de satisfacción del usuario interno (46.01%) y externo (71.08%). D.7. Inoportuna dotación de Insumos, materiales y combustible a EE.SS. D.8. Capacidad resolutive limitada en algunas IPRESS D.9. Escaso Análisis de Información estadística y Monitoreo de Metas Físicas/Presupuestales. D.10. Atención por Cupos, Limita la Atención generando demanda insatisfecha en Servicios de Medicina. D.11. Establecimientos de salud con riesgo de NO Re categorizar por brecha de recursos humanos D.12. Brecha de Recursos Humanos en algunos EE.SS. D.13. Documentos de Gestión desactualizados	optimización y mantenimiento rápido) en la infraestructura de salud. DO6. Incentivar al personal de la UE 401-SCCE a realizar cursos virtuales ofrecidos por la ENSAP y SERVIR para fortalecer las competencias del personal.	
	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	O1. Convenio con algunas Municipalidades Distritales para contrato de personal. O2. Trabajo intersectorial con Municipios para disminuir la anemia y desnutrición crónica. O3. Instituciones comprometidas con la salud de la población, pero no suficientes para el cumplimiento de metas.	A1. Incremento de Centros Médicos y Boticas particulares que captan población asegurada. A.2. Riesgo de Incremento de enfermedades prevalentes y transmisibles. A.3. Demanda diversificada y creciente vs presupuestos escasos

3.3. Acciones Estratégicas.

Las Actividades Operativas descritas en el POI Anual 2026, se encuentran alineadas a las Acciones Estratégicas Institucionales establecidas en el PEI 2026 - 2030 del Gobierno Regional de Cusco.

De acuerdo con ello, la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar tiene tres (02) Objetivos Estratégicos Institucionales, los cuales se encuentran articulados con cinco (05) Acciones Estratégicas Institucionales priorizadas y cada cual vinculada a los programas presupuestales considerando como único objetivo estratégico: "Mejorar el acceso al cuidado integral de salud por curso de vida, cumpliendo estándares de calidad, para la población"

CUADRO N° 12

Acciones Estratégicas Institucionales 2026 – 2030.

1. ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES (con indicadores)		
CODIGO	OE/AEI	NOMBRE DEL INDICADOR
OEI. 01.	Mejorar el acceso al cuidado integral de salud por curso de vida, cumpliendo estándares de calidad, para la población.	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia.
AEI.01.01	Servicio integral de promoción para el cuidado y autocuidado de la salud y prevención de enfermedades, accidentes y daños accesibles para la población.	Porcentaje de personas con diagnóstico de cánceres prevalentes (Cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon-recto y linfoma) que inician tratamiento oncológico con hormonoterapia o quimioterapia.
AEI.01.02	Mecanismos de identificación e intervención de factores de riesgo oportunos a la población.	Porcentaje de mujeres con parto institucional que durante su embarazo recibieron paquetes preventivos oportunos
		Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad que cuentan con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.
		Porcentaje de mujeres de 30 a 49 años que se han realizado tamizaje para Cuello Uterino (Inspección Visual con Ácido Acético o detección molecular de VPH)
		Porcentaje de casos detectados de tuberculosis.
		Porcentaje de las personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento (inician tratamiento).
		Porcentaje de personas de 15 y más años con diagnóstico de diabetes mellitus realizado por profesional de salud que recibe tratamiento.
AEI.01.03	Acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención accesibles, continuos y con estándares de calidad para la población.	Tasa de ambulancias SAMU disponibles por cada 100 mil habitantes.
AEI.01.04	Establecimientos de salud con infraestructura, equipamiento y mantenimiento adecuado en la	Porcentaje de Establecimientos de Salud que desarrollan procesos de Autoevaluación.
		Numero de hospitales con capacidad instalada adecuada.
	región de Cusco.	Número de establecimientos de salud de primer nivel de atención con capacidad instalada adecuada.

OEI. 14.	Modernizar y fortalecer la gestión institucional.	Porcentaje de la población adulta que considera que la gestión de su Gobierno Regional es buena o muy buena.
AEI.14.01	Mecanismos de articulación y participación accesible para garantizar la gobernanza departamental.	Número de personas que participan en los espacios de concertación, coordinación y/o articulación realizados por el Gobierno Regional Cusco.
AEI.14.02	Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco.	Porcentaje de Número de IOARR, proyectos y programas de inversión pública concluidas. Porcentaje de inversiones liquidados y cerrados.
AEI.14.03	Servicio de promoción de la inversión privada permanente en el Gobierno Regional Cusco.	Número de proyectos de promoción de inversión privada desarrollados.
AEI.14.04	Estrategia interna de integridad y de prevención de la corrupción permanente en la entidad.	Índice de capacidad preventiva frente a la corrupción.
AEI.14.05	Gobierno Abierto implementado en el Gobierno Regional Cusco.	Porcentaje de unidades que cumplen el estándar mínimo de infraestructura y equipamiento.
AEI.14.06	Gestión territorial sostenible implementado para promover el desarrollo regional.	Número de kilómetros saneados mediante actas de límites acumulados.

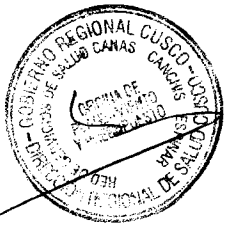
Plan Estratégico Institucional 2026 – 2030. GORE CUSCO

IV. PLAN DE ACCION

El Plan de Acción del presente Plan Operativo Institucional, tiene por finalidad llevar a cabo las acciones estratégicas implementando las metas trazadas y formuladas la misma que se encuentra estructurada, con el enfoque de las Acciones Estratégicas y bajo los ejes de los programas presupuestales de acuerdo a la estructura organizacional. Asimismo, se han determinado algunos objetivos y resultados de cada una de las recomendaciones que se esperan lograr en un horizonte de corto plazo en los Planes de Trabajo.

La implementación del Plan Operativo Institucional POI, permitirán a la Unidad Ejecutora 401: Red de Salud Canas Canchis Espinar, avanzar en el cumplimiento de los AEI, vinculadas a la temática de salud.





IV. ANEXO

ANEXO B-5 (MATRIZ N° 01)



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS 2026

Período PEI : 2026 - 2030
 Nivel de Gobierno : R - GOBIERNOS REGIONALES
 Sector : 99 - GOBIERNOS REGIONALES
 Pliego : 446 - GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO
 Unidad Ejecutora : 001129 - REGION CUSCO - SALUD CANAS - CANCHIS - ESPINAR



Anexo B-5
 PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL FISICA Y FINANCIERA (Constanciado)
 Año : 2026

Centro de Costo: 1129.01.01 - DIRECCION EJECUTIVA

OEI.14 Modernizar y fortalecer la gestión institucional
 AEI.14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	U.L.	Prioridad	Meta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total Anual
AO000112900611	SEGUIMIENTO AL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL	080601 : SICUANI	599 : ACTA	1 : Muy Alta	Fisico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
					Financiero S/.	2,100.00	0.00	6,398.50	0.00	0.00	6,398.00	0.00	0.00	6,398.00	0.00	0.00	6,398.00	27,692.50
AO000112900644	EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	080601 : SICUANI	599 : ACTA	1 : Muy Alta	Fisico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
					Financiero S/.	250.00	250.00	6,648.50	250.00	250.00	6,648.00	250.00	250.00	6,648.00	250.00	150.00	6,598.00	28,442.50
AO000112900769	EVALUACIÓN DE INDICADORES SANITARIOS	080601 : SICUANI	599 : ACTA	1 : Muy Alta	Fisico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
					Financiero S/.	0.00	0.00	6,398.50	0.00	0.00	6,398.00	0.00	0.00	6,398.00	0.00	0.00	6,398.00	25,592.50
AO000112900770	COORDINACIÓN CON TODAS LAS ÁREAS DE LA ENTIDAD PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS	080601 : SICUANI	599 : ACTA	1 : Muy Alta	Fisico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
					Financiero S/.	1,460.87	0.00	6,398.50	0.00	0.00	6,398.00	1,867.99	0.00	6,398.00	0.00	0.00	6,398.00	28,921.36

Centro de Costo: 1129.01.02 - AREA DE RELACIONES PUBLICAS Y COMUNICACIONES

OEI.01 Mejorar el acceso al cuidado integral de salud por curso de vida, cumpliendo estándares de calidad, para la población.
 AEI.01.03 Acceso a los servicios de salud en todos los rincones de atención accesibles; continuos y con estándares de calidad para la población

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	U.L.	Prioridad	Meta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total Anual
AO000112900612	ELABORACIÓN DE MATERIALES AUDIO VISUALES Y GRÁFICAS	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
					Financiero S/.	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	400.00	4,800.00
AO000112900613	PROGRAMACIÓN, DIFUSIÓN Y TRANSMISIÓN EN VIVO DE LOS ACTOS PROTOCOLARES POR DÍAS FESTIVOS	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					Financiero S/.	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	3,600.00
AO000112900614	DIFUSIÓN DE IMAGEN INSTITUCIONAL, SERVICIOS Y ACTIVIDADES PROTOCOLARES A TRÁVES DE LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
					Financiero S/.	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	300.00	3,600.00

Centro de Costo: 1129.01.03 - AREA DE ASESORIA JURIDICA

OEI.14 Modernizar y fortalecer la gestión institucional
 AEI.14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	U.L.	Prioridad	Meta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total Anual
AO000112900573	CONVENIOS CELEBRADOS CON INSTITUCIONES.	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
					Financiero S/.	2,933.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,933.22
AO000112900574	VISACIONES DE RESOLUCIONES DIRECTORIALES.	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	29	29	29	29	29	29	30	30	29	29	29	29	350
					Financiero S/.	244.98	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	244.98
AO000112900713	VISACIÓN DE CONTRATOS.	080601 : SICUANI	166 : CONTRATOS	1 : Muy Alta	Fisico	50	40	50	40	40	40	40	40	40	40	40	40	500
					Financiero S/.	157.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	157.64
AO000112900714	INFORMES LEGALES.	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	17	16	16	16	16	17	17	17	17	16	17	17	200
					Financiero S/.	7,203.78	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7,203.78
AO000112900715	OPINIONES LEGALES	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	17	16	16	17	16	17	17	17	17	16	17	17	200
					Financiero S/.	418.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	418.18

Centro de Costo: 1129.03.01 - OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO



OEI.14 Modernizar y fortalecer la gestión institucional

AEI.14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	UJA	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
AD000112900569	INCORPORACION DE SALDO DE BALANCE (DIT Y RD) 2026.	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
AD000112900570	REVISION Y APROBACION DE PLANES DE TRABAJO	080601 : SICUANI	105 : RESOLUCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	3,376.00	1,728.68	1,728.68	19,804.72	2,753.05	870.23	794.60	794.60	870.45	658.20	917.80	0	35,091.61
AD000112900733	ELABORACION DEL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL	080601 : SICUANI	105 : RESOLUCION	1 : Muy Alta	Fisico	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
AD000112900734	ELABORACION DE CARPETA DE COMENTARIOS E INFORMACION PRESUPUESTARIA SEMESTRAL Y ANUAL.	080601 : SICUANI	105 : RESOLUCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	369.26	31.28	0	16,532.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,932.54
AD000112900735	EVALUACION SEMESTRAL Y ANUAL DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS Y FINANCIERAS (CEPLAN)	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	15.06	0.00	416.41	16,562.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,993.47
AD000112900736	INCORPORACION DE PPTO. FTE. FTO. RD, DYT. (TRANSFERIDOS DURANTE EL AÑO 2026)	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0.00	0.00	0.00	16,562.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,562.00
AD000112900737	ELABORACION DE LA PROGRAMACION MULTIANUAL 2027-2029	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	76.32	0.00	14.50	16,562.00	0.00	0.00	356.76	0.00	14.50	0.00	0.00	0.00	17,038.58
AD000112900738	ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0.00	0.00	300.00	16,562.00	0.00	300.00	0.00	0.00	61.05	0.00	0.00	0.00	17,223.05
AD000112900739	SISTEMTO DE DEMANDAS ADICIONALES	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
AD000112900906	REGISTRO Y SEGUIMIENTO MENSUAL DE AO EN CEPLAN	080601 : SICUANI	001 : ACCION	2 : Alta	Financiero S/.	25,410.00	0.00	0.00	16,562.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	41,972.00
AD000112900907	REGISTRO Y ELABORACION POR MULTIANUAL 2027-2029. CEPLAN	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	1,776.94	0.00	0.00	16,562.00	0.00	24.00	902.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19,269.70
AD000112900907	REGISTRO Y ELABORACION POR MULTIANUAL 2027-2029. CEPLAN	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	1,246.39	0.00	0.00	16,562.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	17,808.39
AD000112900907	REGISTRO Y ELABORACION POR MULTIANUAL 2027-2029. CEPLAN	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0.00	0.00	0.00	16,562.00	0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,592.00
AD000112900907	REGISTRO Y ELABORACION POR MULTIANUAL 2027-2029. CEPLAN	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0.00	0.00	0.00	16,562.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16,562.00

Centro de Costo: 1129.04.01 - OFICINA DE ADMINISTRACION

OEI.01 Mejorar el acceso al cuidado integral de salud por curso de vida, cumpliendo estándares de calidad, para la población.

AEI.01.03 Acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención accesibles, continuos y con estándares de calidad para la población

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	UJA	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
AD000112900639	DEPOSICIONES DE MEDIDAS PREVENTIVAS Y OPERATIVAS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3
AD000112900740	REUNIONES TÉCNICAS CON JEFATURAS DE LAS DIFERENTES ÁREAS	080601 : SICUANI	599 : ACTA	1 : Muy Alta	Financiero S/.	338.59	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	3,715.59
AD000112900741	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	1,844.00	0.00	306.00	0.00	1,844.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3,948.00
AD000112900742	SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y ACCIONES DE CONTROL	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	405.61	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	3,782.61
AD000112900743	MONITOREO Y SEGUIMIENTO A CLAS	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	311.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	307.00	3,488.00

OEI.14 Modernizar y fortalecer la gestión institucional

AEI.14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

COD.	Actividad Operativa / Inversiones	Unidad	UJA	Prioridad	Meta	PROGRAMACION												Total Anual
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
AD000112900588	MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCION PPTAL POR TODA FTE.	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	11,474.00
AD000112900589	REUNIONES TÉCNICAS CON MICROREDES	080601 : SICUANI	001 : ACCION	1 : Muy Alta	Fisico	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4
AD000112900651	APORTO A LA COMUNIDAD	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	680.00	8,160.00
AD000112900651	APORTO A LA COMUNIDAD	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Fisico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AD000112900651	APORTO A LA COMUNIDAD	080601 : SICUANI	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Financiero S/.	0.00	0.00	473,986.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	473,986.00

Centro de Costo: 1129.04.02 - UNIDAD DE GESTION Y DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

AEI. 14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

Centro de Costo:

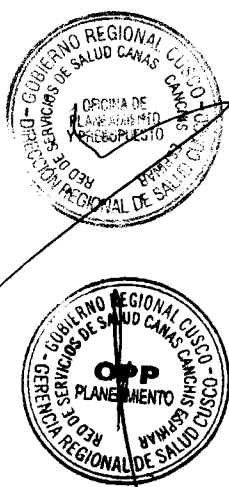
AEI.01.03 Acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención accesibles; continuos y con estándares de calidad para la población

AEI.01.03 Acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención accesibles; continuos y con estándares de calidad para la población

PAEI. 14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

PAEI. 14.02 Servicios de Gestión administrativa implementados eficientemente en el Gobierno Regional Cusco

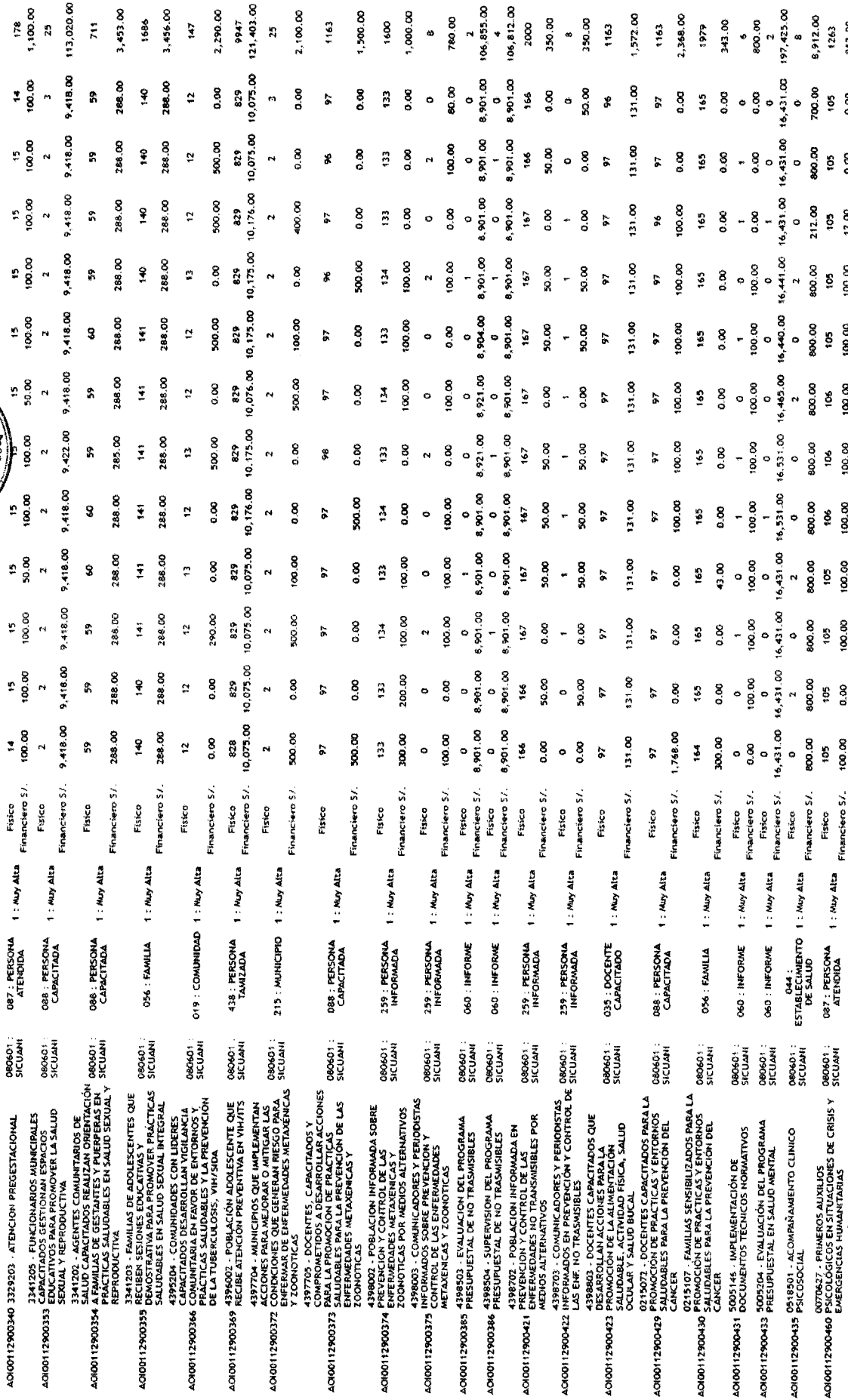
[illegible]



OBJ.01: Mejorar el acceso al cuidado integral de salud por curso de vida, cumpliendo estándares de calidad, para la población.

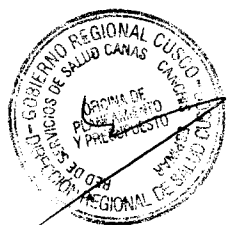
AEI.01.01: Servicio integral de prevención para el cuidado y autocuidado de la salud y prevención de enfermedades, accidentes y daños accesibles para la población.

COD	Actividad Operativa / Intervención	Urgencia	Obj.	Prioridad	Medio	PROGRAMACIÓN												TOTAL
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	5000902 - ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	431 : ADOLESCENTE ATENDIDA	1 : Muy Alta	Físico	586	586	1,291.00	1,291.00	586	587	587	1,291.00	1,291.00	586	586	7037	
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329108 - DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	8	9	9	9	9	9	9	9	9	8	8	105	
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329108 - ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	319	319	320	320	320	320	320	320	320	319	319	3824	
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329107 - MÉTODOS DE BARRERA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	250	250	251	251	251	251	251	251	250	250	2400		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329108 - ANTICONCEPTIVO HORMONAL ORAL	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	130	131	131	131	131	131	131	131	130	130	2600		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329109 - ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA (AOE)	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	087 : PERSONA ATERIDA	1 : Muy Alta	Físico	46	47	47	47	47	47	47	47	46	46	599		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329110 - MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	26	26	26	26	26	26	26	26	25	25	309		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329111 - MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(ME/LA)	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	16	17	17	17	17	17	17	17	17	17	203		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329113 - ANTICONCEPTIVO HORMONAL INYECTABLE	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	77	77	78	78	78	78	78	78	77	77	930		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329114 - CONDOM FEMENINO	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	206 : PAREJA PROTEGIDA	1 : Muy Alta	Físico	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	145		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329101 - ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	087 : PERSONA ATERIDA	1 : Muy Alta	Físico	1175	1175	1176	1176	1176	1176	1176	1176	1175	1175	14107		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329101 - CONSEJERÍA EN EL HOGAR DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	056 : FAMILIA	1 : Muy Alta	Físico	59	59	60	60	60	60	60	60	59	59	711		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	035 : DOCENTE CAPACITADO	1 : Muy Alta	Físico	66	66	66	66	66	66	66	66	67	66	795		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	035 : DOCENTE CAPACITADO	1 : Muy Alta	Físico	402	402	402	402	403	403	403	403	402	402	4831		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	056 : FAMILIA	1 : Muy Alta	Físico	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	1700		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	035 : DOCENTE CAPACITADO	1 : Muy Alta	Físico	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	1267	1267	1267	1267	1267	1267	1266	1266	1267	1267	15200		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	13000		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	2138	2138	2138	2137	2137	2137	2137	2137	2138	2138	25651		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	1,448.08	18,800.00		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	1269	1269	1269	1269	1269	1269	1269	1269	1269	1269	15229		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	060 : INFORME	1 : Muy Alta	Físico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	056 : FAMILIA	1 : Muy Alta	Físico	329	329	329	329	329	329	329	329	329	329	3949		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	019 : COMUNIDAD	1 : Muy Alta	Físico	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	325		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	3000		
080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	3329104 - PROMOVER PRÁCTICAS SALUDABLES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	080601 : ADOLESCENTE ATENDIDA	239 : PERSONA INFORMADA	1 : Muy Alta	Físico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	300.00		



99

67

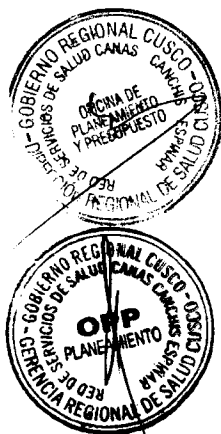


ANEXO

FICHAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO 2026

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	RESULTADO Mejorar la Salud Materna Neonatal					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)	Disminuir la Mortalidad Materna					
Indicador	RAZON DE MORTALIDAD MATERNA					
Definición	Razón de Mortalidad Materna por 100 mil Nacidos vivos. Muerte Materna (MM) es considerada a aquellas mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, cualquiera que sea la duración y lugar del mismo, por cada 100.000 nacidos vivos.					
Finalidad del Indicador	La mortalidad materna es un indicador que refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer.					
Dimensión/ tipo del Indicador	Impacto					
Fórmula	Numerador: Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia					
	Denominador: Número de nacidos vivos en el periodo de referencia.					
Unidad de Medina	Casos de Muerte Materna					
Frecuencia	Anual y quinquenal					
Oportunidad de Medida	Finales de año - Diciembre					
Valor del Indicador						
	Línea Base			Meta		
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028
%	43.8	0.0	49.0	34.8	34.6	34.4
Fuente de Datos	Dirección de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología RSSCCE					
Base de Datos	Disponible en web site: pag.web: http://www.redsaludcce.gob.pe http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php					
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI					
Sintaxis	En proceso de construcción					
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional y provincial					
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Salud Individual					



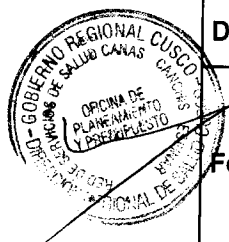
PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	RESULTADO Mejorar la Salud Materna Neonatal					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado	Disminuir la Mortalidad Neonatal					
Indicador	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL.					
Definición	Es el número de nacidos vivos que fallece antes de cumplir el primer mes de vida por cada mil nacidos vivos. En este caso, la tasa tiene como periodo de referencia las defunciones de menores de un mes ocurridos en los últimos diez años, teniendo como denominador el total de nacidos vivos en ese mismo periodo.					
Finalidad del Indicador	La Muerte neonatal es un evento centinela de la asistencia maternoneonatal. Revela deficiencias en la atención a la madre y al recién nacido. Además se encuentra muy influenciada por el acceso a los servicios de salud ofrecidos a la población y por la calidad de los mismos, así como, por los determinantes sociales y estructurales que acrecientan las brechas que deben cerrarse para dar una solución integral, libre de inequidades					
Dimensión/ tipo del Indicador	Impacto					
Fórmula	Numerador: Número de niños nacidos vivos que fallecen antes de cumplir un mes de edad en el periodo de referencia (hasta los 28 días de vida). Denominador: Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia					
Unidad de Medida	Casos de Muerte Neonatal					
Frecuencia	Anual y quinquenal					
Oportunidad de Medida	Finales de año - Diciembre					
Valor del Indicador						
	Línea Base			Meta		
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028
%	6.6	8.8	4.8	3.4	3.2	3.0
Fuente de Datos	Dirección de Inteligencia Sanitaria - Unidad de Epidemiología RSSCCE					
Base de Datos	pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe					
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI					
Sintaxis	En proceso de construcción					
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional y provincial					
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Salud Individual					



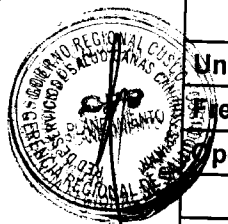
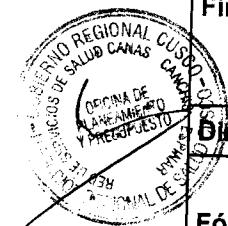
PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	PRODUCTO Acceso de gestantes a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)	Medir la oportunidad de captación de la gestante en el 1er trimestre de embarazo					
Indicador	GESTANTE CON PRIMERA ATENCIÓN PRE NATAL EN EL 1er TRIMESTRE DE GESTACIÓN					
Definición	Es el porcentaje de mujeres que el último nacimiento ocurrido en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.					
Finalidad del Indicador	Determinar la proporción de gestante que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta tuvo su primera atención en el 1er trimestre de embarazo.					
Dimensión/ tipo del Indicador	Eficacia					
Fórmula	Numerador: Mujeres que en el último nacimiento en los 5 años antes de encuesta tuvo su primera atención prenatal en el 1er trimestre de la gestación.					
	Denominador: Total de mujeres con último nacido vivo en los últimos cinco años					
Unidad de Medida	Gestante Captada en el 1er trimestre de embarazo					
Frecuencia	Semestral y anual					
Oportunidad de Medida	Mensual					
Valor del Indicador						
	Línea Base			Meta		
Año	2023	20243	2025	2026	2027	2028
%	88	87.6	83.0	90.0	90.0	91.0
Fuente de Datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.					
Base de Datos	pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe					
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI					
Sintaxis	recode m13 (0,1,2,3=1)(4 thru 9=2) into APN_1trim. if (m14=0) APN_1trim =3. if (m13=98 (missing(m13) & not(sysmis(m13)))) APN_1trim=8. recode CPN_1trim (2,3,8=0) (1=1) . var label APN_1trim 'APN en el 1er trimestre' .					
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional					
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Salud Individual					



PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNAL NEONATAL						
Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	PRODUCTO Acceso a métodos de planificación y servicios de consejería en SSR.					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)	Medir la accesibilidad de la población a métodos de planificación familiar y a los servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva.					
Indicador	NUMERO DE PAREJAS PROTEGIDAS (Prevalencia de uso de MAC)					
Definición	Provisión de métodos anticonceptivos a la persona o pareja por personal de salud calificado, en todos los establecimientos de salud, según capacidad resolutive.					
Finalidad del Indicador	Determinar el número de parejas protegidas con algún método de planificación familiar. Este indicador, también conocido como "prevalencia anticonceptiva", proporciona una medida de cobertura del uso de anticonceptivos en la población, teniendo en cuenta todas las fuentes de suministro y todos los métodos anticonceptivos, de esterilización, así como los llamados métodos tradicionales. Es la medida más difundida para la evaluación de los de los programas de planificación familiar.					
Dimensión/ tipo del Indicador	Eficacia					
Fórmula	Numerador: Mujeres unidas entrevistadas que usan algún método de planificación familiar.					
	Denominador: Total de mujeres unidas entrevistadas					
Unidad de Medida	Pareja protegida					
Frecuencia	Semestral y anual					
Oportunidad de Medida	Anual					
Valor del Indicador						
Año	Línea Base			Meta		
	2023	2024	2025	2026	2027	2028
%	97.0	90.1	84.4	85.5	85.5	86.00
Fuente de Datos	Estadística e Informática – RSSCCE					
Base de Datos	Disponible en web site: pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe					
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI					
Sintaxis	RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS. VAL LABEL UNIDAS 1'SI' 2 'NO'. RECODE V313 (1,2,3=1) (0=0) INTO UsaMetodo. val label Usametodo 1 'Uso MPF' 0 'No usa'. if unidas=1 MU_usompf=0. if unidas=1 & Usametodo=1 MU_usompf=1. var lab MU_usompf 'Mujeres Unidas que usan MPF'.					
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional y todo nivel					
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas					



PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	RESULTADO Disminuir la morbilidad materna neonatal					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)	Medir la accesibilidad de la población a métodos de planificación familiar y a los servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva.					
Indicador	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD					
Definición	Número promedio de nacimientos esperados por mujer a lo largo de su vida reproductiva.					
Finalidad del Indicador	La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Este indicador guarda relación directa con la fertilidad y con la edad al casarse o cohabitar, la disponibilidad y empleo de métodos anticonceptivos, el desarrollo económico, el estado social de la mujer y la estructura por edad y sexo. La tasa global de fecundidad relaciona los nacimientos con el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) y su capacidad reproductiva, siendo así un indicador más preciso que la tasa bruta de natalidad, que básicamente mide el número de nacimientos como porcentaje del total de la población. En ese sentido, la tasa global de fecundidad es considerado un buen indicador para el monitoreo y la comparación internacional.					
Dimensión/ tipo del Indicador	Eficacia					
Fórmula	Numerador: : Suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. Denominador: 1000					
Unidad de Medida	Mujer en edad fértil					
Frecuencia	Anual					
Oportunidad de Medida	Anual					
Valor del Indicador						
	Línea Base			Meta		
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028
%	2.2	2.2	3.2	1.8	1.8	1.6
Fuente de Datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI.					
Base de Datos	Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php pag.web:http://www.redsaludcce.gob.pe					
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI					
Sintaxis	Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php					
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional y todo nivel					
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Salud Individual.					



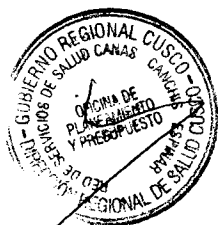
PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado	RESULTADO Disminuir la morbilidad materna neonatal						
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)	Medir la accesibilidad de la población a métodos de planificación familiar y a los servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva.						
Indicador	PROPORCIÓN DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR						
Definición	Es el porcentaje de mujeres en unión que desean limitar o espaciar su familia y no están usando método anticonceptivo alguno.						
Finalidad del Indicador	Existe un porcentaje de mujeres que no tiene acceso a los métodos anticonceptivos por diferentes motivos, puede ser por falta de información por falta de acceso a los servicios o por problemas económicos, a esta población se le conoce como necesidad insatisfecha en planificación familiar.						
Dimensión/ tipo del Indicador	Eficacia						
Fórmula	Numerador: Mujeres unidas con demanda insatisfecha de planificación familia						
	Denominador: Total de mujeres unidas						
Unidad de Medida	Mujer en edad fértil						
Frecuencia	Anual						
Oportunidad de Medida	Anual						
Valor del Indicador							
	Línea Base			Meta			
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
%	6.4%	6.6%	9.7 %	8.0 %	8.0 %	7.8 %	
Fuente de Datos	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. Estadística e Informática – RSSCCE						
Base de Datos	Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php						
Instrumento de recolección de datos	ENDES-INEI						
Sintaxis	RECODE V501 (1,2=1)(0,3,4,5=2) INTO UNIDAS. recode v626 (1,2=1)(0,3,4,5,6,7,8,9=0) into neces_Ins. Select fi unidades=1. var label neces_Ins 'necesidad insatisfecha'						
Aplica a organizaciones:	Aplica a nivel Regional y todo nivel						
Responsable	Estrategia Sanitaria de salud Sexual Reproductiva/Dirección de salud de las Personas/Dirección Ejecutiva de Salud Individual.						



PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL MATERNO NEONATAL									
Proceso (Nombre y código del Proceso)/ Producto/ Resultado				RESULTADO Proporción de recién nacidos vivos menores de 37 semanas de gestación					
Objetivo (del Proceso)/ Producto/ Resultado)				Medir la accesibilidad de la población a métodos de planificación familiar y a los servicios de consejería en Salud Sexual Reproductiva.					
Indicador				PROPORCIÓN DE RECIEN NACIDOS VIVOS MENORES DE 37 SEMANAS DE GESTACIÓN					
Definición				Es el porcentaje de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, nacidos en los 5 años antes de la encuesta					
Finalidad del Indicador				Pese a que los nacimientos prematuros, es decir, aquellos que se dan en periodos de gestación menores a las 37 semanas, solo constituyen alrededor del 10% de todos los nacimientos, más del 80% de las muertes neonatales ocurren entre los niños nacidos prematuramente. Asimismo, existe evidencia que demuestra como las ratios de mortalidad neonatal crecen de manera drástica con la reducción de la edad gestacional. Así, comparado con los bebés nacidos luego de 36 semanas de gestación, aquellos nacidos con 24, 28 y 32 semanas de edad gestacional tienen ratios de mortalidad neonatal que son alrededor de 180, 45 y 7 veces más altos, respectivamente. Todo lo anterior constituye evidencia importante que sustenta el seguimiento y monitoreo de este indicador como una medida intermedia de la reducción de la mortalidad neonatal					
Dimensión/ tipo del Indicador				Eficacia					
Fórmula				Numerador: Número de nacidos vivos con menos de 37 semanas de gestación. (CNV)					
				Denominador: Total de nacidos vivos.					
Unidad de Medida				RN de menos de 37 semanas de gestación					
Frecuencia				Semestral, Anual					
Oportunidad de Medida				Semestral , Anual					
Valor del Indicador									
				Línea Base			Meta		
Año				2023	2024	2025	2026	2027	2028
%				1.0	2.7	2.1	2.0	1.9	1.8
Fuente de Datos				CNV, Estadística e Informática – RSSCCE.					
Base de Datos				Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php					
Instrumento de recolección de datos				Plataforma Web CNV					
Sintaxis				Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php					
Aplica a organizaciones:				Aplica a nivel Regional y todo nivel					



FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

2026

PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA

Nombre del Indicador:**TASA DE MORBILIDAD DE TUBERCULOSIS****Ámbito de control***Resultado Especifico: Reducir la morbimortalidad de Tuberculosis***DEFINICIÓN**

Este indicador mide la proporción de casos de tuberculosis en todas sus formas suscitadas en el periodo del año fiscal en relación a la población total de una determinada jurisdicción.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR**VALORES HISTORICOS****VALORES PROYECTADOS**

2023	2024	2025	2026	2027	2028
18.3	19.3	19.5	19	18	17

JUSTIFICACIÓN

la tasa de morbilidad es un indicador que mide la proporción de casos de tuberculosis en todas sus formas en una población determinada en un período de un año, se utiliza para medir el impacto de las intervenciones realizadas para la prevención de tuberculosis. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Una limitación para la medición del indicador es con respecto al registro de información en el Sistema de Información Gerencial. Para poder realizar la medición del indicador se debe tener registro de todos los casos diagnosticados de manera actualizada.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera todos los casos de tuberculosis diagnosticados en el periodo de evaluación (año) en una determinada jurisdicción; así como a la población total del periodo (año) y la jurisdicción a evaluar.

Se puede calcular tasa de morbilidad a nivel departamental, provincial y distrital; para ello se considerará el Ubigeo del EESS. (RENIPRES).

Se considera la población proporcionada por INEI hasta el nivel de distrito.

casos que no iniciaron tratamiento, el sistema no les genera código; y no tienen los datos completos como los demás afectados.

MÉTODO DE CÁLCULO

N° Total de casos de TB todas las formas * 100,000 habitantes/ Población Total por cada año.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis SIG TB

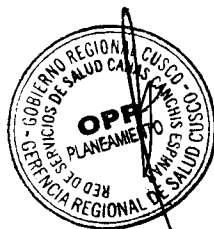
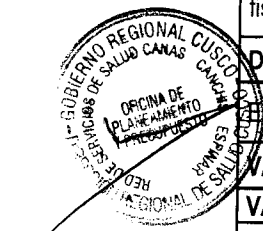
EE.SS. del MINSA, Gobiernos Regionales, INPE, defensa, Privados y EsSalud.

BASE DE DATOS

Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Tarjeta de Control de Tratamiento.

SINTAXIS

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

2026

PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA

Nombre del indicador:

TASA DE MORTALIDAD DE TUBERCULOSIS

Ámbito de control

DEFINICIÓN

Este indicador mide la proporción de casos fallecidos por Tuberculosis suscitados en el periodo del año fiscal en relación a la población total de una determinada jurisdicción.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR**VALORES HISTÓRICOS****VALORES PROYECTADOS**

2023	2024	2025	2026	2027	2028
2.5	3.1	5.5	5	5	5

JUSTIFICACIÓN

La tasa de mortalidad es un indicador que mide la proporción de personas fallecidas por tuberculosis en una población determinada en un periodo de un año, se utiliza para medir el impacto de las intervenciones realizadas para la prevención y control de Tuberculosis.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Una limitación para la medición del indicador es la oportunidad de la información emitida por el sistema de registro Hechos Vitales de la RENIEC, el cual generalmente tiene un retraso de 1 año.

PRECISIONES TÉCNICAS

- La Mortalidad, indica fallecidos cuya causa de muerte está asociada a Tuberculosis, más no los casos de tuberculosis que fallecen durante el tratamiento por diversas causas.
- La Población la entrega INEI.
- Se puede obtener este indicador a nivel departamental, provincial y distrital, considerando el Ubigeo del EESS (RENIPRES).

MÉTODO DE CÁLCULO

Número total de fallecidos por tuberculosis en todas sus formas durante el año

----- x 100 000 habitantes

Población total del año

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis SIG TB

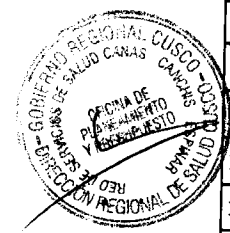
EE.SS. Del MINSA, Gobiernos Regionales, INPE, defensa, Privados y EsSalud.

BASE DE DATOS

Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Certificado de Defunción.

SINTAXIS

PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA

COD PRODUCTO:(3000614)

PROPORCIÓN DE SR EXAMINADOS EN ENTRE SR EXAMINADO**Ámbito de control****PRODUCTO: PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS (3000614)**

Resultado esperado del marco lógico del programa:

DEFINICIÓN

El indicador mide la proporción de las personas con síntomas respiratorios (persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días) que dieron resultados positivos ante el examen de esputo a través de baciloscopia

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficiencia

VALOR DEL INDICADOR**VALORES HISTÓRICOS****VALORES PROYECTADOS**

2023	2024	2025	2026	2027	2028
0.1	0.1	0.1	0.6	0.6	0.7

JUSTIFICACION

Uno de las principales brechas es el diagnóstico oportuno a través de la detección de sintomáticos respiratorios, la cual ha venido incrementando de manera oscilante en el transcurso de los años, observándose disminución en la gran mayoría de Unidades Ejecutoras, concluyendo que podría existir una morbilidad encubierta en la comunidad, es decir casos de personas afectadas con tuberculosis no diagnosticadas o con diagnóstico tardío que se mantienen como fuentes de infección manteniendo la cadena de transmisión.

En la mayoría de las Unidades Ejecutoras existe un incremento en la identificación de SR, sin embargo, se observa disminución de los SR BK (+), como promedio región tenemos 0.5% de SR BK (+), lo que nos indica que los sintomáticos respiratorios identificados no cumplen con la definición operativa de "Persona que presente tos y expectoración por 15 días a más".

Por tal motivo es necesario medir la proporción de sintomáticos respiratorios cuyo resultado fue positivo al examen de esputo a través de la baciloscopia, este indicador permite hacer seguimiento a la relación entre el logro del producto y los recursos utilizados para su cumplimiento.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Las limitaciones en torno a costos para contar con información estadística, se toma de referencia registros administrativos

PRECISIONES TÉCNICAS

- Se denomina sintomático respiratorio a toda persona con tos por 15 días a más
- Se denomina sintomático respiratorio examinado a todo sintomático respiratorio identificado en el que se ha obtenido al menos un resultado de baciloscopia de diagnóstico.
- Se denomina Sintomático respiratorio examinado con frotis positivo, aquel sintomático respiratorio con resultado de baciloscopia positiva.

MÉTODO DE CÁLCULO

Número de Sintomáticos Respiratorios Examinados Frotis Positivo

x 100

Número de Sintomáticos Respiratorios Examinados

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Trimestral

FUENTE DE DATOS

Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis

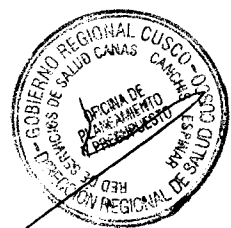
EE.SS. Del MINSA, Gobiernos Regionales, INPE, defensa, Privados y EsSalud.

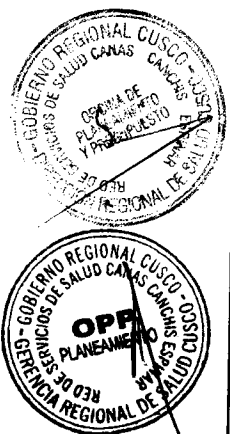
BASE DE DATOS

La Base de Datos del Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis se encuentra en la página Web de la DPCTB del Ministerio de Salud www.tuberculosis.minsa.gob.pe

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

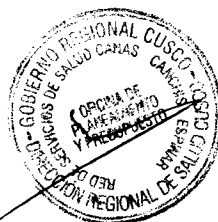
Solicitud de Investigación Bacteriológica





FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO					
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA					
COD PRODUCTO: (3000013)					
Nombre del Indicador:					
PROPORCIÓN DE CONTACTOS EXAMINADOS					
Ambito de control					
PRODUCTO: PERSONAS EN CONTACTO DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO (GENERAL, INDIGENA Y PRIVADA DE SU LIBERTAD)					
Resultado esperado del marco lógico del Programa					
DEFINICIÓN					
El indicador hace referencia a la proporción de contactos censados de personas afectadas por Tuberculosis con examen de contacto para descartar Tuberculosis.					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Eficacia					
VALOR DEL INDICADOR					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
78.5	79	50	81	82	83
Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento de las personas en contactos con afectados por tuberculosis. El examen de los contactos de personas afectadas por tuberculosis es importante pues se tiene la oportunidad de realizar el descarte de tuberculosis a fin de garantizar el diagnóstico oportuno de casos y así cortar cadena de transmisión.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
- Una limitación para la medición del indicador es con respecto al registro de información en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis. - Para poder realizar la medición del indicador se debe tener registrado todos los casos diagnosticados de manera actualizada					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se define como Contacto a aquella persona que ha tenido exposición con un caso de tuberculosis siendo intradomiciliarios o extradomiciliarios.					
Se define como contacto censado, aquel contacto identificado y registrado en el sistema de información					
Se define como contacto examinado, aquel contacto censado que ha sido evaluado por médico y otros exámenes para descartar tuberculosis					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Número de Contactos de Tuberculosis Examinados					
..... x 100					
Número de Contactos de Tuberculosis Censados					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Trimestral					
FUENTE DE DATOS					
Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis					
MINSA- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS					
BASE DE DATOS					
La Base de Datos del Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis se encuentra en la página Web de la DPCTB del Ministerio de Salud www.tuberculosis.minsa.gob.pe					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Tarjeta de control de tratamiento					
SINTAXIS					

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO					
PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA					
COD PRODUCTO: (3000013)					
Nombre del indicador:					
PROPORCIÓN DE CONTACTOS MENORES DE 5 AÑOS CON TPI					
Ámbito de control					
PRODUCTO: PERSONAS EN CONTACTO DE CASOS DE TUBERCULOSIS CON CONTROL Y TRATAMIENTO PREVENTIVO (GENERAL, INDÍGENA Y PRIVADA DE SU LIBERTAD) (3000613)					
Resultado esperado del marco lógico del programa					
DEFINICIÓN					
El indicador hace referencia a la proporción de contactos de Tuberculosis pulmonar menores de 5 años que culminan TPT					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Eficacia					
VALOR DEL INDICADOR					
VALORES HISTÓRICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
40.7	50	75	100	100	100
JUSTIFICACIÓN					
Este indicador es importante, pues permite realizar el seguimiento de las personas en contactos con afectados por tuberculosis. El examen de los contactos de personas afectadas por tuberculosis es importante pues se tiene la oportunidad de realizar el descarte de tuberculosis a fin de garantizar el diagnóstico oportuno de casos y así cortar cadena de transmisión.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
- Una limitación para la medición del indicador es con respecto al registro de información en el Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis. - Para poder realizar la medición del indicador se debe tener registrado todos los casos diagnosticados de manera actualizada.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
La TPI se debe indicar a personas diagnosticadas de tuberculosis latente, que pertenecen a los grupos de riesgo. La indicación de TPI es responsabilidad del médico tratante del EE.SS. y su administración es responsabilidad del personal de enfermería					
MÉTODO DE CÁLCULO					
$\frac{\text{Número de Contactos de TB Pulmonar Sensible < de 5 años con TPI}}{\text{Número de Contactos de TB Pulmonar Sensible < de 5 años censados}} \times 100$					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Trimestral					
FUENTE DE DATOS					
Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis					
MINSA- DIRECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS					
BASE DE DATOS					
La Base de Datos del Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis se encuentra en la página Web de la DPCTB del Ministerio de Salud www.tuberculosis.minsa.gob.pe					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Tarjeta de control de tratamiento					
SINTAXIS					



FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO- 2026

PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0016 TBC-VIH/SIDA

CÓDIGO PRODUCTO: 030443968

Nombre del indicador:

Porcentaje de personas diagnosticadas con ITS que reciben tratamiento

OBJETIVO:

Resultado esperado del marco lógico del programa

DEFINICIÓN:

Es la atención integral de los casos con infección de transmisión sexual (gonorrea, clamidia y otras), mediante la oferta en establecimientos de salud que incluyen los CERTS y UAMP.

DIMENSION DE DESEMPEÑO:

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR:**VALORES HISTORICOS****VALORES PROYECTADOS**

2023

2024

2025

2026

2027

2028

65%

87%

90%

95%

98%

99%

JUSTIFICACION

Por el alto porcentaje de los casos de IVTS en la población diagnosticada, a fin de tratar oportunamente y cortar la cadena de transmisión en las parejas sexuales. La falta de tratamiento de las ITS incrementa el riesgo hasta 8 veces de adquirir el VIH.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Se precisa que los tratamientos de los casos diagnosticados, en algunos lugares no son completos al igual que los contactos tratados no se registran en su totalidad, existiendo un sub registro de información. Los datos de los informes están expuestos a errores de digitación.

PRECISIONES TECNICAS

Se considera que la población con infección de transmisión sexual recibe tratamiento completo al igual que sus contactos, según manejo sintromico o etiológico. Los beneficios que conlleva el tratamiento de ITS no son solo a nivel individual, si no a nivel colectivo ya que corta la cadena de transmisión. El manejo incluye tratamiento, consejería, manejo de contactos, uso adecuado y consistente del preservativo. Se espera además que la población modifique comportamientos sexuales de riesgo.

METODO DE CALCULO

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas con ITS que reciben tratamiento}}{\text{Total de personas Diagnosticados con ITS}} \times 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS:

HIS - RSCCE

BASE DE DATOS:

Dirección de Estadística e Informática, informes operacionales mensuales, (HIS)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Dirección de estadística e informática (HIS)

SINTAXIS:

El análisis corresponde al número de tratamiento a las personas con ITS y que son informados en el HIS-Reporte y para el denominador se utilizan datos respecto al número de diagnosticados.



FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO- 2028

PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 0018 TBC-VIH/SIDA

CÓDIGO PRODUCTO: 03043971

Nombre del Indicador:

Porcentaje de gestantes diagnosticadas con Sífilis que reciben tratamiento completo

OBJETIVO:

Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO Mujeres gestantes reactivas y niños expuestos al VIH/SIDA reciben tratamiento oportuno.

DEFINICION:

Son los casos nuevos con diagnóstico de sífilis en madres gestantes y/o puérperas con sífilis (Prueba rápida y/o RPR/VDRL o confirmadas) y/o de sus parejas sexuales. Incluyendo intervenciones durante el embarazo, parto y/o puerperio dirigidas a evitar la sífilis congénita en el recién nacido y el tratamiento buscando la disminución de transmisión vertical (gestantes con sífilis que reciben tratamiento completo).

DIMENSION DE DESEMPEÑO:

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR:**VALORES HISTORICOS****VALORES PROYECTADOS**

2023

2024

2025

2026

2027

2028

33%

200%

100%

100%

100%

100%

JUSTIFICACION

La revisión de este indicador permite evaluar acciones estratégicas orientadas a mejorar la salud del recién nacido; está relacionado directamente a la estrategia de detección, tratamiento oportuno y seguimiento de la gestante y/o puérpera con infección con sífilis para la prevención de la transmisión vertical. Así como la detección, tratamiento y seguimiento del recién nacido expuesto o niño con infección por sífilis congénita.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Se precisa que los tratamientos de los casos diagnosticados, en algunos lugares no son completos al igual que los contactos tratados no se registran en su totalidad, existiendo un sub registro de

Información:**PRECISIONES TECNICAS**

Se considera a la población gestante y/o puérpera con sífilis que reciben tratamiento completo al igual que sus contactos.

METODO DE CALCULO

$$\frac{\text{Nº de gestantes y/o puérperas diagnosticadas y que reciben tratamiento}}{\text{Total de personas diagnosticadas con sífilis}} \times 100$$

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS:

Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales. (HIS.)

BASE DE DATOS:

Dirección de Estadística e Informática. (HIS)

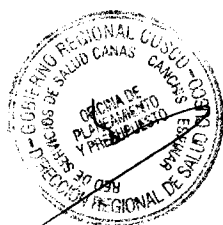
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Dirección de estadística e informática (HIS)

SINTAXIS:

El análisis corresponde al número de diagnosticado y tratamiento de sífilis para el denominador se utilizan datos respecto al número de diagnosticados.





PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS					
COD PRODUCTO: 0017					
Nombre del Indicador:					
COBERTURA DE VACUNACIÓN CANINA CONTRA LA RABIA					
Ámbito de control					
<i>Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO</i>					
DEFINICIÓN					
Es la proporción de canes vacunados contra la rabia en relación a la población canina estimada					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO					
Indicador de cobertura					
VALOR DEL INDICADOR					
VALORES HISTÓRICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
88.60%	81.70%	88.50%	90%	90%	90%
JUSTIFICACIÓN					
La vacunación antirrábica de canes es la actividad preventiva, que tiene como finalidad inducir en el animal la formación de anticuerpos necesarios para evitar la enfermedad y su transmisión al hombre y a otros animales susceptibles. El Ministerio de Salud es la única entidad competente para efectuar campañas masivas de vacunación antirrábica en canes con fines de prevención y control a nivel nacional, las mismas que serán gratuitas					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Es difícil estimar la población canina pues hay un número importante de perros sin propietarios. Precisamente estos perros son los que tienen más riesgo de adquirir la enfermedad debido a su exposición y falta de control.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Se considera en el conteo de animales vacunados contra la rabia durante las campañas de vacunación organizados por los establecimientos de salud, una vez al año y por un periodo de dos días consecutivos, preferentemente sábados y domingos. Se debe obtener un cálculo de la población canina, a través de los registros históricos de las coberturas de vacunación, asociados a la situación epidemiológica del área con presencia o ausencia de casos o a las encuestas de opinión. También se puede estimar la población canina a través de muestreos estadísticos o censos, realizados en forma periódica, priorizando áreas de riesgo o poblaciones caninas que manifiesten cambios en su dinámica. El nivel local debe disponer de estimaciones de población canina (índice perro/habitante). El número de canes a vacunar en campañas debe ser mínimo de un 80% de la población estimada					
MÉTODO DE CÁLCULO					

Numerador: número de canes vacunados
Denominador: población canina estimada
El indicador se expresa en porcentaje.
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
Se realizan mediciones anuales.
FUENTE DE DATOS
Fuente de información es HIS a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.
BASE DE DATOS
Fuente de información es HIS a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
Norma técnica
ANÁLISIS
El presente año 2025, se cumplió con la vacunación antirrábica canina, llegando a vacunar a 26.162 canes a nivel de la U.E. 401 SCCE de una población canina estimada de 30.241, se alcanzó esta cobertura de 88.50% a pesar de las dificultades presupuestarias por el incremento del costo de vida, que limita la adquisición de los insumos y materiales necesarios para el alcanzar el cien por ciento de las metas físicas, además que en las comunidades ha disminuido la población canina debido a que sus actividades productivas como pastos mejorados, cultivo de hortalizas entre otros exige que las condiciones de higiene sea mayor por lo que se ha tomado decisiones de disminuir la cantidad de canes por familia.
No aplicable

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO
PROGRAMA PRESUPUESTAL: ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZOONOSIS
COD PRODUCTO: 0017
Nombre del Indicador:
PROPORCION DE PERSONAS EXPUESTAS A RABIA QUE RECIBE ATENCION INTEGRAL
Ámbito de control
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO
DEFINICIÓN

Es la proporción de pacientes que reciben atención integral para la exposición al virus de la rabia en relación a los pacientes que acuden a un establecimiento de salud por haber estado expuesto a la rabia debido a la mordedura de un animal

DIMENSION DE DESEMPEÑO						
Indicador de cobertura						
VALOR DEL INDICADOR						
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS			
2023	2024	2025	2026	2027	2028	
80%	91%	90%	97.6%	92%	92%	
JUSTIFICACION						

JUSTIFICACIÓN
La atención de personas expuestas al virus de la rabia es el conjunto de medidas preventivas o profilácticas, que se realizan cuando una persona está expuesta efectiva o potencialmente al virus rábico, con la finalidad de evitar la enfermedad. La exposición puede ser leve o grave. El tratamiento incluye el manejo local de la herida mediante el lavado con agua y jabón. Además se debe aplicar la vacunación antirrábica. De haberse producido la mordedura en cara, cabeza, cuello o pulpejo de dedo de la mano, se indica el suero antirrábico, tomando en cuenta las previsiones necesarias para prevenir un shock anafiláctico. El manejo de la exposición es complejo, además de la atención en el momento agudo es necesario un manejo a mediano plazo con la aplicación de todas las dosis de la vacuna y la observación del animal mordedor. Por ello es necesario monitorear el adecuado cumplimiento de estas actividades según lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS
La evaluación de si el paciente ha recibido la atención integral es compleja, requiriendo de múltiples formatos para la verificación, por lo que es un indicador de difícil medición.

PRECISIONES TÉCNICAS
Se considera en el conteo a aquellas personas que han sido atendidas en un establecimiento de salud por el riesgo de rabia y que han recibido: tratamiento local de la mordedura, atención específica con vacuna antirrábica humana de acuerdo a normatividad vigente, consejería y material educativo en el momento de la atención, tres visitas domiciliarias de seguimiento de vacunación, tres visitas domiciliarias de observación del animal mordedor (perro, gato) en un periodo de 10 días para determinar su condición de riesgo (al 1º, 5º y al 10º día), entrega del carné de vacunación antirrábica humana de monitoreo de esquema de vacunación a la persona en tratamiento, Registro en la Ficha de Atención de personas mordidas y en los libros de "Registro de denuncia de mordeduras por animales" y "Registro de pacientes en vacunación antirrábica humana".

MÉTODO DE CÁLCULO
Numerador: personas que reciben atención integral para la exposición al virus de la rabia
Denominador: personas que acuden al establecimiento de salud por haber estado expuesto a la rabia debido a la mordedura de un animal. El indicador se expresa en porcentaje.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Se realizan mediciones anuales.
FUENTE DE DATOS
Fuente de información es HIS y registros hospitalarios a través de la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA.
BASE DE DATOS
Fuente de información es HIS
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
HIS/ MINSA
Norma técnica
ANÁLISIS
Durante el año 2025 se alcanzó un avance del 90 %, registrándose un total de 571 personas expuestas a rabia por accidentes de mordedura de can y gato hasta el mes de diciembre del presente año. No obstante, se evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención, orientadas a la sensibilización y educación de la población en la triada preventiva de la rabia, a fin de promover la búsqueda oportuna de atención médica en los establecimientos de salud y reducir el riesgo de transmisión de la enfermedad. En este sentido, resulta prioritario reforzar la difusión de las medidas de prevención de las enfermedades metaxenicas y zoonóticas, mediante estrategias de información, educación y comunicación, con énfasis en poblaciones de mayor riesgo.
SINTAXIS
No aplicable

PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Proceso (Nombre y Código del Proceso) / Producto/Resultado

3000016 PRODUCTO TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL

Objetivo (del Proceso) Producto/Resultado

5000114 SUB PRODUCTO Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial

Porcentaje de población mayor de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.

AMBITO DE CONTROL

Este indicador mide la eficacia y la eficiencia de la atención en un EESS del primer nivel de atención en el tratamiento a personas diagnosticadas con hipertensión arterial

PLIEGO QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Gobierno regional Cusco_ Ejecutora 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

DEFINICIÓN

Intervención dirigida a personas de dieciocho (18) años a más con hipertensión arterial sin daño de órgano diana (retinopatía, Enfermedad Renal Crónica, cardiopatía o Enfermedad Cardiovascular) y sin alto riesgo cardiovascular (riesgo cardiovascular bajo o moderado) de dieciocho años a más, se realiza en establecimientos de salud categoría I-2 al II-1, con la finalidad de brindar tratamiento integral para el control de su enfermedad. El paciente controlado, es aquel que, teniendo el tratamiento instaurado, reporta en al menos 4 de 6 controles consecutivos establecida para su caso.

La intervención incluye:

1. Consulta médica cada 3 meses (adherencia al tratamiento, evaluación de efectos adversos prescripción farmacológica combinada y consejería contra el consumo de alcohol y tabaco).
2. consulta de enfermería para control de la presión arterial
3. Peso, medición del IMC, Perímetro abdominal
4. Electrocardiograma

Se recomienda que se incluya: 1. Consulta o consejería nutricional

2. Consejería para aumentar la actividad física

3. Al momento del diagnóstico y según necesidad se puede incluir evaluación de salud mental

Personal que ejecuta la actividad: médico

Conjunto de prestaciones al diagnóstico y tratamiento y seguimiento de control de personas con enfermedades hipertensivas y alteraciones metabólicas (dislipidemias)

DIMENSIONES DE DESEMPEÑO

Este indicador mide la eficacia y la eficiencia del incremento de personas con tratamiento para el control de la Hipertensión arterial.

VALOR DEL INDICADOR

VALOR HISTORICO DEL INDICADOR					VALORES PROYECTADOS				
2016	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	
100.00%	71.50%	41.50%	59.10%	99.00%	100%	100.00%	100%	100.00%	

JUSTIFICACIÓN

Tratar la Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica en la que la presión ejercida por la sangre al interior del circuito arterial (presión arterial) es elevada. Esto trae como consecuencia el daño progresivo sobre diversos órganos del cuerpo, así como requerir esfuerzo adicional por parte del corazón para bombear la sangre a través de los vasos sanguíneos. La HTA puede ser primaria (esencial) o secundaria (por ejemplo, secundaria a enfermedades renales, defectos de la aorta, alteraciones hormonales, etc.). La mayor parte (95%) de los casos de HTA son primarias. El diagnóstico de HTA se hace mediante la medición de la presión arterial bajo condiciones estándares. La HTA se asocia a otras enfermedades cardiovasculares y metabólicas endocrinológicas.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

- Errores en la medición de la Presión Arterial.
- Sub registro e inadecuado reporte en el HIS (caso Nuevo por Continuator).
- Cambio de la digitación HIS.

PRECISIONES TÉCNICAS

Número de personas con Tratamiento y control de Hipertensión Arterial X 100
Número de personas programadas con diagnóstico de Hipertensión Arterial

unidad de medida persona controlada

METODO DE CALCULO

$$\frac{\text{N.º tratamiento y control de la hipertensión Arterial}}{\text{hipertensión arterial} \times 100} \times 100$$

N.º Personas con tratamiento y control de la hipertensión arterial * 100
total de pacientes programados.

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral y anual

FUENTES DE DATOS

Sistema de Información HIS.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Sistema de Información HIS. *PADRON NOMINAL

SINTAXIS

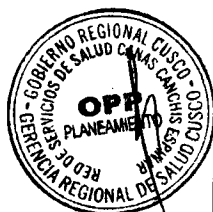
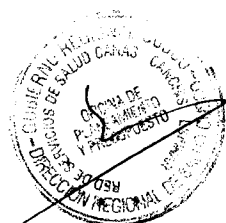


PROGRAMA PRESUPUESTAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES									
Proceso (Nombre y Código del Proceso) / Producto/Resultado									
3000017 PRODUCTO TRATAMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES									
Objetivo (del Proceso) Producto/Resultado									
5000115- BRINDAR TRATAMIENTO DE CONTROL A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS.									
Porcentaje de población mayor de 18 años con diagnóstico de diabetes mellitus que recibe tratamiento para el control de su enfermedad.									
AMBITO DE CONTROL									
Este indicador mide la eficacia del incremento de personas con tratamiento para el control de la diabetes mellitus.									
PLIEGO QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL									
GOBIERNO REGIONAL CUSCO_ EJECUTORA 401 CANAS CANCHIS ESPINAR									
DEFINICIÓN									
Intervención que se brinda a personas con diabetes mellitus sin complicaciones (personas con diabetes sin retinopatía, enfermedad renal diabética, pie diabético o enfermedad cardiovascular establecida) en tratamiento que logra alcanzar adecuado control de la enfermedad: -Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl en dos mediciones, o hemoglobina glucosilada menor de 7% (o según meta terapéutica de Hb1Ac) Se realiza en establecimientos de salud con categoría I-2, I-3, I-4 y II-1. La intervención incluye: - 01 consulta médica cada 3 meses -Al menos 02 controles de Hemoglobina glucosilada o llenado de ficha de control de glucosa -Toma de la presión, valoración y consejería en estilos de vida (Actividad física, nutrición y cesación de consumo de tabaco) -Valoración de tratamiento farmacológico: adherencia e indagar por posibles efectos adversos -Al momento del diagnóstico se recomienda evaluación por psicología y nutricionista, o en su defecto consejería por personal capacitado. En pacientes que presentan eventos agudos o no logran meta terapéutica, es recomendable repetir las intervenciones. -Al diagnóstico y 1 vez al año dosaje de colesterol y triglicéridos -Para los pacientes entre los 40 y 70 años se debe brindar tratamiento con estatinas, entre los 18 y los 39 valorar según riesgo cardiovascular El personal que ejecuta la actividad: médico									
DIMENSIONES DE DESEMPEÑO									
Este indicador mide la eficacia y el incremento de personas con tratamiento para el control de la Diabetes Mellitus.									
VALOR DEL INDICADOR									
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR					VALORES PROYECTADOS				
2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	
100%	62%	37.90%	15.05%	57.70%	100%	100.00%	100.00%	100%	
JUSTIFICACIÓN									

Determinar la proporción y optimizar la atención de la población que acude a los E.E.S.S. para el tratamiento oportuno de Diabetes Mellitus. La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.									
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS									
- Presupuesto designado para este producto que cada año no alcanza para la compra de insumos bioquímicos tanto como las tiras de glucosa y el equipamiento para el tamizaje de hemoglobina glicosilada y despistaje de esta enfermedad crónica. - La geografía en E.S. que son muy tejanos y muchos de los usuarios no acuden por la lejanía a continuar con su tratamiento.									
PRECISIONES TÉCNICAS									
La determinación de este indicador se basa en lo reportado. Para construir el indicador se requiere la medición de HbA1C en sangre se requiere que esta pregunta sea investigada en conjunto con otros marcadores bioquímicos de enfermedad (como glicemia y hemoglobina glicosilada). para la construcción del indicador se considerarán aquellos sujetos que reporten positivamente el antecedente de enfermedad									
Número de personas con Tratamiento y control de Diabetes Mellitus Tipo 2. X 100									
Número total de personas programadas.									
METODO DE CALCULO									
Número de personas con Tratamiento y control con Diabetes Mellitus Tipo 2. X 100									
Número total de personas programadas.									
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES									
Semestral y anual									
FUENTES DE DATOS									
Sistema de Información HIS.									
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN									
Sistema de Información HIS. *PADRON NOMINAL									
SINTAXIS.									

ANEXO 02: FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE DESEMPEÑO

PROGRAMA PRESUPUESTAL: POBLACIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
Objetivo Estratégico Institucional						
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 50 años a más de edad con valoración de agudeza visual realizada por un personal de salud					
Justificación	La población objetivo es más propensa a tener enfermedades oculares que dificulten la visión. A esto se agrega que la recomendación estándar es que las personas tengan una valoración de agudeza visual una vez al año. Esta valoración es la forma más simple e inocua de identificar problemas de la visión. La información de este indicador dará una visión sobre el alcance (cobertura) de esta práctica preventiva-promocional de salud ocular en esta población. Este indicador no ha sido valorado antes y servirá de referencia para futuras comparaciones y además para reevaluar o proponer estrategias para la promoción de la salud ocular					
Responsable del indicador	PERSONAL DE SALUD COORDINADOR DE ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD OCULAR					
Limitaciones para la medición del Indicador	Puede existir sesgo cuando el personal de salud no registre adecuadamente la información, generando un subregistro del avance. Reporteador de OGTI inoperativo. En la detección de las personas con catarata participarán según corresponda: Personal del establecimiento de salud: Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería u otro profesional de la salud debidamente capacitado (no se cuenta con personal capacitado o muy pocos asumen la actividad de atención integral solo se atiende morbilidad).					
Método de Cálculo	NUMERADOR: Número de personas de 50 años a más que han recibido valoración de su agudeza visual. Multiplicado por 100. DENOMINADOR: Número total de 50 años a más programados para valoración de agudeza visual					
Sentido esperado del indicador	Ascendente (Directamente proporcional)					
Proceso de Recolección de análisis	Según el Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa – Componente de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2025. Sistema de Información HIS, en el cual se incluye las siguientes: Registrar en el ítem: Diagnóstico, Motivo de consulta y/o Actividad de salud. • En la 1ª fila, se registra la actividad de salud: - Examen de los Ojos y de la Visión (2010) • En la 2ª fila, se registra la actividad de salud: - Determinación de la agudeza visual (99173)					
Fuente y bases de Datos	REPORTE HIS MINSA					
	Línea Base			Meta		
Año	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Valor Absoluto						
Valor Relativo	37%	40%	100%	100%	100%	100%

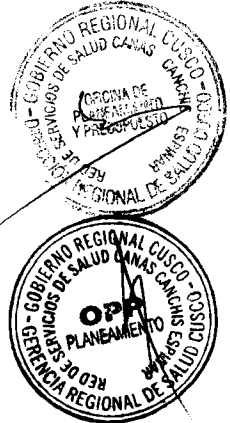


PROGRAMA PRESUPUESTAL 0018: ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Proceso (Nombre y Código del Proceso)/Producto/Resultado	PRODUCTO 3043997: TAMIZAJE Y TRATAMIENTO DE PERSONAS AFECTADOS POR METALES PESADOS, METALOIDES Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS				
Objetivo (del Proceso) Producto/Resultado	DETERMINAR EL NUMERO DE GESTANTES CON PRONOSTICO Y/O DIAGNOSTICO DE ESTADO BASAL DE SALUD. EXPUESTAS, POTENCIALMENTE EXPUESTOS O AFECTADOS POR METALES PESADOS, METALOIDE Y/O OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS				
Nombre del Indicador	PREVALENCIA /INCIDENCIA DE GESTANTES, EXPUESTAS A METALES PESADOS, METALOIDES Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE RECIBEN EVALUACIÓN MÉDICA CON VALORACIÓN CLÍNICA DE BIOMARCADOR DE EFECTO EN IPRESS DEL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN				
Pliegos que ejecutan acciones en el marco del programa presupuestal	Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y GERESA Cusco				
Definición	El indicador mide la cantidad de gestantes, con evaluación por profesional médico capacitado que tengan un resultado de biomarcador de efecto: Perfil cardiovascular, renal, hepático, sanguíneo u otro y resultado de pronóstico y/o diagnóstico de estado basal de órgano blanco en IPRESS del primer, segundo y tercer nivel de atención.				
Finalidad del Indicador	Contribuir a mejorar la situación de salud de gestantes en el ámbito de zonas prioritizadas de exposición a metales pesados y metaloides.				
Dimensión	Eficacia.				
Tipo de Indicador	Indicador de resultado específico.				
Formula	Fórmula (%): Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. NUMERADOR: Sumatoria de gestantes provenientes de áreas o zonas de exposición a metales pesados, metaloides y/o otras sustancias químicas que reciben evaluación médica con resultados de al menos un biomarcador de efecto para evaluar perfil cardiovascular, renal, hepático, sanguíneo u otro. DENOMINADOR: Total de gestantes provenientes de áreas o zonas de exposición a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, atendidos en IPRESS del primer y segundo nivel de atención Constante X 100				
Unidad de medida	Número de atenciones				
Frecuencia	Mensual				
Oportunidad de medida	Enero a Diciembre				
	VALOR DEL INDICADOR				
Línea Base					
2023	2024	2025	2026	2027	2028
S/D	38%	24%	50%	60%	80%
Justificación	Los metales pesados, metaloides y/o otras sustancias químicas (hidrocarburos, plaguicidas, otros), provenientes de fuentes antropogénicas y fuentes naturales cuando corresponda, entran en contacto con las personas a través del agua, aire, suelo y alimento; su exposición de forma permanente en el tiempo se constituye en un problema de salud pública que hoy se traduce en alteración del estado pleno de bienestar físico, mental y social, con presencia afecciones y enfermedad, en todos los curso de vida, siendo los niños, adolescentes, ancianos y gestantes los, más vulnerables a daños que puedan prevalecer de forma permanente y alimentar la data estadística de personas con años de vida ajustados atribuidos a la discapacidad AVAD.				
Limitaciones y supuestos	Existe la necesidad de mejorar la información de personas expuestas a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas que incluya el resultado de biomarcador de exposición, que figuren en padrón nominal en cumplimiento a lo plasmado en Ley 31189 y reglamento correspondiente				
Precisiones técnicas	Se recogerá información sobre atenciones brindadas por el personal médico y no médico cuando corresponda, debidamente capacitado en el contexto de metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, en el primer y segundo nivel de atención a los niños menores de 12 años, expuestas a metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, por fuentes antrópicas y/o naturales, comprobadas por vigilancia epidemiológica, sanitaria o ambiental por otros instituciones como es OEFA, MINAM, SENASA, MINEM u otro.				
Fuente de datos	HIS MINSA, Padrón Nominal de personas expuestas y/o afectados por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas en IPRESS, base de datos de resultados de laboratorio de perfil cardiovascular, renal, hepático, sanguíneo u otro en IPRESS				
Base de datos	Registro Nacional de Personas Afectadas en la Salud por Contaminación con Metales Pesados, Metaloides y Otras Sustancias Químicas MINSA				
Instrumento de recolección de información	Historia clínica, registro de Padrón Nominal de personas expuestas y/o afectados por metales pesados, metaloides y otras sustancias químicas, registro de laboratorio en IPRESS				
SINTAXIS	N/A				
Aplica a Organizaciones	MINSA GERESA CUSCO				
Responsable	Responsable de monitorizar avance de indicador de desempeño se realiza a nivel de IPRESS, RED y GERESA				

FICHA TECNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CÁNCER+B112:J132					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CÁNCER					
COD PRODUCTO:5006002					
Nombre del Indicador: Porcentaje de niñas y niños de 9 a 13 años protegidas con vacuna contra el virus de Papiloma Humano (VPH)					
Ámbito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: PROTEGER A LA NIÑAS Y NIÑOS CON APLICACIÓN DE VACUNA VPH Y DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CANCER					
DEFINICIÓN:					
El indicador mide el porcentaje de niñas y niños de 9 a 13 años vacunadas contra el Virus del Papiloma Humano con un sol dosis a partir año 2023. ESTADISTICA E INFORMATICA)					
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
103.00%	126.00%	112.00%	100.00%	100.00%	100.00%
JUSTIFICACIÓN					
El cáncer cérvico uterino es un problema de salud pública para la Región de las Américas, es la segunda causa de muerte por este tipo de cáncer, enfermedad que se puede prevenir con la vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) que se encuentra incorporada en el Esquema Nacional de Vacunación. La vacuna contra VPH, está aprobada con R.M. N.º 884-2022/MINSANTS N.º 196-MINSA/DIGIESP-2022, y se aplica a las niñas y niños de 5to grado de primaria de Instituciones públicas y privadas, y niñas de 9 a 13 años, de edad que por alguna razón no estudian, se aplican dos dosis, con intervalo de 6 meses.					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
La vacunación se realiza de acuerdo a disponibilidad de presupuesto para gastos operativos para recojo y traslado de vacunas, movilidad y materiales necesarios para la aplicación					
PRECISIONES TÉCNICAS					
Este indicador recoge los datos del número de niñas y niños de 9 a 13 años, que han recibido la vacuna contra VPH.					
METODO DE CALCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100. Numerador: N.º de niñas y niños de 9 a 13 años a quienes se les administró la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, con registro HIS 90849 y LAB 1 Denominador: N.º de niñas y niños de 9 a 13 años de edad según padrón MINEDU.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Semestral Nacional y Regional					
FUENTE DE DATOS					
Sistema de Información en Salud HIS MINSA y Padrón MINEDU.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					





FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PyC CANCER					
PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CÁNCER					
COD PRODUCTO:5006002					
Nombre del Indicador: Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou, IVAA y Prueba Molecular, en los últimos tres años y conocieron su resultado.					
Ambito de control					
Resultado esperado del marco lógico del programa: PRODUCTO: DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CÁNCER					
DEFINICION:					
Este indicador permite determinar el porcentaje de mujeres que se han realizado las prueba de Papanicolaou, IVAA y Prueba Molecular en los últimos tres años y conociendo su resultado, tomando como población referencial (POB.INEI) (DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA)					
DIMENSION DE DESEMPEÑO:					
EFICACIA					
VALOR DEL INDICADOR:					
VALORES HISTORICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025-nov	2026	2027	2028
62.60%	71.60%	78.4%	85.00%	90.00%	90.00%
Este indicador permite determinar el porcentaje de mujeres que se han realizado las prueba de Papanicolaou, IVAA y Prueba Molecular en los últimos tres años que conociendo su resultado, tomando como población referencial (POB.INEI) (DIRECCION DE ESTADISTICA E INFORMATICA)					
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS					
Se tiene poca afluencia al EESS de la población en esta edades para el tamizaje, hay demora en lecturas.					
PRECISIONES TÉCNICAS					
La elaboración de este indicador será considerando por el resultado que la paciente recibe. Se dificulta por no contar con los resultados de Papanicolaou y la entrega de las mismas.					
MÉTODO DE CÁLCULO					
Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100.					
Numerador: N° de mujeres de 25 a 64 años de edad que conocen el resultado.					
Denominador: N° de mujeres de 25 a 64 años de edad programadas.					
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES					
Anual					
FUENTE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática; Informes operacionales mensuales, HIS.					
BASE DE DATOS					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN					
Dirección de Estadística e Informática (HIS)					
SINTAXIS:					

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO PP PYC CANCER

PROGRAMA PRESUPUESTAL: 0024 PYC CÁNCER

PRODUCTO 3000818: PERSONA ATENDIDA CON LESIONES PREMALIGNAS DE CUELLO UTERINO

Nombre del indicador: Porcentaje de Personas con manejo de lesiones premalignas de cuello uterino

Ámbito de control

Resultado esperado del marco lógico del programa: ~~PRODUCTO PERSONA ATENDIDA CON RESULTADO POSITIVO QUE RECIBE ATENCIÓN CON TERMOCOAGULACIÓN. Y DISMINUIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CÁNCER~~**DEFINICIÓN:**

El indicador mide el porcentaje de personas con resultados positivos con manejo de lesiones premalignas de cuello uterino

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO:

EFICACIA

VALOR DEL INDICADOR:

VALORES HISTÓRICOS			VALORES PROYECTADOS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
12.50%	15.24%	22.08%	100.00%	100.00%	100.00%

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cuello uterino es causante de mortalidad en mujeres de nuestro país por ello se establece la necesidad de los servicios para la atención integral del cáncer de cuello uterino a nivel nacional dando atención a las mujeres con lesiones premalignas a fin de evitar que evolucionen en un cáncer de cuello uterino. Este indicador permitirá evaluar la oportunidad de tratamiento de lesiones pre malignas y las acciones de salud pública establecidas para mejorar su acceso.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

- El indicador solo medirá lo reportado por la base de datos de OGTI MINSA, lo cual puede estar supeditado a un subregistro por mala calidad de los datos registrados.
- Los prestadores registran en el formato manual estandarizado a nivel nacional lo que puede contener errores tipográficos que afecten la información.
- No se monitoriza la calidad de la información reportada por los profesionales de salud de cada unidad prestadora.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se recogerá información de las atenciones de población femenina de 25 a 64 años de edad con manejo de lesiones premalignas en las IPRESS del sector público desde el nivel de atención I-2 en adelante, identificados con Documento de Identidad. (Ablación en I-2, I-3, I-4 y II-1 con población asignada; escisión en I-4, II y III nivel de atención).

El Denominador recogerá el número de tamizajes positivos, porque son ellos la población objetivo de la intervención.

MÉTODO DE CÁLCULO

Fórmula (%): Indicador porcentual: Numerador/Denominador X 100

NUMERADOR: Número de mujeres que se realiza el procedimiento de tratamiento ablativo o tratamiento escisional registradas en el HIS MINSA con código definitivo y CPMS 57510 ó 57511 ó 57522 ó 57520

Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.

DENOMINADOR: Número de mujeres de 25 a 64 años de edad identificadas con documento de identidad con resultado positivo de tamizaje de cuello uterino registradas en el HIS con diagnóstico definitivo, LAB: A (Positivo) y CPMS 88141 ó 88141.01 ó 87821

Fuente: Sistema de Información en Salud HIS MINSA.

Constante: X 100

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Semestral Anual Nacional y Regional

FUENTE DE DATOS

Sistema de Información en Salud HIS MINSA

BASE DE DATOS

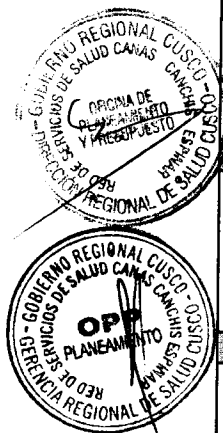
Dirección de Estadística e Informática (HIS)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

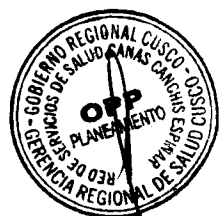
Dirección de Estadística e Informática (HIS)

SINTAXIS:

Numerador: Número de personas de 25 a 64 años de edad con manejo de lesiones premalignas de cuello uterino. (Registro HIS: Sumatoria de Numerador Códigos de Manejo de Lesiones Premalignas por Ablación y por Escisión).



PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: % de personas con problemas psicosociales o trastornos de salud mental tamizadas.							
Ámbito de control							
DEFINICIÓN							
En este indicador se contempla el total de personas que son atendidas por cualquier morbilidad en el establecimiento de salud y el total de personas que son tamizadas para identificar problemas psicosociales o trastornos de salud mental. El tamizaje implica las actividades desarrolladas por personal capacitado a través de la observación de indicadores, entrevistas y aplicación de un cuestionario breve de preguntas (tamizaje) con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales en las personas atendidas en el establecimiento de salud, y concluye con la consejería de acuerdo a los hallazgos en el tamizaje y la derivación al servicio del establecimiento de salud según corresponda.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
67%	46%	38%	14.3%	40%	60%	80%	90%
JUSTIFICACIÓN							
Este indicador busca identificar y diagnosticar a las personas con algún tipo de trastorno de conducta o problema psicosocial a través de los tamizajes aplicados, a fin de garantizar que el establecimiento de salud atienda a dicha población a través de los respectivos tratamientos y paquetes de atención. Se busca que todas las personas que ingresan a algún establecimiento de salud del primer nivel, sean tamizadas a fin de identificar algún posible trastorno o problema psicosocial. Una mayor cantidad de tamizajes, permiten identificar a la población con algún trastorno o problema psicosocial. Representa un proceso de vital importancia porque permite la detección temprana de factores de riesgo o estadios tempranos de una enfermedad, permitiendo un diagnóstico temprano y una intervención o tratamiento oportuno.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones - La información se obtiene del registro en el HIS (Health Information System); por tanto, el no registro en el HIS no permite el seguimiento del cumplimiento de la programación. - Se debería buscar realizar el tamizaje a la totalidad de la población; sin embargo, se toma como referencia a la población que ingresa a un centro de salud de primer nivel dado que es altamente complejo programar actividades de tamizaje a la población en general. Supuestos: - Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El número de personas tamizadas se obtiene del total de personas que se les aplica los protocolos para la detección de trastornos o problemas psicosociales. Dichos protocolos consisten en la observación de indicadores y entrevista aplicando un cuestionario breve de preguntas con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos relacionados a trastornos mentales y/o problemas psicosociales. Se considera en el tamizaje a la siguiente población: - Niños y niñas de 3 a 11 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud. - Adolescentes de 12 a 17 años atendidos (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud. - Personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades en los establecimientos de salud de primer nivel. Las personas atendidas son aquellas que ingresan a los establecimientos de salud del primer nivel, a fin de atender por cualquier morbilidad. Se toman en cuenta los casos nuevos, así como los reingresos.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
Valor del indicador = A/B A: Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política) B: Número de personas atendidas (casos nuevos y reingresos) por todas las morbilidades del establecimiento de salud							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							
Registro HIS – Health Information Systems – Ministerio de Salud							
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO							
En el presente indicador se pudo realizar la aplicación del tamizaje casi al 14.3% de los usuarios que asistieron a los establecimientos del primer nivel de atención, lo cual ayuda de sobre manera a la captación oportuna de casos de problemas psicosociales y trastornos mentales para su posterior tratamiento							
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN							



PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

COO PRODUCTO:

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de las personas detectadas con problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.

ÁMBITO DE CONTROL:

DEFINICIÓN

En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en algún problema psicosocial y/o trastorno de salud mental; y sobre este grupo, quienes inician un tratamiento (posterior al diagnóstico que confirme el tamizaje). Las personas que inician el tratamiento son aquellas a las que se les entrega un paquete de atención frente a la detección de algún problema psicosocial: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. El tratamiento consiste en: Consultas de salud mental, intervenciones individuales de salud mental, psicoterapia individual y visitas domiciliarias; según nivel de atención.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTÓRICOS

VALORES PROYECTADOS

3%	6%	4%	8.29%	11%	15%	20%	25%
----	----	----	-------	-----	-----	-----	-----

JUSTIFICACIÓN

El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje, a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas psicosociales detectados. Se busca que las personas que son diagnosticadas con problemas psicosociales, sean atendidas de manera oportuna a fin de evitar el agravamiento de la enfermedad o trastorno y las consecuencias de ello.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Limitaciones

- El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.
- Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirme el resultado positivo del tamizaje.

Supuestos:

- Tamizajes previstos serán realizados por el equipo básico de salud (médico, enfermera, obstetra y otros profesionales de salud) como una actividad permanente en los servicios.
- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados.

PRECISIONES TÉCNICAS

Se considera a las personas detectadas con problemas psicosociales a aquellas personas cuyo tamizaje resultó positivo.

El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con problemas psicosociales: violencia familiar y maltrato infantil, secuelas de violencia social y otros problemas interpersonales. Dicho paquete se realiza previo un diagnóstico que confirma el resultado positivo del tamizaje, e incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención:

- Consulta de Salud Mental: actividad realizada por un profesional con competencias para la evaluación de un paciente derivado con tamizaje positivo. En esta actividad se valora la complejidad del problema presentado, se evalúa el estado mental, se formula el diagnóstico, se deriva para evaluación médica y se elabora el plan de intervención.
- Intervención individual en salud mental, es un procedimiento terapéutico realizado por un profesional de la salud con competencias, tiene por objetivo abordar los problemas psicosociales identificados.
- Psicoterapia individual, es realizada por un psicólogo o profesionales de la salud con formación psicoterapéutica y aborda los casos que requieran mayor capacidad resolutiva como: abuso sexual y casos con comorbilidad.
- Visita domiciliaria: actividad dirigida a la familia del paciente para mejorar la dinámica familiar y favorecer la adherencia al tratamiento.

MÉTODO DE CÁLCULO

A

B

Donde

A = Número de personas detectadas por problemas psicosociales tienen diagnóstico y tratamiento.

B = Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

HIS - Health Information Systems - Ministerio de Salud

PROGRAMA PRESUPUESTAL- CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

COD PRODUCTO:

NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de personas detectadas con trastornos afectivos y de ansiedad reciben diagnóstico y tratamiento.

AMBITO DE CONTROL

DEFINICIÓN

En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad; y el total de personas que inician su atención por trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad (diagnóstico y tratamiento) en (depresión y conducta suicida) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastornos afectivos y de ansiedad, esta actividad es desarrollada por un profesional de salud con competencias, a partir de los establecimientos de salud que cuenten con profesional psicólogo y se aplica el paquete de atención una vez al año.

El tratamiento puede ser ambulatorio y con internamiento, y según nivel de complejidad, consiste en: Consulta médica, intervención individual, intervención familiar, psicoterapia individual, visita domiciliaria, tratamiento psicofarmacológico.

DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO

Eficacia

VALOR DEL INDICADOR

VALORES HISTÓRICOS

VALORES PROYECTADOS

3%

37%

32%

22%

30%

40%

60%

80%

JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad neuropsiquiátrica muy prevalente, recurrente, que se asocia con una disminución significativa de la calidad de vida, con discapacidad y muerte prematura.

El indicador permite medir la atención oportuna de las personas con tamizaje a través de un tratamiento y/o paquete de atención sobre los problemas de trastornos afectivos y de ansiedad detectada. Se busca prevenir y así prevenir la agudización de la enfermedad, reducir los ratios de suicidio y problemas sociales asociados.

LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS

Limitaciones:

- Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje.

Supuestos:

- Existe voluntad política de los gestores de la salud.

- Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados.

PRECISIONES TÉCNICAS

El indicador mide a las personas detectadas que son aquellas personas con problemas psicosociales cuyo tamizaje resultó positivo.

El inicio del tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos afectivos (episodio depresivo y conducta suicida) y trastorno de ansiedad. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento (ambulatorio o internamiento):

MÉTODO DE CÁLCULO

$\frac{A}{B}$

Donde

A = Número de personas detectadas (con trastornos afectivos (depresión y conducta suicida) y de ansiedad, tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.

B = Número de personas tamizadas por salud mental (depresión, ansiedad, consumo de alcohol y psicosis) y/o problemas psicosociales (violencia familiar/maltrato infantil y violencia política)

NIVEL DE DESAGREGACIÓN

Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales

PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES

Anual

FUENTE DE DATOS

HIS – Health Information Systems – Ministerio de Salud

COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO

En el presente indicador se puede evidenciar que la captación de casos positivos de trastornos de depresión, ansiedad e intento de suicidio van en decremento, esto debido al poco compromiso de búsqueda de mencionados casos que tienen los responsables de salud mental y por la implementación de los centros de salud mental comunitario no realizan el trabajo de atención con enfoque comunitario a través de la promoción y prevención de la salud mental.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha HIS

Responsable de recopilación de datos



PROGRAMA PRESUPUESTAL: CONTROL Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL							
COD PRODUCTO:							
NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia), son tratadas oportunamente							
AMBITO DE CONTROL							
DEFINICIÓN							
En este indicador se contempla el total de personas con tamizaje positivo en trastornos y síndrome psicótico, y el total de personas que inician su atención por trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Las personas detectadas son aquellas personas que se les realiza el tamizaje respectivo y dieron resultado positivo en el diagnóstico de trastorno psicótico. Las personas con diagnóstico y tratamiento son las personas con tamizaje positivo en trastorno afectivos y de ansiedad y que inician su tratamiento, esta actividad es desarrollado por un profesional de salud especializado.							
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO							
Eficacia							
VALOR DEL INDICADOR							
VALORES HISTÓRICOS				VALORES PROYECTADOS			
1.00%	58.21%	57.81%	20.36%	40%	70%	80%	90%
JUSTIFICACIÓN							
El indicador permite evaluar la cobertura de la atención oportuna de las personas con tamizaje positivo. busca prevenir la agudización de la enfermedad y los problemas sociales asociados.							
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS							
Limitaciones							
El indicador no toma en cuenta el éxito del tratamiento, ni el abandono del mismo por parte del paciente.							
Existe una posibilidad de que el resultado positivo en el tamizaje sea falso positivo, por lo que el denominador estaría sobreestimado. Las personas que reciben tratamiento lo realizan sujeto a un diagnóstico que confirmen el resultado positivo del tamizaje.							
Supuestos:							
Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSA, están registrados y notificados							
PRECISIONES TÉCNICAS							
El producto está dirigido a personas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) que son identificadas via el resultado del tamizaje.							
El tratamiento consiste en aplicar un paquete de atención a las personas con trastornos y síndrome psicótico. El tratamiento puede ser ambulatorio, con internamiento y rehabilitación psicosocial a las personas con trastornos y síndrome psicótico. Dicho paquete incluye el desarrollo de las siguientes intervenciones de acuerdo al nivel de atención y modalidad de tratamiento:							
Tratamiento ambulatorio de personas con síndrome o trastorno psicótico							
Es la atención por consultorio externo que se brinda a personas con síndrome o trastornos psicótico (esquizofrenia) con tamizaje positivo. El paquete de atención de los trastornos o síndromes psicóticos incluye el desarrollo de las siguientes actividades: Consulta médica.							
MÉTODO DE CÁLCULO							
$\frac{A}{B}$ Donde A = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) tienen diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. B = Número de personas detectadas con trastornos y síndrome psicótico (esquizofrenia) en los establecimientos de salud del primer nivel de atención							
NIVEL DE DESAGREGACION							
Pliego 11: Ministerio de Salud Pliego de Gobiernos Regionales							
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES							
Anual							
FUENTE DE DATOS							

HIS-Health Information Systems- Ministerio de Salud
COMENTARIO DEL LOGRO OBTENIDO
se evidencia un avance del 20.36% siendo un avance considerablemente bajo debido a que mencionados casos tienen su tratamiento farmacológico y psicoterapéutico para su reinserción a la sociedad esto gracias al CSMC de Sicuani y Espinar.

**PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL
DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO**

COD PRODUCTO: 3033255

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva

OBJETIVO: Lograr que los niños menores de 6 meses reciban lactancia materna exclusiva y contribuir a disminuir la mortalidad infantil y las enfermedades prevalentes de la infancia

INDICADOR: Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche materna el día anterior al día de la entrevista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida por sus propiedades resulta indispensable para el desarrollo saludable.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a la disminución de la Desnutrición Crónica y Anemia en la niña (o)

DIMENSIÓN: Resultado Intermedio

FORMULA

Niños menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna x
100

Total de niños menores de 6 meses

UNIDAD DE MEDIDA: niño menor de 6 meses

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Control de crecimiento y desarrollo en el menor de 1 año de enero a diciembre.

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE

METAS

2023	2024	2025	2026	2027	2028
92.9	96	96	96	96	96

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: indicador de resultado intermedio que mide la proporción de niños de 6 meses con LM materna código 99401.03

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: COORDINADORA DEL PROGRAMA



PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
COD PRODUCTO: 3033255

Nombre del Indicador:

Proporción de nacimientos prematuros

Contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal mejorando la calidad de atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal

INDICADOR: Proporción de nacimientos prematuros

DEFINICIÓN

- Prematuro. Niño o niña nacido vivo cuya edad gestacional registrada en el Certificado de Nacimiento Vivo (CNV) por el personal que atendió el parto o certificó el nacimiento es menor a 37 semanas. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran posmaduros.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Disminuir la incidencia de Prematuros y Contribuir a la disminución de la desnutrición crónica y anemia en el niño y niña

DIMENSIÓN: Resultado Específico

FORMULA

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Recién Nacidos nacidos Prematuros (la edad gestacional es menor a 37 semanas)}}{\text{Total de Recién Nacidos vivos con CNV del periodo de medición}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: Porcentaje %

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: atención de la niña y el niño durante el periodo neonatal

VALOR DEL INDICADOR

VALOR DEL INDICADOR					
LINEA DE BASE		METAS			
2023	2024	2025	2026	2027	2028
3.2	2.9	3.7	3.7	3.7	3.7

FUENTE DE DATOS: Base de Datos del Certificado de Nacimiento Vivo del Ministerio de Salud

BASE DE DATOS: Base de Datos del Certificado de Nacimiento Vivo del Ministerio de Salud

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: /¹ Generación de bases de datos analíticas e indicadores: Intervalo intergenésico Bajo peso al nacer Prematuridad Macrosomía Input: Base de datos CNV proporcionado por RENIEC Tabla RENIPRES obtenido de Su Salud Tabla UBIGEO obtenido del INEI /¹ * 1. Atención de los partos / use Z00001_BID DROP TABLE BDA01_Partos SELECT a * (Ver anexo 2 del PPORDIT)

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: COORDINADORA DEL PROGRAMA



PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

COD PRODUCTO: 3033255

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad

OBJETIVO: Vigilar en forma adecuada oportuna e individual el CRED en el niño y niña, identificar de forma precoz los riesgos alteraciones y trastornos, así como la presencia de enfermedades.

INDICADOR: Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad

DEFINICIÓN

El Control de Crecimiento y Desarrollo es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño menor de 36 meses, realizado por el personal de salud adecuadamente capacitado con la finalidad de detectar de forma precoz los riesgos facilitando su diagnóstico e intervención oportuna.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años.

DIMENSIÓN: Resultado Intermedio

FORMULA

Niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad x 100
Total niños menores de 36 meses.

UNIDAD DE MEDIDA: niño menor de 36 meses

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Durante la atención en el servicio de enfermería

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE		METAS			
2023	2024	2025	2026	2027	2028
70.78	71.90	73.62	85	85	85

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

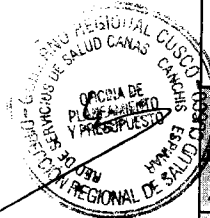
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS:

Numerador: a) Sumatoria del número de niños menores de 01 años que han recibido 7 controles; código 99381 campo LAB 7 + b) Sumatoria del número de niños de 01 año que han recibido 04 controles; código 99382 campo LAB 4 + c) Sumatoria del número de niños de 02 años que han recibido 02 controles; código 99382 campo LAB 02
Denominador: Suma de niños menores de 36 meses de edad en el mes de evaluación, programados según padrón nominal.

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: Coordinadora de programa, Responsable en EESS, Personal de Salud



PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
COD PRODUCTO: 3033255

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad

OBJETIVO: Porcentaje de Coberturas por cada tipo de Vacunas (PENTA, APO, SPR1 Y SPR2)

INDICADOR: Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad

DEFINICIÓN

Determinar la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a proteger la vida y la salud de la población que reside en el territorio peruano, mediante la disminución de la morbilidad causada por enfermedades prevenibles por vacunas.

DIMENSION: Resultado Intermedio

FORMULA

Niños menores de 36 meses con vacunas básicas para su edad

Total de niños menores de 36 meses

UNIDAD DE MEDIDA: niño menor de 36 meses.

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Durante la atención en el servicio de enfermería

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE

METAS

2023	2024	2025	2026	2027	2028
86	74.3	76	95	95	95

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de la población < 36 meses con vacuna completa

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: Coordinadora de programa, Responsable en EESS, Personal de Salud

PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

COD PRODUCTO: 3000001

Nombre del Indicador:

Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica (patrón referencia OMS)

OBJETIVO: Contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil

INDICADOR: Proporción de menores de 5 años con Desnutrición Crónica (patrón referencia OMS)

DEFINICIÓN

La DCI es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo de la población infantil de menores de 5 AÑOS como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social.

DIMENSIÓN: Indicador de Impacto

FORMULA

Niños menores de 5 años con Desnutrición crónica según patrón OMS $\times 100$
Total niños menores de 5 años

UNIDAD DE MEDIDA: niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Durante la atención en el servicio de enfermería

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE

METAS

2023	2024	2025	2026	2027	2028
16.4	15.5	14.5	14	13.5	13

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: El indicador es de resultado de impacto que determina la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS

APLICA A ORGANIZACIONES:



**PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA EL
DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO**
COD PRODUCTO: 3000878

Nombre del Indicador:

Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con Anemia

OBJETIVO: Contribuir con la reducción de la Anemia infantil

INDICADOR: Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con Anemia

DEFINICIÓN

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica una anemia por deficiencia de hierro.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo de la población infantil de menores de 5 AÑOS como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social.

DIMENSIÓN: Indicador de Impacto

FORMULA

$$\frac{\text{Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia}}{\text{Total niños de 6 a menos de 36 meses evaluados}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Durante la atención en el servicio de enfermería

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE			METAS		
2023	2024	2025	2026	2027	2028
28	13.8	13	12	11	10

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

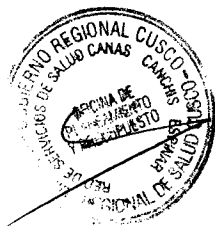
BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: Indicador de impacto que mide el grado de anemia que se presenta en los niños menores de 5 años cuya reducción constituye un compromiso en el marco de los objetivos del Milenio y prioridad del Estado Peruano.

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: Coordinadora de programa, Responsable en EESS, Personal de Salud



PROGRAMA PRESUPUESTAL PRODUCTOS ESPECÍFICOS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
COD PRODUCTO: 3000878

Nombre del Indicador:

Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro

OBJETIVO: Contribuir al buen estado de salud y la reducción de la Anemia infantil

INDICADOR: Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro

DEFINICION

Es el porcentaje de niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro con el objetivo de asegurar el suministro adecuado de este nutriente en la dieta de estos niños con el propósito de prevenir o disminuir la prevalencia de anemia.

FINALIDAD DEL INDICADOR: Contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo de la población infantil de menores de 5 años como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social.

DIMENSION: Indicador Intermedio

FORMULA

$$\frac{\text{Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro}}{\text{Total niños de 6 a menos de 36 meses evaluados}} \times 100$$

UNIDAD DE MEDIDA: Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro

FRECUENCIA: Semestral y anual

OPORTUNIDAD DE MEDIDA: Durante la atención en el servicio de enfermería

VALOR DEL INDICADOR

LINEA DE BASE

METAS

2023	2024	2025	2026	2027	2028
100	59	67	85	85	85

FUENTE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

BASE DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: Dirección de Estadística HIS

SINTAXIS: Indicador de resultado intermedio que mide la proporción de población menor de 36 meses que se han suplementado con sulfato ferroso. (Niños y niñas con bajo peso al nacer y/o prematuros, Más

Niños y niñas a término con adecuado peso al nacer, Más

Niños y niñas de 12 a 18 meses + Niños y niñas de 18 a 24 meses + Niños y niñas de 24 a 30 meses + Niños y niñas de 30 a 36 meses + Niños y niñas de 36 a 42 meses

APLICA A ORGANIZACIONES:

RESPONSABLES: Coordinadora de programa, Responsable en EESS, Personal de Salud



