



PERÚ

Ministerio
de Economía
y Finanzas



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONTRATO N° 002-2014-E/F43.03/SAU

**ADJUDICACION DE MENOR CUANTIA N° 137-2013-EF/43- SEGUNDA CONVOCATORIA
DERIVADA DEL CONCURSO PÚBLICO N° 011-2013-EF/43**

**Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal - EDEP
INTERVENCION PÚBLICA: PROGRAMA PRESUPUESTAL
“REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y
URGENCIAS MEDICAS - SAMU”**

INFORME FINAL

Equipo de Evaluadores:

- Coordinador: Dr. Enrique Castañeda
- Especialista Sectorial: Dr. Freddy Canchihuaman
- Especialista en Evaluación: Dr. Ricardo Zúñiga

FEBRERO 2015



Tabla de Contenidos

RESUMEN EJECUTIVO	10
SECCIÓN 1: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	14
RESEÑA HISTÓRICA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	14
1.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	16
1.1.1 Justificación de la Intervención Pública Evaluada (Contenido 01)	16
1.1.2 Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada: Formulación de Objetivos (Contenido 02 y 03)	24
1.1.3 Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada: Formulación de los indicadores y sus metas (valores esperados) en el horizonte temporal (Contenido 04)	35
1.1.4 Relación inter-institucional (Contenido 05)	36
1.2 TEMAS DE EVALUACIÓN	38
1.2.1 Diagnóstico de la Situación Inicial (Contenido 17)	38
1.2.2 Lógica Vertical del Marco Lógico (Contenidos 18 al 21)	39
Lógica Vertical del Marco Lógico – Propósito y fin (Contenido 18)}	39
Lógica Vertical del Marco Lógico – Componentes (Contenido 19)	40
Lógica Vertical del Marco Lógico – Actividades (Contenido 20)	41
Lógica Vertical del Marco Lógico – Validación (Contenido 21)	42
1.2.3 Lógica Horizontal del Modelo Lógico (Contenido 22-24)	42
Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Indicadores de Propósito (Contenido 22)	42
Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Indicadores de Componentes (Contenido 23)	44
Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Validación (Contenido 24)	50
1.2.4 Coordinación interinstitucional (Contenido 25)	51
SECCION 2: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA.....	52
2.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	52



2.1.1. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación (Contenido 06)	52
2.1.2. Focalización/priorización y afiliación (Contenidos 7 y 8).....	59
2.1.3. Bienes y servicios provistos a la población (Contenidos 9 al 10).....	64
2.1.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación (Contenido 11)	68
2.2. TEMAS DE EVALUACIÓN	72
2.2.1. Estructura Organizacional (Contenido 26).....	72
2.2.2. Focalización/priorización y afiliación (Contenidos 27 al 30).....	76
2.2.3. Bienes y/o servicios provistos a la población (Contenido 31)	78
2.2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación (Contenidos 32 al 33)	84
SECCION 3: PRESUPUESTO Y RESULTADOS	87
3.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA	87
3.1.1. Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenidos 12-13)	87
3.1.2. Proceso de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 14)	89
3.1.3. PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado (Contenido 15)	91
3.1.4. Costos de los bienes y/o servicios y sus metas físicas (Contenido 16)	103
3.2. TEMAS DE EVALUACIÓN	104
3.2.1. Eficiencia y calidad del Programa (Contenidos 34-37)	104
3.2.2. Análisis presupuestario (Contenidos 38-43)	108
3.2.3. Eficiencia del Programa (Contenidos 44-45)	121
3.2.4. Sostenibilidad (Contenido 46)	124
3.2.5. Justificación de la continuidad (Contenido 47).....	125
SECCIÓN 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
ANEXO 1: INFORME DEL TRABAJO DE CAMPO.....	144



INSTRUMENTOS.....	147
ANEXO 2: MATRIZ DE EVALUACIÓN	154
ANEXO 3 A: DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE ENTREGA LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA DE EVALUACIÓN	164
ANEXO 3 B: CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y SU CUANTIFICACIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE ENTREGA LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA DE EVALUACIÓN	179
ANEXO 4: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN DEL SAMU .	187
ANEXO 6: Levantamiento de observaciones al Informe.....	194
ANEXO Nº 7 – TABLAS - PRESUPUESTO Y RESULTADOS.....	195
ANEXO Nº 8 - ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA.....	210
5. Effects of prehospital 12-lead ECG on processes of care and mortality in acute coronary syndrome: a linked cohort study from the Myocardial Ischaemia National Audit Project.....	212
Estructura de Documento Corto	213



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Causas principales de mortalidad y discapacidad y años de vida ajustado por discapacidad en países de ingreso medio y bajo.	20
Tabla 2. Incidencia mensual de accidentes, busca de atención, utilización de servicios de salud y gasto catastrófico por accidentes. ENAHO 2010.	21
Tabla 3. Tasa de mortalidad por causas externas y por accidentes de tránsito. Perú 1999 – 2007.	22
Tabla 4. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos en los hospitales del MINSA. 2002 -2010.	22
Tabla 5. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos en los hospitales del MINSA según categoría del hospital. 2002 -2010.	23
Tabla 6. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por enfermedades hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares en los hospitales del MINSA. 2002 -2010.	23
Tabla 7. Población que reporta accidentes y que los considera importantes.	24
Tabla 8. Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados y productos 24	24
Tabla 9. Indicadores y metas del Programa Presupuestal.	35
Tabla 10. Convenios firmados para la Atención Prehospitalaria de Emergencias y Urgencias de Salud entre el Cuerpo General De Bomberos y el MINSA 36	36
Tabla 11. Convenios de Afectación en Uso 37	37
Tabla 12. Marco lógico de la intervención pública evaluada – PP104 41	41
Tabla 13. Indicadores de Evaluación del Programa 44	44
Tabla 14. Proyección de la población demandante potencial a nivel nacional. 59	59
Tabla 15. Proyección de la población demandante objetivo a nivel nacional 60	60
Tabla 16. Población objetivo por Productos y Actividades 61	61
Tabla 17. Población objetivo por Productos y Actividades 63	63
Tabla 18. Productos Provistos a la Población por el SAMU – 2013 64	64
Tabla 19. Definiciones Operacionales de Monitoreo del Programa 69	69
Tabla 20. Implementación del Programa en Regiones 87	87
Tabla 21. Convenios Específicos de Cooperación Iner institucional. 88	88



Tabla 22. Presupuesto público al inicio del año, años 2013 y 2014.	89
Tabla 23. Gasto total de la intervención pública evaluada	91
Tabla 24. Gasto total de la intervención pública evaluada PIA y PIM PP 104 Ejecución: 2013 por Niveles de Gobierno	92
Tabla 25. Gasto total de la intervención pública evaluada según fuente de financiamiento	95
Tabla 26. Proporción del Presupuesto Institucional Modificado de la Intervención Pública Evaluada en relación al Presupuesto Ejecutado, según categoría de gasto (2013-2014)	97
Tabla 27. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (2013-2014)	99
Tabla 28. Gastos de Administración y Gastos de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (S/.)	102
Tabla 29. Costos unitarios para cada uno de los productos.....	103
Tabla 30. Programación física y Ejecución de Metas de los productos del PP 104.....	106
Tabla 31. PIA y PIM Pliegos MINSA y Gobiernos Regionales del PP 104	108
Tabla 32. Oportunidad de la Ejecución Presupuestal - PP 104 - Año 2013.....	110
Tabla 33. PIA y PIM por Productos del PP 104 – Años 2013-2014	111
Tabla 34. PIA y PIM por Productos del PP 104 – Años 2013-2014	113
Tabla 35. PIA y PIM por Actividades del PP 104 – Años 2013-2014.....	114
Tabla 36. Asignación PIA y PIM por Regiones años 2013-2014.....	117
Tabla 37. Distribución de PIA 2013-2014 según actividades.....	118
Tabla 38. Costo Unitario según productos del PP 104	122
Tabla 39. Lista de Protocolos para condiciones de emergencia.....	165
Tabla 40. Gasto total de la intervención pública evaluada por dependencias.....	195
Tabla 41. Porcentaje del Presupuesto Institucional de Apertura de la Intervención Pública Evaluada en relación al Presupuesto Institucional de Apertura de la Institución Responsable (2012-2014).....	197
Tabla 42. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones (2013).....	200
Tabla 43. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones (2014).....	201



Tabla 44. Programación de producción anual y presupuestal de la Intervención Pública Evaluada
(*) 202

Tabla 45. Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 –2013 / Programación 2014 207



LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas.....	18
Gráfico 2 Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas.....	20
Gráfico 3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	52
Gráfico 4 Mapa de Procesos del SAMU.....	55
Gráfico 5 Cadena de entrega de los productos	67
Gráfico 6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	72
Gráfico 7. Organización actual del SAMU en Región La Libertad	74
Gráfico 8. Organización interna del SAMU en Región La Libertad	75
Gráfico 9 PIA y PIM – PP 104 SAMU 2013-2014.....	91
Gráfico 10 PIA y PIM 2013 - PP 104 SAMU por Niveles de Gobierno.....	93
Gráfico 11 PIM 2013-2014 - PP 104 SAMU por Regiones PIM 2013-2014 - PP 104 SAMU por Regiones	94
Gráfico 12 Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Productos y proyectos	96
Gráfico 13 Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Fuente de Financiamiento	98
Gráfico 14 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en Amazonas, Ancash y Ayacucho	100
Gráfico 15 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en Huancavelica, Huánuco y Junín.....	101
Gráfico 16 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en La Libertad, Loreto y Tacna	102
Gráfico 17 Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013	104
Gráfico 18 Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013	105
Gráfico 19 Monto y Mes de Ejecución del PIM del PP 104 – año 2013.....	110
Gráfico 20 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	187



LISTA DE ABREVIATURAS

CGBVP: Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú

DGSP: Dirección General de Salud de las Personas

DNI: Documento Nacional de Identidad

DIRESA: Dirección Regional de Salud

DISA: Dirección de Salud

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

GERESA: Gerencia Regional de Salud

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MINSA: Ministerio de Salud

OGPP: Oficina General de Planificación y Presupuesto

PIA: Presupuesto Institucional de Apertura

PIM: Presupuesto Institucional Modificado

PP SAMU: Programa Presupuestal "Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias médicas-SAMU"

SIS: Seguro Integral de Salud

SUNASA: Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

TEC: Traumatismo Encéfalo Craneano



RESUMEN EJECUTIVO

El Programa Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU) fue creado por el actual gobierno ante la necesidad de responder al problema de alta tasa de mortalidad por emergencias y urgencias médicas. Los Panelistas reciben el encargo de hacer una EDEP del PP 104 SAMU, para la evaluación se consideran los siguientes objetivos:

- a) Evaluar y determinar si el diseño de las acciones vinculadas con la IPE es el más apropiado para la obtención de resultados esperados, a partir de la identificación de las acciones que se financian con la intervención y su relación con los resultados esperados.
- b) Evaluar y determinar si las unidades responsables de las acciones vinculadas con la IPE son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (al menor costo) y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

Resaltamos que el problema está claramente identificado. La literatura, describe la existencia de modelos de atención de emergencias, que han sido implementados en diversos países. La implementación de servicios de emergencia responde, entre otros, al incremento en la frecuencia de enfermedades y lesiones cuyas complicaciones pueden ser potencialmente prevenibles y en el que se requiere de una atención inmediata. Los indicadores poblacionales disponibles en el Perú, indican indirectamente la magnitud del problema. Entre los indicadores poblacionales del problema se encuentran la tasa de mortalidad por causas externas, por accidentes de tránsito, la tasa de letalidad al alta y la utilización de servicios de salud y gasto por accidentes. Una limitante importante del programa es la cobertura en la atención de urgencias y emergencias. La implementación es gradual y por tanto la medición de resultados de impacto del programa es probable que se observe a largo plazo.

En general, el servicio médico de emergencia tiene tres componentes claves: a) el cuidado en la comunidad, b) el cuidado durante el transporte y c) el cuidado a la llegada al establecimiento de salud.

Los factores asociados a mortalidad y discapacidad por secuelas producidas en situaciones de emergencias y urgencias están agrupados en cuatro: a) las lesiones o accidentes, que de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades se denominan causas externas, b) el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia, c) el uso de los servicios de emergencia y d) la respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia. El Gráfico 1 muestra las relaciones causales del modelo.

La población potencial beneficiaria de una intervención para el manejo de emergencias y urgencias en el contexto del Perú, estará constituida por personas que reconocen se encuentran ante una situación de emergencia médica identificadas por las propias personas o por terceros. El número de accidentes en la población peruana, para el año 2010, se estima en 539,302, de los cuales 418,068 son accidentes considerados como no triviales, pero de los cuales son atendidos en EE.SS sólo el 62%(Tabla N° 7).



Ante esta situación-problema, se ha iniciado en el año 2013, la implementación del Programa Presupuestal "Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas - SAMU". Según el Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada (SAMU), el Resultado Final que se propone es: la Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos, y siendo su Resultado Específico: la Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias. Para ello cuenta con 13 productos (según versión de PP SAMU de 2013): Atención de llamadas de emergencias "106"; Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU; Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera); Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"; Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"; Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos); Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos; Atención médica de las emergencia o urgencia; Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia; Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados; Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria; Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa; Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia.

Se recomienda priorizar la intervención del PP 104 SAMU en productos relacionados a los componentes claves relacionados con el logro del Resultado específico: Atención pre-hospitalaria (Centro Regulador operativo, y Transporte Asistido implementado - ambulancias y personal de APH), y Atención hospitalaria que prioriza capacidad resolutive para Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC). Esta priorización se debe reflejar más adelante también en la asignación Presupuestal. Se sugiere considerar como una actividad necesaria para cumplir las siguientes: Centro Regulador implementado, y Dotación de ambulancias equipadas y con recurso humano completo.

Respecto al diseño, en su Lógica Vertical: La construcción del marco lógico aunque congruente en su organización vertical no necesariamente responde a una relación directa entre todos los componentes con el resultado final y el objetivo de la intervención pública. Algunos productos y actividades podrían eliminarse y otros incorporarse. Algunos productos podrían limitar el logro de otros productos dado el nivel de implementación de la intervención pública. No se documentó evidencia respecto a la inclusión de los productos: relacionados con Transporte asistido de pacientes que no están en situación de emergencia, por lo que sugerimos sean retirados del programa. Según las evidencias, las condiciones: Traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio son las tres principales emergencias médicas reconocidas como altamente sensibles al tiempo de acceso a la atención. En estas emergencias médicas, el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa rápidamente por cada minuto adicional que transcurre entre el inicio de la emergencia y el acceso al tratamiento correcto.

En las reuniones y discusiones con el Equipo Técnico Nacional del Programa SAMU, se ha sustentado la necesidad de los productos hospitalarios del PP 104 SAMU, sin embargo no hay aún un empoderamiento de parte del personal de salud de las emergencias e urgencias de estos



productos y actividades. Cabe fortalecer el conocimiento y empoderamiento de los productos y actividades relacionadas a la atención hospitalaria de las emergencias por parte del propio personal de los servicios de emergencia y urgencias, así como la capacitación en los criterios de programación relacionadas a la atención hospitalaria de las emergencias.

Respecto al diseño, en su Lógica Horizontal: Los indicadores si bien están teóricamente claramente definidos, y se describen los métodos de cálculo; una limitación es que no existe información basal de los indicadores. Varios indicadores podrían no ser adecuados para medir apropiadamente los diferentes componentes y generar vacíos. Una limitación importante es la fuente de información para la medición y reporte periódico de los indicadores establecidos; como por ejemplo los registros hospitalarios cuya validez no es apropiadamente descrita.

Se evidencia limitaciones y demoras en las gestiones administrativas por el nivel jerárquico que ocupa actualmente el Programa SAMU en las regiones evaluadas. Se propone coordinar con nivel Regional para su ubicación inmediata, dependiendo orgánicamente de una Dirección General de línea.

Otra limitación importante, ha sido la movilización de nivel de dependencia del SAMU Nacional. Desde su creación el Programa SAMU ha pasado por varias dependencias (en el lapso de menos de 3 años), siendo inicialmente adscrito a la Oficina de Defensa Nacional, luego a la Dirección General de Salud de las Personas de MINSA y hace unos meses ha sido adscrito al nuevo Instituto de Gestión de Servicios de Salud (creado por DL 1167 el 7-12-13). Esta situación ha generado periodos de transición y limitaciones en la ejecución del presupuesto asignado, así como en el cumplimiento de las actividades programadas de asistencia técnica a las regiones.

En esta nueva ubicación debe fortalecerse su rol de asistencia técnica a las regiones para culminar con la implementación de los SAMU regionales (Centro regulador y Unidad de Atención Pre-hospitalaria) y establecer niveles de coordinación e integración con los servicios de emergencia de Lima Metropolitana, para clarificar su rol principal de Atención Pre hospitalario.

La Población objetivo calculada para las metas no corresponde con las metas físicas alcanzadas, requiriéndose una evaluación más realista al momento de proponer la población objetivo para el cálculo de las metas físicas del SAMU. Se sugiere considerar de modo más realista la población objetivo para el cálculo de las metas de atención del SAMU a nivel regional, en función a la disponibilidad de recursos (ambulancias y personal) para la Atención Pre-Hospitalaria.

La sostenibilidad de la Atención Pre-Hospitalaria del SAMU podría mejorarse, considerando que existen diversos pacientes asegurados por IAFA's que pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada. Un factor clave para la sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU es garantizar el presupuesto para cubrir las remuneraciones del personal de salud a cargo de esta actividad. Se sugiere que el SAMU Nacional culmine el estudio sobre la estructura de costos de los servicios de SAMU (especialmente la atención pre hospitalaria con unidad móvil de soporte vital básico y de soporte vital avanzado), que viene trabajando, y en base a éste, establezca una directiva sobre el cálculo de los costos de atención y para la recuperación financiera por prestaciones que se brinden a los usuarios de SOAT, ESSALUD, Seguros privados y Seguros público



(SIS). Luego, realice asistencia técnica a las regiones para estos cálculos y la determinación de tarifas diferenciadas.

El SAMU Nacional aún no valida las Guías de atención Pre-hospitalaria que ha desarrollado y aún no completa otras que se requieren. La calidad de atención y capacitación del personal del SAMU está restringida por la validación y desarrollo pendiente de estas guías. Es necesario culminar y validar las Guías de atención Pre-hospitalaria por parte del SAMU nacional y enfatizar las acciones de capacitación del personal del SAMU a nivel regional, con las adecuaciones que corresponda.

La población en general desconoce el número 106 del SAMU. El posicionamiento del 106 es bastante débil en la población. Se sugiere desarrollar una Estrategia comunicacional a nivel nacional, y regional para posicionar al 106 a nivel de la población.

El Sistema de seguimiento del PP 104 SAMU es inexistente o insuficiente. No existe un seguimiento adecuado de la casos referidos a la emergencia, y de las acciones de monitoreo para las acciones de contra-referencias. Se recomienda fortalecer y consolidar Sistema de seguimiento del PP 104 SAMU y en particular de los casos referidos a la emergencia.

Se recomienda que productos 5 y 6 del PP 114 SAMU 2013 (relacionados con Transporte asistido de pacientes que no están en situación de emergencia), sean retirados del Programa, o en su defecto ser considerados en una segunda etapa, cuando se tenga fortalecida la red de ambulancias del SAMU.

Existe suficiente evidencia científica para sostener la viabilidad e importancia de Programa SAMU, debiendo recomendar que esta información deba ser sistematizada por la actual gestión de SAMU y aprender de las buenas prácticas en el proceso de implementación. La información debe permitir establecer las guías, indicadores y sistemas de organización y evaluación del PP104 SAMU, que generen un proceso virtuoso en su desarrollo.



SECCIÓN 1: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

RESEÑA HISTÓRICA DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

Mediante el Decreto Supremo Nº 017-2011-SA, del 23 de noviembre del 2011, el Presidente de la República aprobó la creación del Sistema de Atención Móvil de Urgencia - SAMU, con la finalidad de atender las urgencias y emergencias pre-hospitalarias en forma oportuna, prioritariamente en zonas urbanas y rurales donde la oferta de servicios de atención médica es escasa.

Sustenta su creación en la necesidad de dar solución a las deficiencias identificadas en la atención pre-hospitalaria de emergencias y urgencias, y con la finalidad de implementar un conjunto de mecanismos y procedimientos articulados de atención de urgencias y emergencias médicas y promover en el conjunto de la población y de las entidades prestadoras de salud, la prevención de enfermedades y muertes evitables, mediante la atención pre-hospitalaria y la coordinación integral con las unidades de urgencias de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y complejidad en que se encuentra organizado el Sistema de Salud; en especial en zonas urbanas con mayor exposición a eventos de riesgo y en zonas rurales con alta dispersión de oferta de establecimientos de salud.

Por otro lado, considera que la creación del mencionado programa, permitirá fortalecer uno de los componentes básicos del Aseguramiento Universal en Salud, como es el de la articulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud.

Entre las funciones que se le encarga al Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU, son las de articular los servicios de atención pre-hospitalaria de emergencias y urgencias, en el ámbito nacional; implementar y gestionar la Central Nacional de Regulación Médica del SAMU (asignándole el número 106 para estos efectos); y la de establecer y coordinar la red de información y comunicaciones, a fin de movilizar los recursos del SAMU de manera eficiente.

Desde su creación, se determina que el SAMU cuente con un Consejo Directivo Nacional, conformado por el Ministro de Salud, del Interior, y de Defensa; del Presidente Ejecutivo de EsSalud, del Comandante General del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, del Presidente de la Asamblea Nacional de los Gobiernos Regionales, y del Presidente de la Asociación de Municipalidades del Perú.

Es importante subrayar, que en norma legal de creación, se establece que las atenciones pre-hospitalarias de emergencia y urgencia que se brinden a favor de las personas aseguradas en el marco de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, serán financiadas por la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud ((APA) que corresponda.

Por otro, también se establece en el Decreto Supremo Nº 017-2011-SA que el Ministerio de Salud, remita a la Dirección General del Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, el diseño del Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados del SAMU.



En su primera etapa, el SAMU se instaló en el distrito de Comas, etapa en la que sus beneficiarios se estimaban en más de 500 mil pobladores, quienes recibían atención de emergencias y urgencias en el lugar donde se encuentren, a través de una llamada a la central telefónica 106.

Luego de Comas, se ha ido instalando en forma paulatina en otros ocho distritos de Lima Norte como Los Olivos, San Martín, Independencia, Rímac, Puente Piedra, Carabaylo, Ancón y Santa Rosa, y progresivamente en otros distritos de la capital.

El Ministerio de Salud, como ente rector, ha dispuesto las acciones necesarias para que este servicio, el SAMU, se desarrolle en todo el país en forma paulatina, de modo que se garantice la salud de los más pobres.

En el año 2012, el MINSA trabajó en el Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados: “Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas”. En sus diseño se propuso que el SAMU se expanda progresivamente a las regiones, y que en ese año se implemente en 08 regiones: Lima, Ayacucho, Loreto, Tumbes, Tacna, Junín, Ayacucho, y Loreto, y que alcanzar el nivel nacional en 3 años.

Finalmente, en el Ley de Presupuesto Público del año 2013, se asignaron recursos al nuevo Programa Presupuestal 104 “Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas – SAMU”



1.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

1.1.1 Justificación de la Intervención Pública Evaluada (Contenido 01)

El incremento en la demanda por servicios médicos de emergencias en todo el mundo, se debe entre otros, a cambios demográficos, epidemiológicos y sociales¹. En países en vías de desarrollo, en el que los cambios son marcados, una proporción significativa de la carga de enfermedad se debe a enfermedades y lesiones donde el tiempo es un factor decisivo². La consecuencia de estas enfermedades y lesiones, denominadas tiempo-sensitivas, puede disminuir de manera importante si estas son tratadas y manejadas oportunamente.

Los servicios médicos de emergencias proporcionan asistencia a pacientes en situaciones de urgencia o emergencia médica; situaciones en las que una lesión o enfermedad amenaza la vida o la integridad física de un paciente independientemente de la edad, género, localización o condición.

En el mundo, el servicio médico de emergencia está organizado en dos diferentes modelos. El modelo francés-alemán y el anglo-americano. Las principales diferencias entre ambos modelos son que en el primer caso el médico evalúa y trata al paciente y en el segundo es el paramédico³. En ambos modelos se utilizan diferentes herramientas tecnológicas y técnicas modernas para ofrecer el mejor cuidado pre-hospitalario posible. En diversos países, se han implementado estrategias de atención pre-hospitalaria como parte del sistema de atención de emergencias, utilizando uno u otro o modelos mixtos^{4 5}.

Modelo del programa presupuestal

El servicio médico de emergencia propuesto por el programa tiene tres componentes claves: a) el cuidado en la comunidad, b) el cuidado durante el transporte y c) el cuidado a la llegada al establecimiento de salud.

Los factores asociados a mortalidad y discapacidad por secuelas producidas en situaciones de emergencias y urgencias están agrupados en cuatro: a) las lesiones o accidentes, que de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades se denominan causas externas, b) el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia, c) el uso de los servicios de emergencia y d) la

¹ Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy. Rev Saúde Pública. junio de 2011;45(3):519-28.

² Razzak JA, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? Bull World Health Organ. 2002;80(11):900-5.

³ Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehospital Disaster Med. marzo de 2003;18(1):29-35; discussion 35-37

⁴ Regional Office for Europe of the World Health Organization. Emergency Medical Services Systems in the European Union. 2008.

⁵ World Health Organization. A Systematic Review of Public Health Emergency Operations Centres (EOC). Highbury; 2013.



respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia. El Gráfico 1 muestra las relaciones causales del modelo propuesto.

El tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia

El periodo de tiempo entre la aparición de una emergencia y su atención está relacionado directamente con la sobrevida y el pronóstico. Tres son las principales emergencias sensibles al tiempo, y en el que el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa por cada minuto que transcurre, el traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio.

El retraso en el diagnóstico y tratamiento está relacionado a características socioculturales de la población (ej. creencias), al acceso geográfico a los servicios (ej. zonas rurales) y a la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos para atender la emergencia.

El sobre uso de los servicios de emergencia

Existe evidencia que el uso inapropiado de los servicios de emergencia ocasiona sobrecarga de los servicios y la falta de disponibilidad de prestadores para atender las emergencias y urgencias, que incluso pudiera haberse referido oportunamente por la acción del SAMU.

Respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia

Una inadecuada respuesta a la emergencia afecta la toma de decisiones médicas (menor tiempo para el manejo y tratamiento, errores en el diagnóstico y tratamientos y seguimiento, inadecuada comunicación al alta).

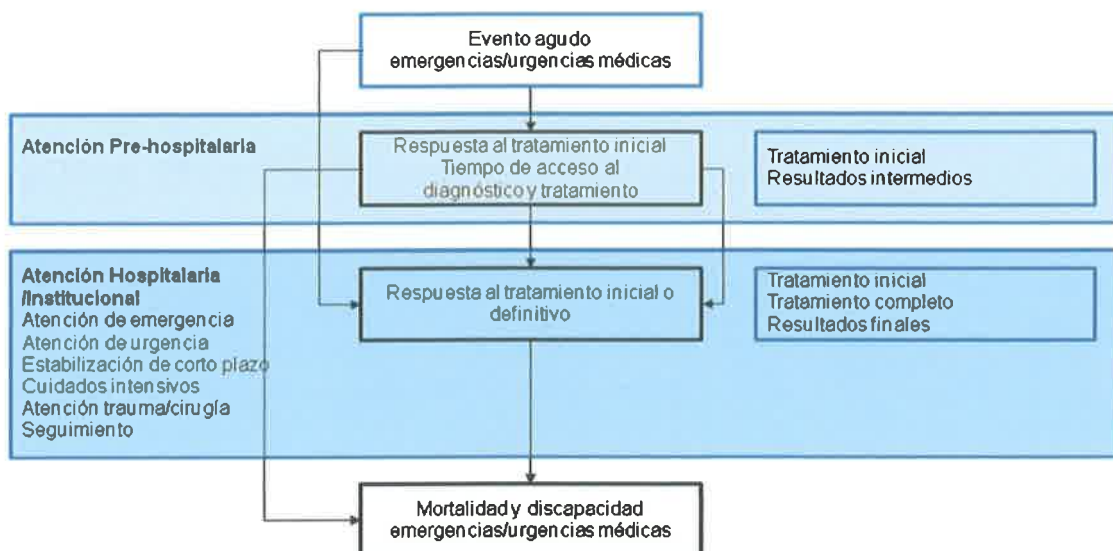
Otros modelos

Aunque, la relación causal del programa está establecida y determinada, es importante destacar una limitación del modelo en la medida que no permite distinguir los componentes que conforman un sistema de atención integral de emergencias y urgencias.

A continuación se propone un modelo de relación causal entre los eventos agudos y la mortalidad y discapacidad (Gráfico 2).



Gráfico 1 Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas



Adaptado de:

1. Anexo 2. Ministerio de Salud. SAMU. 2012
2. Hirshon JM et al. Health systems and services: the role of acute care. Bulletin of the World Health Organization 2013;91:386-388.
3. Department of Health UK. Direction of Travel for Urgent Care: a discussion document. Conceptual model of effective urgent care. 2006
4. Spaite DW et al. Emergency Medical Services Outcomes Project (EMSOP) II: developing the foundation and conceptual models for out-of-hospital outcomes research. Ann Emerg Med. 2001 Jun;37(6):657-63.
5. Sayed MJ. Measuring quality in emergency medical services: a review of clinical performance indicators. Emerg Med Int. 2012;2012:161630. doi: 10.1155/2012/161630. Epub 2011 Oct 15.

Descripción de los elementos de la atención de un evento agudo*

Atención pre-hospitalaria. Atención recibida en la comunidad hasta que el paciente llegue a un establecimiento de salud con capacidad de dar atención definitiva. Ejemplos incluyen la atención por parte del personal de ambulancias o evaluación de problemas de salud agudos por profesionales de salud.

Atención hospitalaria. Atención recibida en un establecimiento de salud con capacidad de dar atención inicial o definitiva.

Atención trauma/cirugía. Tratamiento de personas con necesidades quirúrgicas agudas, como lesiones que amenazan la vida, apendicitis aguda o hernias estranguladas.

Atención de emergencia. Tratamiento de personas con necesidades médicas y quirúrgicas que amenazan la vida o de alto riesgo, tales como infartos agudos de miocardio o accidentes cerebrovasculares agudos, o la evaluación de los pacientes con dolor abdominal.



Atención de urgencia. Atención ambulatoria en un establecimiento de salud, fuera de los servicios de emergencias de un hospital, por lo general si cita previa. Como la evaluación de una lesión de tobillo o la fiebre en un niño.

Estabilización de corto plazo. Tratamiento de personas con necesidades agudas previo al tratamiento definitivo. Ejemplos incluyen la administración de líquidos intravenosos a un paciente gravemente herido antes de su traslado a una sala de operaciones.

Cuidados Intensivos. Atención especializada de los pacientes cuyas condiciones ponen en riesgo la vida y que requieren una atención integral y monitoreo continuo, por lo general en las unidades de cuidados intensivos. Ejemplos incluyen pacientes con problemas respiratorios severos que requieren intubación endotraqueal o pacientes con convulsiones.

Seguimiento. Tratamiento continuo como terapia física y ocupacional.

* Adaptado de Hirshon JM et al. Health systems and services: the role of acute care. Bulletin of the World Health Organization 2013;91:386-388.



Tabla 1. Causas principales de mortalidad y discapacidad y años de vida ajustado por discapacidad en países de ingreso medio y bajo.

Causas de Mortalidad	% del total de causas de mortalidad	Causas de Mortalidad	% del total de causas de mortalidad
1. La cardiopatía isquémica*	11.5	1. Infecciones respiratorias inferiores*	6.8
2. Enfermedad cerebro vascular	8.9	2. Trastornos perinatales*	6.7
3. Infecciones respiratorias inferiores*	7.3	3. VIH / SIDA	6.6
4. VIH / SIDA	6.1	4. Meningitis*	4.6
5. Trastornos perinatales*	5.1	5. Enfermedades diarreicas*	4.6
6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.7	6. Trastornos depresivos unipolares	4.0
7. Enfermedades diarreicas*	4.4	7. Cardiopatía isquémica*	3.5
8. Tuberculosis	3.4	8. Malaria	3.0
9. Accidentes de tráfico*	2.4	9. Enfermedad cerebrovascular*	2.9
10. Malaria	2.3	10. Accidentes de tráfico	2.8
11. Enfermedad cardíaca hipertensiva	1.7	11. Tuberculosis	2.6
12. Sarampión*	1.6	12. Anomalías congénitas	2.3
13. Tráquea, bronquios, cánceres de pulmón	1.6	13. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.3
14. Lesiones auto infligidas*	1.5	14. Sarampión*	2.0
15. Cirrosis hepática	1.4	15. Cirrosis hepática	2.0

*Causas de mortalidad en que intervenciones tempranas pueden salvar vidas.

Fuente: Razzak JA et al. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? Bull World Health Organ. 2002;80(11):900-5.

Gráfico 2 Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas.



Fuente: Ministerio de Salud. SAMU. 2012



En el Perú, los indicadores de la magnitud de emergencias y urgencias provienen de diversas fuentes. Las tablas muestran la magnitud del problema y su evolución en diferentes periodos. (6,7)

Tabla 2. Incidencia mensual de accidentes, busca de atención, utilización de servicios de salud y gasto catastrófico por accidentes. ENAHO 2010.

	Numero Accidentes	Incidencia Accidentes (%)	Busco atencion (%)	Consulta institucional (%)	Consulta hospitalaria (%)	% gasto en accidentados	Gasto Catastrofico (%)
	(1)	(2)	(3)	(5)	(7)	(9)	(10)
Nacional	539,302	1.8	67.5	48.4	31.5	15.3	37.3
Ambito							
Urbano	427,348	1.9	69.6	48.7	35.9	12.7	35.3
Pol Rural	111,954	1.4	59.5	47.1	14.6	29.0	47.5
Pobre Extremo	25,751	1.0	45.6	29.5	3.1	23.5	48.3
Pobre No Extremc	80,787	1.3	55.7	38.7	12.7	20.0	40.7
No Pobre	432,765	2.0	71.0	51.3	36.7	14.3	36.3
Dominio							
Costa Norte	39,530	0.9	68.7	45.2	30.9	22.6	47.6
Costa Centro	39,011	2.0	74.7	59.7	44.1	17.3	39.5
Costa Sur	9,059	1.5	53.4	46.3	32.8	6.9	30.9
Sierra Norte	15,215	0.8	69.8	46.0	19.5	23.1	60.0
Sierra Centro	78,234	2.1	64.1	45.1	21.1	15.9	34.5
Sierra Sur	72,003	1.8	56.8	51.1	28.6	19.2	38.9
Selva	65,925	1.7	65.7	43.0	22.4	18.8	38.0
Lima Metropolitana	220,324	2.4	71.7	49.1	37.4	11.4	34.0
Estrato							
Mayor de 100,000	249,180	2.3	70.3	49.2	37.4	11.8	35.0
De 20,001 a 100,0	82,386	1.7	71.1	49.0	34.8	12.2	34.4
De 10,001 a 20,00	18,531	1.5	78.0	56.6	51.4	15.6	36.1
De 4,001 a 10,000	35,732	1.9	65.5	44.9	38.7	18.8	43.1
401 a 4,000 viven	41,517	1.2	62.1	44.7	19.7	12.8	31.9
Menos de 401 viv	16,795	1.6	61.9	49.7	12.1	18.0	53.8
Área de Empadro	75,534	1.4	60.1	48.8	16.5	33.4	46.7
Área de Empadro	19,626	1.3	55.1	38.1	9.5	21.6	45.8
Sexo							
Hombre	294,841	2.0	69.8	49.7	32.2	16.7	36.8
Mujer	244,461	1.6	64.7	46.7	30.5	13.8	37.8
Grupo Edad							
<1	5,659	1.1	71.1	71.1	65.1	22.6	25.6
1-4	31,193	1.5	58.9	50.9	28.4	14.1	36.5
5-14	81,770	1.4	65.7	49.8	30.9	11.4	30.0
15-49	280,934	1.8	69.6	44.8	29.7	15.5	35.0
50-64	73,101	1.9	65.8	50.1	28.9	15.3	43.8
65 a mas	66,645	2.6	66.4	56.4	41.1	20.2	53.6

Fuente: ENAHO 2010



Tabla 3. Tasa de mortalidad por causas externas y por accidentes de tránsito. Perú 1999 – 2007.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Causas Externas	75,6	66,7	61,8	59,9	63,2	60,9	79,5	65,0	73,0
Accidentes Transito	13,5	13,1	11,4	11,2	10,7	12,2	12,8	15,6	15,2
Mujeres	6,6	6,4	5,8	5,8	5,7	6,3	7,1	8,5	7,9
Hombres	20,5	19,9	17,4	16,9	16,0	18,4	18,9	23,0	23,0

^e

: OPS. Análisis de la situación Salud de las Américas 2007.

Tabla 4. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos en los hospitales del MINSA. 2002 -2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cabeza y Cuello	3.6	4.1	3.2	2.9	3.2	3.5	3.1	3.2	3.4
<1	2.4	1.5	2.5	2.1	2.7	1.7	1.4	1.8	1.8
1-4	2.0	2.0	0.6	1.2	0.8	1.3	1.1	1.1	0.8
5-14	1.1	1.3	1.3	1.2	1.6	1.9	1.2	1.1	1.4
15-49	3.5	3.9	3.1	2.7	3.2	3.1	2.9	2.9	2.7
50-64	7.1	7.7	6.6	5.8	5.8	5.0	5.8	6.1	7.2
65 a mas	11.0	14.3	10.2	8.6	9.4	11.7	8.3	9.4	10.7
Medula espinal y Columna vertebr.	3.5	2.6	2.9	1.8	1.9	2.5	2.7	1.4	2.6
<1	25.0		0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0
1-4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-14	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0
15-49	3.0	1.4	2.6	1.0	1.9	1.7	3.1	1.0	1.3
50-64	4.1	9.2	3.1	4.4	1.6	5.0	1.6	2.8	5.8
65 a mas	5.0	3.8	7.0	4.1	3.3	5.2	2.9	2.8	6.3
Torso	1.4	2.0	1.8	1.3	1.3	1.1	1.2	1.5	1.5
<1	0.0	2.6	11.1	3.2	0.4	0.0	0.0	0.0	4.9
1-4	1.5	2.2	0.9	0.3	0.2	0.7	1.0	0.5	0.4
5-14	0.6	0.9	0.8	0.5	0.8	0.2	0.7	0.2	0.4
15-49	1.2	1.8	2.0	1.2	1.5	1.2	1.2	1.7	1.3
50-64	2.5	2.4	1.6	2.0	1.3	1.5	2.5	2.3	2.4
65 a mas	4.8	6.9	2.1	4.6	3.7	2.1	1.3	2.4	4.2
Extremidades	0.2	0.2	0.5	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3
<1	0.0	0.0	0.9	0.5	1.5	0.0	0.0	0.0	0.5
1-4	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
5-14	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
15-49	0.1	0.1	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
50-64	0.4	0.2	0.7	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2
65 a mas	1.4	0.9	1.5	1.4	1.1	1.2	0.8	1.0	1.6
No clasificable por anatomía	1.8	2.1	1.7	1.7	1.4	1.3	1.0	1.2	1.1
<1	1.5	2.2	4.5	2.1	0.6	0.7	0.7	2.3	2.7
1-4	1.7	1.2	2.1	1.1	1.1	1.0	0.5	0.8	0.8
5-14	0.3	1.1	0.9	0.9	0.9	0.7	0.6	0.6	0.7
15-49	1.5	1.7	1.3	1.5	1.2	1.0	0.9	1.0	0.8
50-64	4.7	6.4	3.7	2.9	3.4	2.8	1.7	2.6	1.5
65 a mas	6.6	7.6	5.6	6.3	5.1	5.5	3.4	5.0	6.8
Inespecifico	1.7	1.9	2.2	1.8	1.3	1.2	1.0	1.3	1.7
<1	4.1	0.0	3.3	3.7	2.6	3.3	0.8	2.7	0.0
1-4	1.1	1.7	3.3	1.7	0.8	1.0	1.3	0.6	1.0
5-14	1.6	0.8	1.4	1.4	0.8	0.4	0.8	0.8	0.7
15-49	1.5	2.1	1.8	1.3	1.2	1.2	0.5	1.2	1.7
50-64	2.8	3.5	2.9	1.9	2.6	0.8	1.2	2.3	2.1
65 a mas	4.0	3.2	4.5	7.0	3.8	4.2	4.0	3.2	6.6

Fuente: MINSA



Tabla 5. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos en los hospitales del MINSA según categoría del hospital. 2002 -2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cabeza y Cuello									
II-1	1.1	2.5	1.2	1.3	1.1	1.4	1.2	1.3	0.9
II-2	2.8	3.9	2.8	2.9	3.1	3.0	3.0	3.1	4.2
III-1 (hospitales nacionales Lima)	6.1	6.3	5.4	4.2	4.7	5.6	4.5	5.1	5.0
III-2 (institutos)	2.0	1.3	1.0	0.7	2.3	2.2	2.4	1.0	0.3
III-E (hospitales de Huancayo)	6.2	3.9	5.6	4.5	7.4	8.5	8.2	8.2	7.2

Fuente: MINSA

Tabla 6. Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por enfermedades hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares en los hospitales del MINSA. 2002 -2010.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
03 (I10-I15) Enfermedades hipertensivas									
15-49	3.5	5.9	5.3	5.2	4.0	7.4	4.2	2.5	3.2
50-64	4.8	3.8	5.1	5.0	3.5	3.8	3.9	3.2	2.5
65 a mas	6.9	6.1	7.2	4.4	4.8	4.8	4.6	6.9	5.7
04 (I20-I25) Enfermedades cardíacas isquémicas									
15-49	7.9	19.4	13.9	22.4	23.5	17.8	4.6	5.1	3.8
50-64	9.1	10.3	9.5	9.3	10.6	8.1	5.5	5.0	8.0
65 a mas	14.9	19.8	22.6	16.4	22.2	20.3	12.5	10.1	14.5
07 (I60-I69) Enfermedades cerebrovasculares									
<1	23.5	26.3	13.6	22.2	28.0	8.0	14.7	10.5	10.3
1-4	14.3	29.6	33.3	18.5	4.8	15.6	23.1	16.7	20.0
5-14	13.6	23.7	19.6	14.8	17.9	19.6	18.2	17.8	20.5
15-49	17.1	17.6	12.9	14.9	16.9	15.0	13.9	14.5	13.9
50-64	15.3	15.5	13.0	14.0	14.2	13.5	11.7	12.1	13.4
65 a mas	18.4	17.7	14.8	14.7	17.0	16.2	13.9	14.9	14.3

Fuente: MINSA

Población Potencial

La población potencial beneficiaria de una intervención para el manejo de emergencias y urgencias en el contexto del Perú, estará constituida por personas que reconocen se encuentran ante una situación de emergencia médica identificadas por las propias personas o por terceros. (6,7). Esta información podría ser complementada con la obtenida de las atenciones de emergencias y urgencias de los centros más importantes de Lima y uno de cada región (estadísticas de Hospitales centinelas que pueden seguirse a lo largo de la intervención).



Tabla 7. Población que reporta accidentes y que los considera importantes.

DETALLE	2008	2009	2010
Población total	29,309,035	29,613,816	29,923,470
Numero de accidentes	323,310	392,059	539,302
Accidentes no triviales	282,371	309,485	418,068
Siniestralidad	1.0%	1.0%	1.4%
Atendidos en un EE.SS	188,487	222,306	260,804
Cobertura de la atención de accidentes	67%	72%	62%
No atendidos en un EE.SS	93,883	87,179	157,264

Fuente: ENAHO - 2008 al 2010, INEI

1.1.2 Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada: Formulación de Objetivos (Contenido 02 y 03)

1.1.2.1 Objetivos de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados (Contenido 02)

Resultado Final del Programa Presupuestal: Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos

Resultado Específico del Programa Presupuestal: Disminución de la mortalidad y discapacidad por emergencias médicas

Se presenta a continuación el marco Lógico de la IPE, según el anexo 2 del 2013:

Tabla 8. Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada a nivel de resultados y productos

Objetivos		Indicador de desempeño	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final				
Resultado Final 1	Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos	INDICADOR DE CEPLAN	CEPLAN	Las políticas de prevención contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad
Resultado específico				
Resultado Especifico 1	Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias.	Tasa de mortalidad por urgencias o emergencias Tasa de letalidad en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo o moderado a las 48 horas de ingresado a los servicios de emergencia. Tasa de discapacidad por urgencias o emergencias	Base de datos SAMU Registros hospitalarios Base de datos ENDES Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	Las personas responden al tratamiento de manera favorable



Productos				
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "106"	<p>Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas vía telefónica.</p> <p>Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas a través de unidades móviles.</p> <p>Número de atenciones telefónicas de urgencias y/o emergencias.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	Los usuarios reconocen al 106 como el número para atención de urgencias y/o emergencias.
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	<p>Porcentaje de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo</p> <p>Número de atenciones telefónicas atendidas por médico</p> <p>Porcentaje de atenciones realizadas por unidades móviles según protocolo</p> <p>Número de despachos de unidad móvil</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención telefónica de emergencia o emergencia es eficiente.
Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera)	<p>Porcentaje de pacientes con cobertura financiera identificada</p> <p>Número de usuarios a los que se les realizó el seguimiento de cobertura financiera.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	Las coordinaciones y seguimiento son eficientes.
Producto 4	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	<p>Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVB</p> <p>Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVB.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 5	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	<p>Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVA.</p> <p>Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVA.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	<p>Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes estables en relación al total requerido.</p> <p>Número de transporte asistido realizado a pacientes estables.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	<p>Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes críticos en relación al total requerido.</p> <p>Número de transporte asistido a pacientes críticos realizados.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.



Producto 8	Atención médica de las emergencia o urgencia	<p>Tiempo de respuesta a las emergencias o urgencias médicas en los servicios de emergencia hospitalaria.</p> <p>Porcentaje de atenciones de prioridades III y IV en los servicios de emergencia</p> <p>Número de atenciones hospitalarias de urgencias o emergencias</p>	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
Producto 9	Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	<p>Porcentaje de atenciones quirúrgicas de urgencia o emergencia oportunas según protocolo.</p> <p>Número de atenciones quirúrgicas de emergencia o urgencia.</p>	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
Producto 10	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	<p>Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos hospitalarios diferenciados.</p> <p>Número de atenciones de prioridades III y IV en módulos hospitalarios.</p>	Registro de hospitales	La atención ambulatoria en módulos hospitalarios de urgencias es eficiente
Producto 11	Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria	<p>Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos de atención ambulatoria.</p> <p>Número de atenciones prioridades III y IV en módulos de atención ambulatoria.</p>	Base de datos SAMU	La atención en los módulos de atención ambulatoria (extra-hospitalarios) es eficiente.
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	<p>Porcentaje de cumplimiento de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados</p> <p>Número de actividades de supervisión, evaluación y control.</p>	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	Las recomendaciones son implementadas adecuadamente.
Producto 13	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia	<p>Porcentaje de documentos normativos implementados en relación a los existentes.</p> <p>Número de documentos normativos elaborados.</p>	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	La atención ambulatoria de urgencias menores es eficiente.
ACTIVIDADES				
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Número de atenciones telefónicas de urgencias o emergencias	Informe SAMU	Los operadores atienden las llamadas con eficiencia.
Actividad 2.1	Atención médica telefónica de la emergencia	Número de atenciones telefónicas atendidas por médico	Informe SAMU	La atención médica telefónica es adecuada y oportuna.
Actividad 2.2	Despacho de la unidad móvil SAMU	Número de unidades móviles despachadas	Informe SAMU	La llegada de las unidades móviles son en los tiempos establecidos.
Actividad 3.1	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera	Número de usuarios a los que se les realizó el seguimiento de cobertura financiera.	Informe SAMU	Los aseguradores cubren los costos que le son requeridos, el seguimiento es eficiente.



Actividad 4.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Básico (SVB) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVB.	Informe SAMU	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 5.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Avanzado (SVA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVA.	Informe SAMU	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 6.1	Servicio de traslado de pacientes estables (no emergencia)	Número de traslados de pacientes estables	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 6.2	Servicio de ambulancia con soporte vital básico (SVB) para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación de emergencia.	Número de traslados con SVB	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.1	Servicio de traslado de pacientes en situación crítica	Número de traslado de pacientes con situación crítica	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.2	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Número de traslado de pacientes con situación crítica AVA I	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.3	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Número de traslado de pacientes con situación crítica AVA II	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 8.1	Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.2	Hemorragia digestiva aguda alta	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.3	Cuerpo extraño en aparato digestivo	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.4	Síndrome de espalda dolorosa	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.5	Heridas, contusiones y traumatismos superficiales	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.6	Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.7	Intoxicación aguda por organofosforados	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.8	Desorden vascular cerebral isquémico	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.9	Insuficiencia respiratoria aguda	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.10	Enfermedad isquémica del corazón	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento



Actividad 8.11	Litiasis urinaria	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.12	Cuerpo extraño en aparato respiratorio	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 9.1	Apendicitis aguda	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.2	Colelitiasis	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.3	Obstrucción intestinal	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.4	Fractura de extremidades	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.5	Traumatismo intracraneal	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.6	Traumatismos múltiples severos	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.7	Fractura de columna y pelvis	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.8	Quemaduras	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.9	Desorden vascular cerebral hemorrágico	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 10.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos hospitalarios diferenciados autorizados.	Número de atenciones de prioridades III y IV en módulos hospitalarios.	Informe SAMU	Los usuarios hacen uso de los servicios ambulatorios de urgencias o emergencias según el protocolo de atención
Actividad 11.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos de atención ambulatoria	Número de atenciones prioridades III y IV en módulos de atención ambulatoria.	Informe SAMU	Los usuarios hacen uso de los módulos de atención de urgencias o emergencias según el protocolo de atención
Actividad 12.1	Monitoreo de la atención del programa	Número de informes de monitoreo elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 12.2	Supervisión de la atención pre hospitalaria	Número de informes de supervisión elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 12.3	Evaluación y control de la atención pre hospitalaria	Número de informes de evaluación elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 13.1	Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención pre hospitalaria y emergencias	Número de documentos normativos elaborados o actualizados.	Informe SAMU	Las normas desarrolladas responden se diseñan adecuadamente.
Actividad 13.2	Implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia	Número de documentos normativos implementados.	Informe SAMU	Los documentos son aceptados y aplicados por los prestadores de servicios de salud



1.1.2.2 Descripción de los bienes y/o servicios que entrega la Intervención Pública Evaluada, así como de las acciones y tareas para alcanzar dichos bienes y/o servicios (Contenido 03)

Se presenta a continuación, un breve resumen de los bienes y servicios que se brindan como parte del PP SAMU, en cuanto a sus productos, según lo establecido en Anexo 2 del año 2013. En Anexo 1, se presenta una descripción detallada de los bienes y servicios relacionados a los productos y sub-productos (actividades).

PRODUCTOS (según Anexo 2 del año 2013)

- **PRODUCTO 1: 3000280. Atención de llamadas de telefónicas al "106".**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Servicio de respuesta a llamadas telefónicas que opera las 24 horas del día.

- **PRODUCTO 2: 3000281. Atención Medica Telefónica De La Emergencia Y Despacho De La Unidad Móvil SAMU**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: A través del teléfono [y por medio del notificante de la emergencia], médicos calificados realizan la evaluación de la necesidad clínica de la persona afectada en el lugar del incidente.

- **PRODUCTO 3: 3000282. Coordinación Y Seguimiento De La Atención De Las Emergencias O Urgencias Y De Su Cobertura Financiera (Protección Financiera).**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega asistencia directa al paciente o a sus familiares o a sus cuidadores sobre lo siguiente:

- a. Información respecto la situación de salud del paciente y las necesidades clínicas
- b. Coordina/informa/resuelve respecto de la cobertura del seguro (la protección financiera de la emergencia)
- c. Coordina/informa los traslados hacia la institución y las interinstitucionales (referencias) generados como resultado de la atención de la emergencia.
- d. Coordina el acceso a los servicios de salud que el paciente requiere durante la hospitalización y rehabilitación (incluye exámenes auxiliares especializados).



- **PRODUCTO 4: 3000283. Atención Prehospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Básico "SVB"**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el despacho inmediato al lugar del incidente del servicio de ambulancia con capacidades para realizar la atención prehospitalaria que incluye la realización procedimientos de Apoyo Vital Básico en el lugar del incidente y durante el traslado hacia el destino definitivo para la atención hospitalaria de la emergencia. Este servicio se encuentra en estado de alerta las 24 horas del día todos los días del año

- **PRODUCTO 5: 3000284. Atención Prehospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Avanzado "SVA"**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el despacho inmediato al lugar del incidente del servicio de ambulancia con capacidades para realizar la atención prehospitalaria que incluye la realización procedimientos de Apoyo Vital Avanzado en el lugar del incidente y durante el traslado hacia el destino definitivo para la atención hospitalaria de la emergencia. Este servicio se encuentra en estado de alerta las 24 horas del día todos los días del año.

- **PRODUCTO 6: 3000285. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Estables (No Críticos).**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de un paciente hacia o desde establecimiento de salud o entre establecimientos de salud, por razones médicas que no son el resultado directo de un súbito o inesperado deterioro en las condiciones de salud del paciente, y que no requiere tratamiento inmediato por no encontrarse en peligro su vida o su integridad física o estar ante condiciones potencialmente mortales.

- **PRODUCTO 7: 3000286. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Críticos.**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de un paciente entre Unidades de Cuidados Intensivos. Esto incluye la provisión de servicios especializados de cuidados intensivos durante el traslado y que por las condiciones críticas de salud del paciente se encuentran en alto riesgo de deterioro durante el traslado.

- **PRODUCTO 8: 3000287. Atención Médica De La Emergencia O Urgencia**



Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención hospitalaria de la emergencia y urgencia médica, de los pacientes trasladados y coordinados por el SAMU. Se ofrece para las principales patologías de atención médica.

- **PRODUCTO 9: 3000288. Atención Quirúrgica O De Trauma De La Emergencia O Urgencia**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención hospitalaria de la emergencia y urgencia médica, de los pacientes trasladados y coordinados por el SAMU, que podrían requerir intervención quirúrgica. Se ofrece para las principales patologías de atención quirúrgica.

- **PRODUCTO 10: 3000289. Atención Ambulatoria De Urgencias (PRIORIDAD III O IV) En establecimientos de salud I-4 (según Anexo 2 vigente, difiere de la propuesta por validar).**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención medica en los establecimientos de salud I-4, que se encuentran en zonas de fácil acceso a hospitales de nivel II y III, para brindar una atención oportuna y accesible a una población con necesidad de atención, incluyendo a los pacientes coordinados y trasladados por el SAMU.

- **PRODUCTO 11: 3000290. Atención Ambulatoria de Urgencias (PRIORIDAD III O IV) en establecimientos de salud I-2 y I- 3 (según Anexo 2 vigente, difiere de la propuesta por validar)**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: atención médica en los establecimientos de salud de forma oportuna y accesible a una población con necesidad de atención , incluyendo a los pacientes coordinados y trasladados por el SAMU, lo que implica el funcionamiento de una oferta de servicios cuyas instalaciones respondan a servicios de atención de servicios medicas rápidas, ubicados en zonas prioritarias de mayor concurrencia, con un funcionamiento de 12 horas al día.

- **PRODUCTO 12: 3000291. Monitoreo, Supervisión, Evaluación Y Control De La Atención Del Programa**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Actividades orientadas al control gerencial por niveles (nacional, regional y local), según corresponda, monitoreo, supervisión y evaluación por los responsables de los procesos.



- **PRODUCTO 13: 3000292. Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Atención Pre-hospitalaria y Emergencia**

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Consiste en el proceso a seguir para documentos normativos dirigidos a establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar técnica y administrativamente, la operatividad y funcionamiento de los centros reguladores, atención prehospitalaria y los servicios de emergencia de los EESS.

PRODUCTOS (según Anexo 2 del año 2014)

Durante el análisis y reuniones de trabajo del equipo evaluador con el equipo SAMU, hemos recibido versiones nuevas que el equipo SAMU ha considerado como mejoras en el diseño del Programa. Así, y según el Anexo 2 del PP SAMU del año 2014, se reducen de 13 originales a 11 productos, habiendo eliminado el producto 3 (Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera), e integrado los productos 12 y 13 en uno solo denominado acciones comunes (con 5 actividades). Se listan a continuación la nueva estructura:

- **Producto 01: ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS “106”**

Consiste en el servicio de atención de las llamadas telefónicas a cargo del operador, comprende la recepción, discriminación y/o derivación de las llamadas telefónicas de emergencias, urgencias o referencias al médico regulador del Centro Regulador del SAMU.

- **Producto 02: ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU**

Consiste en:

- La recepción, evaluación, consejería y/o orientación de la necesidad de emergencia (prioridad I) o urgencia mayor (prioridad II), y verificación de la oferta de servicios de salud disponibles, indicando al personal de despacho la movilización del mejor recurso móvil de acuerdo a la prioridad del caso, disponibilidad y accesibilidad al lugar de la emergencia.
- La recepción de la llamada telefónica para la evaluación de la solicitud de la referencia de emergencia, quien a su vez verifica la oferta de servicios de salud disponible para la coordinación con el posible establecimiento de destino y comunica la aceptación de la solicitud de la referencia.
- Incluye también el despacho y monitorización del desplazamiento de la unidad móvil del SAMU, realizando las coordinaciones interinstitucionales (policía, serenazgos, bomberos, etc) para garantizar la seguridad del escenario de la emergencia.



- **Producto 03: ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB"**

Consiste en el servicio de atención pre-hospitalaria en unidad móvil con SVB, comprende la atención médica de la emergencia o urgencia prioridad II o III, fuera de los establecimientos de salud utilizando una ambulancia tipo II que cuenta con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención básica y el transporte asistido de pacientes, si la condición clínica lo requiere, previa coordinación del centro regulador con los establecimientos de salud de la referencia

- **Producto 04: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con Soporte Vital Avanzado (SVA)**

Consiste en el servicio de atención pre-hospitalaria en unidad móvil con SVA, comprende la atención médica de la emergencia o urgencia fuera de los establecimientos de salud, utilizando una ambulancia tipo III que cuenta con equipamiento, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para brindar la atención básica y el transporte asistido de pacientes, previa coordinación del centro regulador con los establecimientos de salud de la referencia

- **Producto 05: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes estables (no críticos)**

Consiste en la coordinación y la implementación del servicio de transporte asistido que, debido a la imposibilidad física del paciente en condición médica no crítica y en situación de dependencia, se realiza con o sin capacidad para procedimientos de Soporte Vital Básico durante el traslado, siempre que su duración no suponga riesgo vital o daño irreparable para la salud, previa coordinación por el Médico Regulador del SAMU.

- **Producto 06: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes críticos**

Consiste en la coordinación y la implementación del servicio de transporte asistido a pacientes hospitalizados, en condición crítica de no emergencia, con alto riesgo de deterioro durante el traslado, en unidades móviles con equipos, materiales biomédicos y recursos humanos adecuados y capacitados para la realización de procedimientos de soporte avanzado de vida I y II durante el traslado entre hospitales (Unidades de Cuidados Intensivos y áreas críticas), previa coordinación por el Centro Regulador del SAMU, destinando una ambulancia tipo II y III.

- **Producto 07: Atención Médica de la Emergencia y Urgencia**

Consiste en la atención hospitalaria de la emergencia y urgencia médica en los establecimientos con capacidad resolutive, considerando las patologías a intervenir especificadas en las actividades. Se consideran las atenciones en los servicios de emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Shock Trauma, apoyo al diagnóstico y laboratorio de los Hospitales e Institutos y los servicios de Urgencias de los establecimientos I-4, I-3 y I-2.

- **Producto 08: Atención Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia**



Es la atención hospitalaria de la emergencia y urgencia quirúrgica en los establecimientos con capacidad resolutive, según patología especificada en las actividades.

- **Producto 09: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados.**

Consiste en la atención médica en módulos hospitalarios diferenciados en Hospitales e Institutos, para brindar una atención oportuna y accesible a la población, y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta con referencia a consulta externa o referido a un centro hospitalario de mayor nivel para su tratamiento.

- **Producto 10: Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria**

Consiste en la atención médica en módulos de Atención Rápida en el ámbito de las DIREAS, GERESAS y Redes de Salud, establecimientos de salud nivel III-1, III-2, I-4 y I-3, para brindar una atención oportuna y accesible, incluyendo a los pacientes coordinados y trasladados por el SAMU; y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta con referencia a consulta externa o referido a un centro hospitalario de mayor nivel para su tratamiento

- **Producto 11: ACCIONES COMUNES**

Incluye las actividades de Monitoreo, Supervisión, Evaluación, Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias, y la implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia.

PRODUCTOS (según propuesta de nueva Estructura Funcional Programática para el año 2015)

Para el PP 104 del año 2015, la coordinación del SAMU alcanzó al Equipo Evaluador, una nueva versión de Estructura Funcional Programática (EFP) a implementar para elaborar el presupuesto 2015, donde se ha reducido a 10 productos. Es así que los productos 1 y 2 de diseño inicial se han unido en un solo producto (Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en Centro Regulador) y tiene dos actividades (Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106" y Atención médica telefónica de la emergencia), separándose el Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia, como un producto independiente de la atención médica telefónica. Por otro lado los productos 7 y 8 del PP 104 de 2014 se han integrado en uno sólo pasando a ser: Atención de la emergencia o urgencia en el establecimiento de salud (uniendo lo que estaba como Atención médica, y Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia).



1.1.3 Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada: Formulación de los indicadores y sus metas (valores esperados) en el horizonte temporal (Contenido 04)

Tabla 9. Indicadores y metas del Programa Presupuestal (para año 2013)

Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador / desempeño	U.M	Método de cálculo	OBSERVACIONES
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "106"	Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas vía telefónica.	Minutos	Tiempo promedio desde que el operador recepciona la llamada hasta que el médico finaliza la llamada luego de brindar la orientación o consejería médica pertinente.	6 min 29 seg.
		Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas a través de unidades móviles.	Minutos	Tiempo promedio desde que el operador recepciona la llamada hasta que la unidad móvil llega al "foco".	16 min 46 seg
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	Porcentaje de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo.	Porcentaje	Número de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo / Total de llamadas telefónicas atendidas por médico.	No se cuenta con protocolos de atención pre-hospitalaria UCR
		Porcentaje de atenciones realizadas por unidades móviles según protocolo	Porcentaje	Número de atenciones realizadas por unidades móviles según protocolo / Total de despachos realizados	No se cuenta con protocolos de atención pre-hospitalaria UCR
Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera	Porcentaje de pacientes con cobertura financiera identificada	Porcentaje	Número de pacientes con cobertura financiera identificada / Total de pacientes bajo seguimiento en los servicios de emergencia.	No se cuenta con un proceso de recupero y financiamiento del servicio de atención
Producto 4	Atención pre hospitalaria móvil de la emergencia con apoyo vital básico (SVB)	Porcentaje de atenciones prehospitalarias móviles según protocolo con SVB	Porcentaje	Número de atenciones prehospitalarias móviles con SVB realizadas según protocolo / Total de atenciones prehospitalarias con SVB realizadas.	No se cuenta con protocolos aprobados de atención pre-hospitalaria
Producto 5	Atención pre hospitalaria móvil de la emergencia con apoyo vital avanzado (SVA)	Porcentaje de atenciones prehospitalarias móviles según protocolo con SVA.	Porcentaje	Número de atenciones prehospitalarias móviles con SVA realizadas según protocolo / Total de atenciones prehospitalarias con SVA realizadas.	No se cuenta con protocolos aprobados de atención pre-hospitalaria
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes estables en relación al total requerido.	Porcentaje	Número de transportes asistidos a pacientes estables realizados / Total de transportes asistidos requeridos para pacientes estables	41%



Nivel de objetivo	Enunciado de resultado / producto	Nombre del indicador / desempeño	U.M	Método de cálculo	OBSERVACIONES
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes críticos en relación al total requerido.	Porcentaje	Número de transportes asistidos a pacientes críticos realizados / Total de transportes asistidos requeridos para pacientes críticos	4.70%
Producto 8	Atención médica de la emergencia y urgencia	Tiempo de respuesta a las emergencias o urgencias médicas en los servicios de emergencia hospitalaria.	Minutos	Tiempo promedio (en minutos) desde recepción del paciente hasta el inicio de la atención médica especializada.	No se cuenta con el registro de la información
		Porcentaje de atenciones de prioridades III y IV en los servicios de emergencia	Porcentaje	Número de atenciones de prioridades III y IV / Total de atenciones hospitalarias de emergencia o urgencia realizadas	Información en proceso de evaluación
Producto 9	Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	Porcentaje de atenciones quirúrgicas de urgencia o emergencia oportunas según protocolo.	Porcentaje	Número de atenciones quirúrgicas realizadas según protocolo / Total de atenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de emergencia.	Información en proceso de evaluación
Producto 10	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados.	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos hospitalarios diferenciados	Porcentaje	Número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizados según protocolo / Total de atenciones realizadas en los módulos hospitalarios diferenciados	Información en proceso de evaluación
Producto 11	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria.	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos de atención ambulatoria.	Porcentaje	Número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizados según protocolo / Total de atenciones realizadas en los módulos de atención ambulatoria	Información en proceso de evaluación
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	Porcentaje de cumplimiento de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados	Porcentaje	Número de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados / Número de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) programados.	Informes de Monitoreo (4). Pendiente Supervisión, Evaluación y Control del Programa
Producto 13	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre hospitalaria y emergencias	Porcentaje de documentos normativos implementados en relación a los existentes.	Porcentaje	Número de documentos normativos implementados / Número de documentos normativos existentes	Ninguno. En proceso de elaboración, evaluación, aprobación e implementación

1.1.4 Relación inter-institucional (Contenido 05)

Tipos de relaciones de coordinación y/o cooperación que tiene la Intervención Pública Evaluada con otros programas, niveles de gobierno y diferentes agentes del estado.

Se desarrollaron convenios marco de cooperación interinstitucional para la Atención Pre hospitalaria De Emergencias y Urgencias de Salud entre el Cuerpo General De Bomberos y el MINSA 007-2012. De la misma manera se firmó un convenio específico interinstitucional para la Urgencia y Emergencia en Salud Lima Norte entre el cuerpo de bomberos voluntarios y el MINSA 019-2012; como se puede apreciar en la siguiente Tabla N° 10:

Tabla 10. Convenios firmados para la Atención Pre hospitalaria de Emergencias y Urgencias de Salud entre el Cuerpo General De Bomberos y el MINSA



TIPO DE CONVENIO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	NOMBRE O NÚMERO DEL CONVENIO	OBJETO DEL CONVENIO	FECHA DEL CONVENIO
COOPERACION	CUERPO GENERAL DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL PERÚ	CONVENIO MARCO DE COOPERACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCION PREHOSPITALARIA DE EMERGENCIAS Y URGENCIAS DE SALUD ENTRE EL CUERPO GENERAL DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL PERU Y EL MINISTERIO DE SALUD 007-2012/MINSA	AMBAS INSTITUCIONES CONSIDERAN CONVENINETE DENTRO DEL AMBITO DE SU COMPETENCIA REALIZAR ACCIONES CONJUNTAS PARA LA AMPLIACION DE LA COBERTURA Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCION Y CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACION, PRINCIPALMENTE MEDIANTE LA PARTICIPACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD DEL MINSA, DURANTE LA ATENCION DE EMERGENCIAS QUE EJECUTA EL CGBVP. SE BUSCA PROMOVER LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y MUERTES EVITABLES MEDIANTE LA ATENCION PREHOSPITALARIA CON EL TRASLADO DE VICTIMAS EN LAS AMBULANCIAS DEL CGBVP Y EN COORDINACION CON LAS UNIDADES DE URGENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD EN QUE SE ENCUENTRA ORGANIZADO EL SISTEMA DE SALUD DEL MINSA EN ZONAS URBANAS Y RURALES A NIVEL NACIONAL	29/03/2012
COOPERACION	CUERPO GENERAL DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL PERÚ	CONVENIO ESPECIFICO DE COOPERACION INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCION PREHOSPITALARIA DE URGENCIA Y EMERGENCIA EN SALUD EN LIMA NORTE ENTRE EL CUERPO GENERAL DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL PERU Y EL MINISTERIO DE SALUD 019-2012/MINSA	PROMOVER LA PREVENCION DE ENFERMEDADES O MUERTES EVITABLES, MEDIANTE LA ATENCION PREHOSPITALARIA, MEDIANTE EL TRASLADO DE VICTIMAS Y LA COORDINACION INTEGRAL CON LAS UNIDADES DE URGENCIAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD EN QUE SE ENCUENTRA ORGANIZADO EL SISTEMA DE SALUD EN EL AREA GEOGRAFICA QUE COMPRENDE LIMA NORTE	18/05/2013

Se realizó Convenio de Afectación en uso entre el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa y el programa de Atención Móvil de Urgencias – SAMU, en el año 2013. Convenio de afectación en uso entre el hospital de Emergencia Pediátrica y el Programa de Atención móvil de Urgencias SAMU, en el año 2013. Convenio de afectación en usos entre Hospital san Juan de Hospital San Juan de Lurigancho y el programa de atención móvil de Urgencias – SAMU. Tal como se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla 11. Convenios de Afectación en Uso

TIPO DE CONVENIO	NOMBRE DE LA ENTIDAD	NOMBRE O NÚMERO DEL CONVENIO	OBJETO DEL CONVENIO	FECHA DEL CONVENIO
COOPERACION	HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA	CONVENIO DE AFECTACIÓN EN USO ENTRE EL HOSPITAL DE EMERGENCIA JOSE CASIMIRO ULLOA Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIAS - SAMU	CEDER EL USO TEMPORAL DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL CON PLACA DE RODAJE N° EUA-180, DE MARCA MERCEDES BENZ, MODELO SPRINTER 313 CD BERTONATI, COLOR BLANCO, AÑO DE FABRICACIÓN 2010, DECLARANDO QUE LA UNIDAD SE ENCUENTRA OPERATIVA.	01/04/2013
COOPERACION	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS	CONVENIO DE AFECTACIÓN EN USO ENTRE EL HOSPITAL DE EMERGENCIA PEDIÁTRICAS Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIAS - SAMU	CEDER EL USO TEMPORAL DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL CAMIONETA PANEL CON PLACA DE RODAJE N° LGV-723 DE MARCA MERCEDES BENZ, MODELO SPRINTER 313 CDI DEL AÑO 2008 DE FABRICACIÓN.	01/04/2013
COOPERACION	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	CONVENIO DE AFECTACIÓN EN USO ENTRE EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO Y EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MOVIL DE URGENCIAS - SAMU	CEDER EL USO TEMPORAL DEL VEHÍCULO DE TRANSPORTE ASISTENCIAL MARCA NISSAN, PLACA DE RODAJE N° EUA-305, AÑO DE FABRICACIÓN 2010.	10/05/2013



1.2 TEMAS DE EVALUACIÓN

1.2.1 Diagnóstico de la Situación Inicial (Contenido 17)

El problema está claramente identificado. La literatura, describe la existencia de modelos de atención de emergencias, que han sido implementados en diversos países. La implementación de servicios de emergencia responde, entre otros, al incremento en la frecuencia de enfermedades y lesiones cuyas complicaciones pueden ser potencialmente prevenibles y en el que se requiere de una atención inmediata.

Los indicadores poblacionales disponibles en el Perú, indican indirectamente la magnitud del problema. Entre los indicadores poblacionales del problema se encuentran la tasa de mortalidad por causas externas, por accidentes de tránsito, la tasa de letalidad al alta y la utilización de servicios de salud y gasto por accidentes.

Una limitante importante del programa es la medición de la cobertura en la atención de urgencias y emergencias. La implementación es gradual y por tanto la medición de resultados de impacto del programa es probable que se observe a largo plazo.

Los componentes mínimos de un sistema de servicio de atención de emergencias incluyen:

1. Flota de vehículos. Estructura de vehículos disponibles y su equipamiento.
2. Personal Calificado. Recursos humanos y entrenamiento.
3. Sistema de Comunicación. Sistema que integra la atención, a través de un Centro Regulador, Infraestructura, Sistema de Información y Comunicación.

Los productos de la intervención pública debieran considerar estos componentes, que interactúan entre sí, e incluyen a otros y que en conjunto forman parte de un sistema de servicios integrado. La construcción del modelo, podría considerar otros productos y/o actividades con sus respectivos indicadores trazadores y que están en relación directa a la intervención pública. Entre ellos la disponibilidad de ambulancias, equipamiento, recursos humanos disponibles, capacitación, acreditación, implementación de nuevas tecnologías, etc.

En el mismo sentido, es importante revisar y evaluar la necesidad de incluir algunos productos y actividades en el contexto de los componentes esenciales de un servicio de atención de emergencias y urgencias. Productos identificados inicialmente directamente relacionados con la intervención pública son: atención de llamadas de emergencias, atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil, coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera), atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico y avanzado. Además de los productos como el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa y el desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia.



Los otros productos no descritos, debieran ser revisados o eliminados , por lo que recomendamos que los productos 5 y 6 (Transporte asistido - no emergencias- de pacientes estables y de pacientes críticos deben ser retirados; y en los productos 7 y 8, referidos a la Atención Médica / Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia, se deben concentrar éstas, en aquellas que existen evidencias que contribuyen al objetivo inicial de PPR 104: Accidente cerebrovascular (7.8, 8.9), Infarto de miocardio (7.10,) y atención de Trauma, (TEC) 8.4 al 8.7).

1.2.2 Lógica Vertical del Marco Lógico (Contenidos 18 al 21)

Lógica Vertical del Marco Lógico – Propósito y fin (Contenido 18)}

El marco lógico relaciona actividades, productos que conducen al propósito (Resultado específico) y fin (Resultado final) que es la Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias, y la Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos, respectivamente.

La lógica vertical del marco lógico permite observar cómo se relacionan las actividades y productos entre sí y éstos con el Resultado Específico que es reducir la mortalidad y discapacidad por urgencias y emergencias.

Este Marco Lógico ha sido construido en base al Modelo conceptual presentado en el Gráfico 1 que establece que los factores asociados a mortalidad y discapacidad por secuelas producidas en situaciones de emergencias y urgencias están agrupados en cuatro: a) las lesiones o accidentes por causas externas, b) el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia, c) el uso de los servicios de emergencia y d) la respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia.

La construcción del marco lógico aunque congruente en su organización vertical no necesariamente responde a una relación directa entre todos los componentes con el resultado final y el objetivo (resultado específico) de la intervención pública evaluada (IPE).

Algunos productos y actividades podrían eliminarse y otros integrarse en un solo producto. Algunos productos podrían limitar el logro de otros productos dado el nivel de implementación de la intervención pública.

El tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia

El periodo de tiempo entre la aparición de una emergencia y su atención está relacionado directamente con la sobrevida y el pronóstico. Sin embargo, son tres las principales emergencias sensibles al tiempo (con evidencias), y en el que el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa por cada minuto que transcurre, el traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio. En tal sentido la evaluación se focalizará en analizar si será conveniente acotar la atención del SAMU a aquellas en que la evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad, al menos en el ámbito urbano. Para



el caso rural, se deberá evaluar de manera específica en el proceso de ampliación de la implementación del SAMU.

El retraso en el diagnóstico y tratamiento está relacionado a características socioculturales de la población (ej. creencias), al acceso geográfico a los servicios (ej. zonas rurales) y a la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos para atender la emergencia.

El sobre uso de los servicios de emergencia

Existe evidencia que el uso inapropiado de los servicios de emergencia ocasiona sobrecarga de los servicios y la falta de disponibilidad de prestadores para atender las emergencias y urgencias. Así, si bien la atención pre-hospitalaria pudiera haber sido adecuada y oportuna, llevando al paciente al Servicio de Emergencia, de nada puede haber servido su pronta referencia por el SAMU, si su atención demora por sobrecarga de este servicio. Sin embargo, las causas y por tanto las soluciones de este problema son diversas, complejas y requieren intervenciones sectoriales y multisectoriales que están fuera del alcance de las acciones del propio PP 104 SAMU (incluyen educación al usuario; respuesta de la red de servicios de los niveles de atención previos del sistema; comunicación para referencia y contra referencia entre diversos servicios estatales, municipales, regionales y privados; implementación de puntos de descargas de atenciones no consideradas de urgencia o emergencia; etc.).

Por tanto, este ítem debe ser analizado en una evaluación en conjunto con los actores claves del SAMU, para determinar si debe mantenerse como parte de la IPE, pues no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia del SAMU. En tal sentido, recomendamos que el SAMU desarrolle Talleres con las Unidades Ejecutoras de Lima y Regiones para dicho propósito.

Respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia

Una inadecuada respuesta a la emergencia afecta la toma de decisiones médicas (menor tiempo para el manejo y tratamiento, errores en el diagnóstico y tratamientos y seguimiento, inadecuada comunicación al alta). Este ítem igualmente debe ser analizado si debe constituir parte de la IPE, ya que para optimizar la atención de las emergencias y urgencias deberán considerarse lo señalado en el anterior ítem y sobre todo el reforzamiento de la red de servicios y su capacidad resolutive.

Lógica Vertical del Marco Lógico – Componentes (Contenido 19)

Pertinencia de los componentes (productos) diseñados para el logro del propósito

Considerando lo planteado en los párrafos anteriores, existen algunos productos (según los definidos en Anexo 2 del 2014), sobre los cuales **no** se ha documentado que impacten en el logro del objetivo (resultado específico) del PP-SAMU de disminuir la mortalidad por emergencias o urgencias. Así, el **Producto 05: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes estables (no**



críticos) y el Producto 06: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes críticos, son productos que el PP SAMU ha considerado en tanto, existen requerimientos de traslado de pacientes críticos y no críticos que debido a la aún insuficiente capacidad resolutive de los Hospitales (carencia de tomógrafo, resonador magnético Nuclear y otros) deben ser transportados a otros Hospitales o Institutos Especializados. Sin embargo, consideramos que estas acciones no es un problema que le corresponda resolver al PP 104 (es un problema de capacidad resolutive, que corresponde resolver en otros espacios), y que distorsionan el objetivo del PP-104. En tal sentido, se recomienda que sean retirados del Programa, o en su defecto ser considerados en una segunda etapa, cuando se tenga fortalecida la red de ambulancias del SAMU.

En el proceso de desarrollo de la presente evaluación, el propio Programa Nacional SAMU ha venido evaluando la pertinencia de reducir e integrar algunos productos. Así en nueva EFP del 2015 se propone integrar en un solo producto, los productos originales 2013: P1. Llamadas de emergencias, y el P2: Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU; diferenciando lo de atención Telefónica en un nuevo Producto: ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA EN CENTRO REGULADOR, lo que resulta más pertinente. De igual modo, y según planteado en nuestro primer informe, se ha integrado en un único producto: la atención médica y quirúrgica, resultando en nueva EFP del 2015, el producto: ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA O URGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Sin embargo, en esa misma perspectiva podrá evaluarse la posibilidad de integrar en solo producto, aquellos productos (P3 y P4 2014), relacionados con la Atención pre-hospitalaria móvil.

Tabla 12. Marco lógico de la intervención pública evaluada – PP104

(ver **Tabla 8** en página 24).

Lógica Vertical del Marco Lógico – Actividades (Contenido 20)

Pertinencia de las actividades diseñadas para el logro de los componentes

Considerando lo planteado a analizar, en los párrafos precedentes, de retirar algunos productos e integrar otros, se propone explorar la posibilidad que se incluyan como subproductos o actividades específicas: Centro Regulador operativo, y ambulancias operativas, en tanto, dentro de las actividades del PP 104 SAMU son los que permiten el cumplimiento de los productos.

Por otro lado, en relación a los Productos 2013: P8. ATENCIÓN MÉDICA DE LAS EMERGENCIA O URGENCIA; y P9. ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA, considerando que las patologías documentadas con evidencia, en la cuales el periodo de tiempo entre la aparición de una emergencia y su atención está relacionado directamente con la sobrevida y el pronóstico, son principalmente tres (TEC severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio). Se recomienda priorizar la atención pre-hospitalaria y hospitalaria del SAMU a



aquellas patologías en que la evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad: Accidente cerebrovascular (7.8, 8.9) e Infarto Agudo de miocardio (7.10) y atención de Trauma y TEC (8.4 al 8.7). Así, por ej. Si atendemos un paciente con Infarto Agudo de miocardio, al llegar a la Emergencia, este cuenta con la capacidad resolutive para resolver de manera adecuada esa atención.

Lógica Vertical del Marco Lógico – Validación (Contenido 21)

Como hemos referido, aunque consideramos que la construcción del marco lógico es congruente en su organización vertical no necesariamente responde a una relación directa entre todos los componentes con el resultado final y el objetivo (resultado específico) de la intervención pública evaluada (IPE). Así, planteamos la siguiente recomendación

Recomendación:

Por tanto, se recomienda en una primera etapa de la implementación del Programa SAMU al grupo de condiciones de emergencia médica muy sensibles al tiempo y que requieren de una respuesta compleja. El éxito del Programa, en primera instancia, sería medido por reducir la mortalidad de aquellas condiciones que se señalan a continuación: El Trauma severo, específicamente el Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) severo, es la condición de la más alta complejidad clínica; y las condiciones más sensibles al tiempo son el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Esto está refrendado con literatura referida en la consultoría desarrollada por Cordero para el PARSALUD⁶, y la que se suma la proporcionada por nosotros (ver Anexo).

1.2.3 Lógica Horizontal del Modelo Lógico (Contenido 22-24)

La lógica horizontal permite observar cómo se relacionan cada nivel de los productos con la medición (indicadores y medios de verificación) y las condiciones que pueden afectar su ejecución (supuestos).

La matriz de indicadores se obtiene de diferentes fuentes, CEPLAN, ENDES, ENAHO, Base de datos e informes del SAMU y registro hospitalarios.

Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Indicadores de Propósito (Contenido 22)

¿Existen indicadores adecuados para medir el propósito?

⁶ Cordero, L. 2011. Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados del Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU.



Según la evaluación realizada, consideramos que el Programa "**Reducción de la mortalidad y discapacidad por urgencias y emergencias**", cuenta con indicadores adecuados para medir su propósito, los cuales se hacen mención a continuación:

- **INDICADOR "TASA DE MORTALIDAD POR URGENCIAS Y EMERGENCIAS"**: el cual estima la magnitud de personas fallecidas producto de una urgencia o emergencia médica. Actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base. Este indicador es la forma más precisa de medir el impacto del programa.

El indicador se desarrollará de forma similar a la estimación de la mortalidad materna de la ENDES, es decir, a través de encuesta directa, será cuantificado mediante el método de cálculo: *Nº de fallecidos por emergencias o urgencias x 100,000 habitantes.*

Se propone utilizar fuentes de datos como: Encuesta Demográfica y De Salud Familiar - ENDES – INEI.

- **INDICADOR "TASA DE LETALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO (TEC) SEVERO O MODERADO A LAS 48 HORAS DE INGRESADO A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA"**: Es la proporción de casos de traumatismo encéfalo craneano (TEC) moderado o severo que resultan mortales con respecto al total de casos reportados en un periodo especificado de tiempo. La medida indica la importancia del TEC en términos de su capacidad para producir la muerte dentro de las 48 horas del ingreso a un servicio de emergencia de elevada capacidad resolutive (III-1, III-2, III-E), actualmente no se cuenta con el valor del indicador para una línea de base. Es una forma precisa de evaluar el impacto del programa en los servicios de emergencia hospitalarios. La principal limitación es que este indicador no es reportado por los hospitales, por lo que debe incluirse en el pool de indicadores de mortalidad hospitalaria.

El método de cálculo para este indicador es: *Nº de fallecidos por TEC moderado o severo < 48 horas de ingreso a la emergencia / Total de casos de TEC.*

La fuente de datos utilizada para este indicador es el reporte de indicadores hospitalarios / Certificados de defunción y la base de datos utilizada será la Base de datos de los hospitales: sistema SIGHOS.

Recomendamos establecer un registro de letalidad de las emergencias en los establecimientos de salud, preferible contando con una plataforma tecnológica para registro único (entorno web)

- **INDICADOR "TASA DE DISCAPACIDAD POR URGENCIAS Y EMERGENCIAS"**: Este indicador estima la magnitud de personas con discapacidad producto de una urgencia o emergencia médica, en la actualidad no se cuenta con valor del indicador para una línea de base. La



principal limitación de este indicador es la representatividad de la muestra siendo esta adecuada para el nivel nacional y regional pero no para el nivel local pues las muestras varían (diferentes localizaciones) de un año al otro.

Será cuantificado mediante el método de cálculo: *N° de personas discapacitadas debido a emergencias y urgencias x 100,000 habitantes*. La fuente de datos para este indicador es Encuesta Nacional De Hogares - ENAHO - INEI.

Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Indicadores de Componentes (Contenido 23)

¿Existen indicadores adecuados para medir la obtención de los componentes?

Aun cuando los indicadores de los diferentes componentes del programa "**Reducción de la mortalidad y discapacidad por urgencias y emergencias**", están teóricamente claramente definidos, y se describen los métodos de cálculo, con detalles de precisiones técnicas, periodicidad de mediciones y fuente de datos. Sin embargo, algunos indicadores podrían no ser adecuados para medir apropiadamente los diferentes componentes y generar vacíos. Limitaciones importantes son la inexistencia de información basal de los indicadores y por otro lado que la validez de la fuente de información de los registros hospitalarios no es apropiadamente descrita. La fuente de información de algunos indicadores son registros o preguntas de encuestas nacionales que miden directamente los resultados finales del programa.

Tabla 13. Indicadores de Evaluación del Programa

COMPONENTE	INDICADOR
3000280. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas vía telefónica Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU
3000281. Atención Medica Telefónica De La Emergencia Y Despacho De La Unidad Móvil SAMU	Porcentaje de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo Informe de auditoría
3000282. Coordinación y Seguimiento De La Atención De Las Emergencias o Urgencias y de su Cobertura Financiera (Protección Financiera)	Porcentaje de atenciones pre hospitalarias móviles según protocolo con SVB
3000283. Atención Pre hospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Básico "SVB"	Porcentaje de atenciones pre hospitalarias móviles según protocolo con SVA.
3000284. Atención Pre hospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Avanzado "SVA"	Porcentaje de atenciones pre hospitalarias móviles según protocolo con SVA
3000285. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Estables (No Críticos)	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes críticos en relación al total requerido



COMPONENTE	INDICADOR
3000286. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Críticos	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes estables en relación al total requerido
3000287. Atención Médica De La Emergencia O Urgencia	Tiempo de respuesta a las emergencias o urgencias médicas en los servicios de emergencia hospitalaria. Reporte de personal SAMU en Hospitales (Broker)
3000288. Atención Quirúrgica O De Trauma De La Emergencia O Urgencia	Porcentaje de atenciones quirúrgicas de urgencia o emergencia oportunas según protocolo
3000289. Atención Ambulatoria De Urgencias (PRIORIDAD III O IV) En Módulos Hospitalarios Diferenciados Autorizados	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos hospitalarios diferenciados
3000290. Atención De Urgencias (PRIORIDAD III O IV) En Módulos De Atención Ambulatoria	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos de atención ambulatoria
3000291. Monitoreo, Supervisión, Evaluación Y Control De La Atención Del Programa	Porcentaje de cumplimiento de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados
3000292. Desarrollo De Normas Y Guías Técnicas En Atención Prehospitalaria Y Emergencia	Porcentaje de documentos normativos implementados en relación a los existentes

Todos los indicadores para medir los componentes del programa pueden ser cuantificados y tienen fuentes de datos diversos para su utilización, como por ejemplo: Base de datos SAMU Registros hospitalarios, Base de datos ENDES, Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO

- **INDICADOR "TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS VÍA TELEFÓNICA":** Este indicador estima el tiempo promedio desde que la llamada es atendida por el operador hasta que el médico finaliza la llamada a través de consejería u orientación médica. Incluye la atención telefónica brindada por el operador que actúa como filtro de la atención, y el médico que brinda la orientación o consejería médica. La fortaleza del indicador es que permite mejorar de manera permanente el desempeño del personal contribuyendo a mejorar la calidad de la atención telefónica ante situaciones de urgencia (Prioridad III y IV).

Será cuantificado mediante el método de cálculo: *Tiempo promedio desde que el operador recepciona la llamada hasta que el médico finaliza la llamada luego de brindar la orientación o consejería médica pertinente.*

Se utilizarán fuentes de datos como: Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU.



- **INDICADOR "TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS MÓVILES":** Este indicador estima el tiempo promedio desde que la llamada es atendida por el operador hasta que la unidad móvil despachada llega al "foco" donde se ubica el paciente. Incluye la atención telefónica brindada por el operador que actúa como filtro de la atención, el médico que identifica la situación de emergencia/urgencia (Prioridad I y II) y ordena el envío de la ambulancia, el despachador que dispone el envío y orienta a la unidad móvil hasta la llegada a su destino y la ambulancia propiamente dicha que llega al "foco".

Será cuantificado mediante el método de cálculo: *Tiempo promedio desde que el operador recibe la llamada hasta que la unidad móvil llega al "foco"*.

Se utilizarán fuentes de datos como: Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU, el instrumento de recolección de información es el Sistema informático del Centro Regulador Nacional/Regional del SAMU.

- **INDICADOR "PORCENTAJE DE LLAMADAS TELEFÓNICAS ATENDIDAS POR MÉDICO SEGÚN PROTOCOLO":** Este indicador estima la proporción de atenciones médicas telefónicas que cumplen con lo establecido en los protocolos de atención disponibles, en relación al total de llamadas telefónicas atendidas por el médico en un periodo de tiempo determinado. La medición de este indicador permite mejorar de manera permanente el desempeño del personal médico.

Para estimar este indicador se realizarán auditorías médicas telefónicas posteriores, para esto se llevará a cabo un muestreo aleatorio representativo del pool de llamadas. El método de cálculo para este indicador es: *Número de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo / Total de llamadas telefónicas atendidas por médico*.

Se utilizarán fuentes de datos el Informe de auditoría y para la recolección de información se utilizará un Check List de auditoría de llamadas telefónicas.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE DESPACHOS DE UNIDADES MÓVILES QUE CULMINAN EN "FOCO":** Este indicador estima la proporción de despachos de unidades móviles que al llegar a "foco" culminan en una atención médica in situ, en relación al total de despachos realizados en un periodo de tiempo determinado. Es un indicador negativo que trata de cuantificar de manera indirecta la magnitud del inadecuado despacho de unidades móviles por vía telefónica, con el fin de mejorar la eficacia en la aproximación al diagnóstico por esta vía.

El método de cálculo para este indicador es: *Número de despachos de unidades móviles que al llegar a "foco" culminan en una atención médica / Total de despachos realizados*.

Número de despachos de unidades móviles que al llegar a "foco" culminan en una atención

Médica / Total de despachos realizados



Las fuentes de datos a utilizar son el Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU y el instrumento de recolección de información es la Ficha de atención médica de urgencias/emergencias de unidades móviles.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE PACIENTES PROTEGIDOS FINANCIERAMENTE:** Este indicador se define como el número de pacientes protegidos financieramente en relación al total de pacientes que se les ha realizado la coordinación y seguimiento en los servicios de emergencia por parte del centro regulador. Se considera "paciente protegido financieramente" a todo aquel paciente que como producto del seguimiento por parte del personal del centro regulador se ha establecido la cobertura financiera propia o a través de una IAFA para la atención de su cuadro de emergencia o urgencia. La principal limitación es que para establecer la cobertura financiera de la población con capacidad limitada de pago (semicontributivo en el SIS) se dispone sólo de la base de datos de beneficiarios del SIS, debiéndose utilizar en su lugar la del SISFOH (en construcción).

El método de cálculo para este indicador es: *Número de pacientes protegidos financieramente / Total de pacientes bajo seguimiento en los servicios de emergencia.*

La fuente de datos a utilizar son el Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE ATENCIONES PREHOSPITALARIAS MÓVILES SEGÚN PROTOCOLO CON SVB:** Este indicador estima la proporción de atenciones prehospitarias móviles con SVB realizadas según protocolo, en relación al total de atenciones prehospitarias con SVB realizadas. La medición de este indicador permite estimar el porcentaje de atenciones prehospitarias móviles con SVB realizadas según protocolo.

El método de cálculo para este indicador es : *Número de atenciones prehospitarias móviles con SVB realizadas según protocolo / Total de atenciones prehospitarias con SVB realizadas.*

La fuente de datos a utilizar son la Ficha de atención médica de urgencias/emergencias de unidades móviles, de la Base de datos SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE ATENCIONES PREHOSPITALARIAS MÓVILES SEGÚN PROTOCOLO CON SVA:** Este indicador estima la proporción de atenciones prehospitarias móviles con SVA realizadas según protocolo, en relación al total de atenciones prehospitarias con SVA realizadas.

El método de cálculo para este indicador es : *Número de atenciones prehospitarias móviles con SVA realizadas según protocolo / Total de atenciones prehospitarias con SVA realizadas.*



La fuente de dato a utilizar es la Ficha de atención médica de urgencias/emergencias de unidades móviles, e la Base de datos SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE TRANSPORTE ASISTIDO REALIZADO A PACIENTES ESTABLES EN RELACIÓN AL TOTAL REQUERIDO:** Este indicador se define como la proporción de transportes asistidos a pacientes estables realizados, en relación al total de transportes asistidos requeridos para pacientes estables en un periodo de tiempo determinado.

El método de cálculo para este indicador es: *Número de transportes asistidos a pacientes estables realizados / Total de transportes asistidos requeridos para pacientes estables.*

La Fuente de datos a utilizar es el Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU de la Base de Datos Informático del SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE TRANSPORTE ASISTIDO REALIZADO A PACIENTES CRÍTICOS EN RELACIÓN AL TOTAL REQUERIDO:** Este indicador Se define como la proporción de transportes asistidos a pacientes críticos realizados, en relación al total de transportes asistidos requeridos para pacientes críticos en un periodo de tiempo determinado.

El método de cálculo para este indicador es : *Número de transportes asistidos a pacientes críticos realizados / Total de transportes asistidos requeridos para pacientes críticos.*

La Fuente de datos a utilizar es el Reporte del Centro Regulador (Nacional/Regional) del SAMU.

- **INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE RESPUESTA A LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA HOSPITALARIA:** Este indicador estima el tiempo promedio desde que el usuario es recepcionado por el personal de salud de guardia de la emergencia hasta que recibe atención médica especializada, existiendo 3 posibilidades: paciente quirúrgico = intervención quirúrgica (hora de ingreso a sala de operaciones), paciente clínicamente descompensado = estabilización (hora de inicio de procedimiento estabilizador) y fallecido = hora de certificación de muerte.

El método de cálculo para este indicador es : *Tiempo promedio (en minutos) desde recepción del paciente hasta el inicio de la atención médica especializada.*

La Fuente de datos a utilizar es el Reporte de personal SAMU en Hospitales (Broker) de la base de datos Informático del SAMU

- **INDICADOR PORCENTAJE DE ATENCIONES DE PRIORIDADES III Y IV EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA:** Este indicador estima la proporción de atenciones de prioridades III y IV en relación al total de atenciones en los servicios de emergencia.



El Método De Cálculo para este indicador es : *Número de atenciones de prioridades III y IV / Total de atenciones hospitalarias de emergencia o urgencia realizadas.*

La fuente de datos a utilizar es el Reporte de indicadores hospitalarios

- **INDICADOR PORCENTAJE DE ATENCIONES QUIRÚRGICAS DE URGENCIA O EMERGENCIA REALIZADAS SEGÚN PROTOCOLO:** este indicador estima la proporción de atenciones quirúrgicas de emergencia realizadas según protocolos de atención en relación al total de atenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de emergencia.

El método de cálculo para este indicador es : *Número de atenciones quirúrgicas realizadas según protocolo / Total de atenciones quirúrgicas realizadas en el servicio de emergencia.*

La fuente de datos a utilizar es el Informes de auditoría y la Base de datos SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE PRIORIDADES III Y IV ATENDIDAS SEGÚN PROTOCOLO EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS:** Este indicador se define como el número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizadas según protocolo en relación al total de atenciones realizadas en los módulos hospitalarios diferenciados.

Es método de cálculo para este indicador es : *Número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizados según protocolo / Total de atenciones realizadas en los módulos hospitalarios diferenciados.*

La fuente de datos a utilizar es el Informes de auditoría y base de datos hospitalarios.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE PRIORIDADES III Y IV ATENDIDAS SEGÚN PROTOCOLO EN MÓDULOS DE ATENCIÓN RÁPIDA:** Este indicador se define como el número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizadas según protocolo en relación al total de atenciones realizadas en los módulos de atención rápida.

Es método de cálculo para este indicador es : *Número de atenciones de urgencias (Prioridad III y IV) realizados según protocolo / Total de atenciones realizadas en los módulos de atención rápida.*

La fuente de datos a utilizar es el Informes de auditoría y la Base de Datos del SAMU.

- **INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE INFORMES DE CONTROL (MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN) ELABORADOS:** Este indicador se define como el número de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados en relación a los programados.



El método de cálculo para este indicador es : *Número de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados / Número de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) programados.*

La fuente de datos a utilizar son los Informes de evaluación del programa.

- **NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE DOCUMENTOS NORMATIVOS IMPLEMENTADOS EN RELACIÓN A LOS EXISTENTES:** Este indicador se define como el número de documentos normativos implementados en relación a los existentes. La principal limitación es en relación a los documentos normativos existentes, que deberán ser en primera instancia revisados y luego actualizados y validados, para posteriormente ser implementados.

El método de cálculo para este indicador es : *Número de documentos normativos implementados / Número de documentos normativos.*

La fuente de datos a utilizar son los Informes de evaluación del programa.

Lógica Horizontal del Modelo Lógico – Validación (Contenido 24)

¿La lógica horizontal del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada se valida en su totalidad?

Luego de una evaluación, respecto a la lógica horizontal del Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada podemos concluir en los siguientes puntos:

- Existen indicadores para medir el desempeño del programa a nivel de Fin, Propósito, Componentes y Actividades e insumos.
- Los indicadores son claros, relevantes, económicos, adecuados y permiten su monitoreo.
- Están bien definidas las fórmulas de cálculo de los indicadores.
- No existe datos sobre la línea de base y temporalidad en la medición de algunos indicadores incluidos en la matriz de indicadores.
- Las metas deben ser revisadas. Considerando si son razonables y asociadas al plazos de los indicadores.
- Están identificado los medios de verificación para obtener cada uno de los indicadores, aunque su facilidad en algunos casos no ha sido determinada.
- Sin embargo, algunos indicadores pueden ser no necesarios. Otros indicadores no incluidos podrían ser necesarios para evaluar el desempeño del programa. Considerando los supuestos y los elementos esenciales.
- Sin embargo es necesario revisar identificar también qué indicadores factibles de medir y que tienen relación directa con la intervención son prioritarios para el horizonte y que le permita monitorear su desempeño



1.2.4 Coordinación interinstitucional (Contenido 25)

Evaluación de posibles coincidencias, complementariedades o duplicidades de acciones de la intervención con otros programas. Así como la pertinencia y suficiencia de las actuales relaciones de coordinación con otros agentes del Estado.

Se ha identificado acciones complementarias con el Programa Presupuestal 068 REDUCCION DE VULNERABILIDAD Y ATENCION DE EMERGENCIAS POR DESASTRES.

Así, se recogió información en La Libertad (Trujillo), del funcionamiento de una mesa de trabajo para la Atención de Emergencias y Desastres, que está activa, donde participa el Equipo Técnico SAMU.



SECCION 2: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

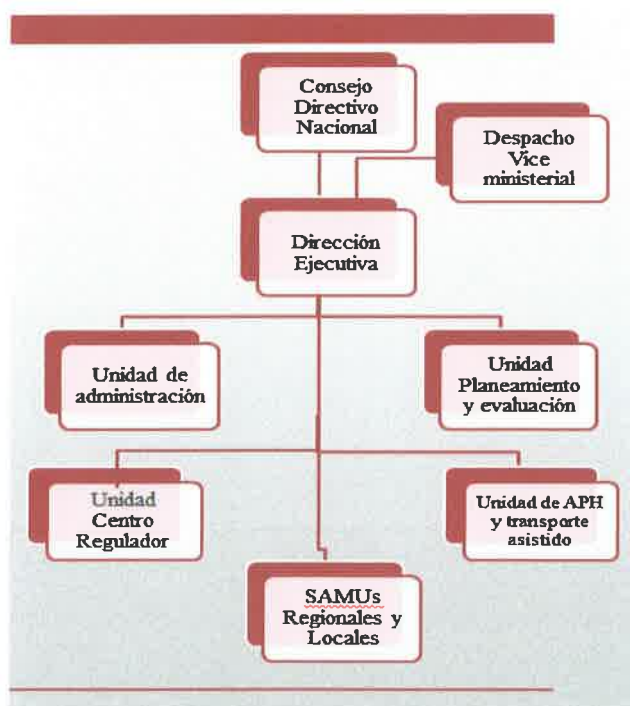
2.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

2.1.1. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación (Contenido 06)

Se presenta a continuación la estructura organizacional del SAMU, y los roles de sus principales dependencias, en Anexo 2 se describen de manera detallada estas funciones correspondientes a cada unidad.

Con RM 944-2011-MINSA Se aprueba el Manual de Operaciones del Programa Nacional SAMU,

Gráfico 3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Consejo Directivo Nacional. Está conformado por los actores:

- El Ministro de Salud, quien lo preside; pudiendo ser representado por el Viceministro de Salud
- El Ministro del Interior
- El Ministro de Defensa
- El Presidente Ejecutivo de EsSalud



- El Comandante General del Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú
- El Presidente de la Asamblea Nacional de los Gobiernos Regionales
- El Presidente de la Asociación de Municipalidades del Perú

Son atribuciones del Consejo Directivo Nacional de EL SAMU las siguientes:

- Aprobar el Plan de implementación de EL SAMU en el ámbito nacional.
- Definir los lineamientos para la articulación de los servicios de atención prehospitalaria de emergencias y urgencias, en el ámbito nacional.
- Aprobar los mecanismos y procedimientos para la articulación de la atención pre hospitalaria con la atención en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud.
- Promover la participación en el SAMU, de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Sector Privado, de conformidad con la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud.
- Proponer y promover mecanismos de participación de la ciudadanía en EL SAMU.
- Monitorear el cumplimiento de los planes operativos y las metas de EL SAMU.
- Aprobar la Memoria Anual de EL SAMU presentada y elaborada por la Dirección Ejecutiva.
- Gestionar ante el Ministerio de Salud las propuestas normativas que se requieran para el cumplimiento de las funciones de EL SAMU.
- Coordinar con los Gobiernos Regionales y locales la ejecución del Plan de implementación de EL SAMU.
- Coordinar la aplicación, supervisión y evaluación periódica de los Planes Operativos de ELSAMU.
- Elaborar y aprobar el reglamento interno que regirá para su funcionamiento
- El Consejo Directivo se sujetará a las disposiciones establecidas en el artículo 95 y siguientes sobre Órganos Colegiados de la Ley N° 27444 Del Procedimiento Administrativo General, hasta la elaboración del Reglamento Interno respectivo.

Dirección Ejecutiva Nacional

La Dirección Ejecutiva estará a cargo de un Director Ejecutivo, designado por el Ministro de Salud mediante Resolución Ministerial y siendo la máxima autoridad ejecutiva y administrativa del Programa, debiendo gestionar el cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo.

Unidad de Planeamiento y Evaluación: Es la unidad Funcional de asesoramiento, dependiente de la Dirección Ejecutiva

Unidad de Administración: Es la Unidad Funcional de apoyo, dependiente de la Dirección Ejecutiva.



Unidades de Línea

Unidad Centro Regulador (UCR)

Es la Unidad Funcional de línea dependiente de la Dirección Ejecutiva, responsable de apoyar la regulación médica de emergencias y urgencias de la población objeto del Programa Nacional SAMU, concentrar la información sobre la disponibilidad de recursos de los Establecimientos de Salud que integran la red de prestadores, así como de mantener el enlace y coordinación con los diferentes Establecimientos de Salud, a fin de lograr la eficiencia de los recursos humanos y materiales para ofrecer la mejor opción posible a la población y/o pacientes en situación de emergencia o urgencia médica.

Las principales actividades que realizan son:

- Coordinar la atención médica, de traslado de la base de unidades móviles al sitio de la urgencia médica.
- Atender la totalidad de llamadas de auxilio recibida en la UCR
- Coordinar la logística y operatividad, en la atención pre-hospitalaria de las emergencias y urgencias médicas
- Monitorear y asignar la unidad móvil disponible más adecuada y cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada.
- Asesorar, brindar apoyo médico y asistencia especializada en la elaboración y aplicación de Guías o protocolos para el manejo de pacientes graves.
- Articular la respuesta pre hospitalaria con el Establecimientos de Salud correspondiente

Unidad de Atención Pre Hospitalaria y Transporte Asistido

Es la Unidad Funcional de línea dependiente de la Dirección Ejecutiva, responsable de la coordinación con las IPRESS públicas, privadas o mixtas, del conjunto de actividades} procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre-hospitalaria, para aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental} causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida} así como disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en el Establecimientos de Salud.

Las principales actividades que realizan son:

- a. Proveer a la UCR la información de hallazgos clínicos y en su caso, el diagnóstico presuntivo, el estado psicofísico del paciente, así como las necesidades inmediatas que requieren ser preparadas en el establecimiento para la atención médica al que se dirige.
- b. Garantizar el transporte asistido de pacientes al servicio de emergencia para la atención médica.



Unidades Descentralizadas:

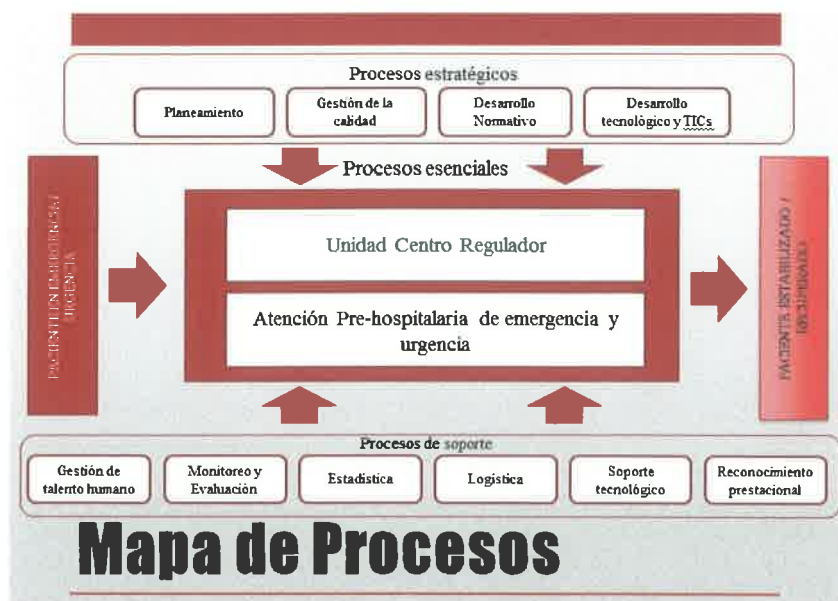
SAMUs Regionales: Son unidades dependientes de los Gobiernos Regionales, serán implementados progresivamente y ejecutarán su Plan de Implementación en coordinación con el SAMU Nacional.

SAMUs Locales: Son unidades dependientes de los Gobiernos Locales, serán implementados progresivamente y ejecutarán su Plan de Implementación en coordinación con el SAMU Regional.

MAPA DE PROCESOS

Los parámetros para la operación del Programa y la descripción de los procesos y sus relaciones se encuentran en el siguiente gráfico de Mapa de Procesos del Programa Nacional – SAMU.

Gráfico 4 Mapa de Procesos del SAMU



Descripción de los procesos principales:

Procesos Esenciales: se refiere a los procesos relacionados a la operatividad del programa en orientación directa a los usuarios.

Coordinación Prestacional y Regulación Médica: Proceso orientado a gestionar la demanda de servicios. Desarrolla los siguientes sub procesos:

- Recepción de llamada telefónica: efectuada por un operador, las 24 horas del día, los 365 días de año mediante este sub proceso registra los datos básicos del notificante y del paciente



incluyendo el número de DNI, filtra las llamadas que requerirán atención médica y las deriva al Médico Regulador y Coordinador de Seguros.

- Identificación de Pacientes: el Operador identifica el tipo de seguro para la coordinación de reembolso con la institución financiadora.
- Triage: Efectuado por el Médico Regulador, proceso por el que se determina si la atención solicitada corresponde a una Emergencia o Urgencia, asimismo asigna la prioridad, determina el tipo de ambulancia y personal a enviar al foco. Se comunica con el Despachador. Se comunica con el personal médico que atiende en el foco y decide el Establecimiento de Salud de destino.
- Consejería Médica de Urgencia: A cargo del médico regulador consiste en el interrogatorio aproximación diagnóstica e indicaciones terapéuticas.
- Soporte Médico: A cargo del Médico Regulador, aplicable a los casos
- identificados como Emergencias, consiste en indicar las medidas a fin de evitar daños secundarios.
- Despacho y Seguimiento de la Atención: Desarrollado por el Despachador, por la que selecciona el tipo de unidad con criterio geo referencial, y de disponibilidad asimismo monitoriza y realiza el seguimiento de la unidad.
- Efectúa la coordinación entre la Unidad Móvil y el Establecimiento de Salud de destino.

Atención Pre Hospitalaria de Emergencia y Urgencia. Proceso orientado a coordinar con las IPRESS públicas, privadas o mixtas, el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre hospitalaria, encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en un Establecimiento de Salud. Incluye el transporte primario.

Procesos Estratégicos: se refiere a los procesos conducentes a Planeamiento, Gestión de la Calidad, Tecnología de Salud y Tecnología de la Información y Comunicaciones (TICs) y Desarrollo Normativo.

Proceso de Planeamiento: Proceso orientado al desarrollo de los siguientes sub procesos:

- Formulación y seguimiento de Plan de trabajo
- Formulación, seguimiento y evaluación de Plan de implementación de SAMU a nivel nacional.
- Diseño, implementación y seguimiento del Programa Presupuestal con enfoque de resultados de EL SAMU.
- Ejecución de inversiones y cooperación internacional en coordinación con la oficina General de Cooperación Internacional.
- Formulación de documentos de gestión del Programa.

Proceso de Gestión de la Calidad: Proceso orientado al desarrollo de los siguientes sub procesos:



- Análisis de procesos para la identificación de la performance del Programa.
- Implementación de estrategias, metodologías y de aplicación de herramientas de gestión de calidad.
- Estandarización de procedimientos técnicos relacionados al quehacer diario del personal asistencial y administrativo del SAMU, en aspectos directamente relacionados a la atención del paciente.

Proceso de Gestión de Tecnología y TICs: Proceso orientado al desarrollo de nuevas tecnologías en telemedicina, de información, comunicaciones e informática para la atención oportuna y de calidad de pacientes en emergencias y urgencias.

Proceso de Desarrollo Normativo: Proceso orientado a la elaboración de propuestas normativas para la articulación de servicios con las IPRESS en relación a la atención Pre-Hospitalaria en el ámbito nacional, en el marco de su competencia.

Procesos de Soporte: se refiere a los procesos orientados a los procesos de Reconocimiento Prestacional, Gestión del Talento Humano, Gestión Logística, Soporte Tecnológico y de Estadística. Conforme a los lineamientos señalados por el MINSA.

Proceso Gestión del Talento Humano: Proceso orientado a lograr el desempeño óptimo del personal del Programa Nacional SAMU, para lo cual está conformado por los siguientes subprocesos:

- Desarrollo de los perfiles profesionales y técnicos.
- Elaboración de requerimientos de personal profesional y técnico.
- Inducción del personal del Programa.
- Vigilancia de la normatividad de Salud y Seguridad en el Trabajo, del personal del Programa.
- Supervisión de personal en campo.
- Evaluación del desempeño.
- Organización de la capacitación.

Proceso de Monitoreo y Evaluación: Proceso orientado al desarrollo de los siguientes subprocesos:

- Diseño de línea de base e indicadores del Programa Nacional.
- Monitoreo y evaluación de impacto.

Estadística: proceso que incluye sub procesos: extracción, manejo, procesamiento, depuración, conservación, acceso y/o colaboración de la información recolectada a través de diferentes fuentes y que gestiona el acceso y los derechos de los usuarios sobre la misma. Se establece, como un proceso transversal a la organización entrelazada en las diferentes áreas del Programa, para la toma de decisiones de las distintas unidades del Programa Nacional.



Proceso de Gestión Logística: Proceso orientado a gestionar estratégicamente el suministro de bienes y servicios, desde los proveedores hasta el paciente, para el manejo integral de la cadena de suministros, logrando el balance óptimo entre las necesidades del paciente y los recursos disponibles del Programa Nacional y su desempeño debe ser medido a través del servicio al paciente.

Proceso de Soporte Tecnológico: Proceso orientado a aplicar los principios y métodos de la ingeniería clínica y de gerencia para asegurar el uso óptimo de la tecnología médica, de la información y comunicaciones, contribuyendo a la seguridad del paciente en todos los procedimientos y elementos involucrados en la atención pre-hospitalaria. Mediante este proceso se garantiza el soporte técnico para el funcionamiento de los sistemas informáticos y de comunicaciones.

Proceso de Reconocimiento Prestacional: Proceso orientado a gestionar los reembolsos por las atenciones pre-hospitalarias prestadas conforme a las disposiciones señaladas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Procesos de Supervisión, Monitoreo y Evaluación: Son los procesos de gestión por el que se realizan verificaciones en el campo con la finalidad de generar alerta sobre el cumplimiento de los procesos operativos, analiza el avance de los planes de trabajo y determina el grado de eficacia y eficiencia con la que se emplean los recursos asignados al Programa Nacional. Se refiere a los procesos orientados al Monitoreo, Supervisión y Evaluación del Programa, que comprende el desarrollo de los siguientes sub procesos:

- Diseño de la línea de base e indicadores del Programa.
- Monitoreo de las actividades del Programa
- Supervisión de las actividades del Programa, y
- Evaluación de impacto del Programa.

Fuente: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM944-2011-MINSA.pdf>



2.1.2. Focalización/priorización y afiliación (Contenidos 7 y 8)

2.1.2.1 Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo, así como la población priorizada o atendida actualmente y la que se tiene previsto atender en los próximos años (Contenido 7).

Tabla 14. Proyección de la población demandante potencial a nivel nacional

Departamento	DEMANDA POTENCIAL DE ATENCIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA			
	2012	2013	2014	2015
AMAZONAS	5.167	5.190	5.211	5.230
ÁNCASH	19.240	19.352	19.462	19.568
APURÍMAC	6.633	6.669	6.703	6.735
AREQUIPA	27.055	27.357	27.662	27.967
AYACUCHO	12.208	12.347	12.485	12.622
CAJAMARCA	8.644	8.677	8.707	8.734
CALLAO	24.162	24.502	24.843	25.188
CUSCO	23.301	23.453	23.601	23.744
HUANCAVELICA	6.079	6.128	6.176	6.222
HUANUCO	20.915	21.082	21.244	21.401
ICA	14.519	14.670	14.820	14.968
JUNÍN	30.568	30.796	31.023	31.248
LA LIBERTAD	28.103	28.457	28.813	29.169
LAMBAYEQUE	8.708	8.783	8.858	8.931
LIMA	224.153	227.633	231.164	234.725
LORETO	24.984	25.262	25.531	25.789
MADRE DE DIOS	1.737	1.781	1.825	1.869
MOQUEGUA	4.971	5.025	5.078	5.131
PASCO	6.387	6.434	6.481	6.528
PIURA	8.989	9.064	9.138	9.211
PUNO	18.165	18.331	18.500	18.673
SAN MARTÍN	7.863	7.976	8.088	8.198
TACNA	2.759	2.795	2.831	2.867
TUMBES	1.909	1.936	1.963	1.988
UCAYALI	7.130	7.221	7.310	7.398
TOTAL	544.351	550.925	557.519	564.104

Fuente: Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados:
 “Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias
 médicas”

Por tanto, tenemos que la población demandante potencial asciende a 564.104 personas que consideran que sufrieron un accidente.



Tabla 15. Proyección de la población demandante objetivo a nivel nacional

Departamento	DEMANDA OBJETIVO DE ATENCIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA			
	2012	2013	2014	2015
AMAZONAS	4,455	4,475	4,493	4,509
ÁNCASH	15,774	15,866	15,956	16,043
APURÍMAC	5,931	5,963	5,993	6,022
AREQUIPA	17,909	18,109	18,310	18,512
AYACUCHO	11,384	11,514	11,643	11,771
CAJAMARCA	8,644	8,677	8,707	8,734
CALLAO	19,227	19,497	19,768	20,043
CUSCO	17,798	17,914	18,027	18,136
HUANCAVELICA	5,096	5,137	5,177	5,216
HUÁNUCO	13,681	13,791	13,897	13,999
ICA	11,389	11,508	11,625	11,741
JUNÍN	21,941	22,104	22,267	22,429
LA LIBERTAD	19,643	19,891	20,139	20,388
LAMBAYEQUE	7,681	7,747	7,813	7,877
LIMA	172,938	175,622	178,347	181,094
LORETO	19,174	19,387	19,593	19,791
MADRE DE DIO	1,356	1,381	1,425	1,459
MOQUEGUA	3,974	4,017	4,069	4,102
PASCO	5,397	5,437	5,477	5,516
PIURA	6,780	6,837	6,893	6,948
PLINÓ	16,664	16,816	16,971	17,130
SAN MARTÍN	6,201	6,290	6,378	6,465
TACNA	2,584	2,629	2,663	2,696
TUMBES	1,402	1,422	1,441	1,460
UCAYALI	4,866	4,928	4,989	5,049
TOTAL	421,898	426,968	432,062	437,130

Fuente: Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados: "Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas"



Tabla 16. Población objetivo por Productos y Actividades

Producto/Actividad		U.M.	2013	2014	2015	EJECUCION 2013
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "106"	Llamadas telefónicas atendidas	28,568,738	32,451,407	39,399,243	3,001,688
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Llamadas telefónicas atendidas	28,568,738	32,451,407	39,399,243	3,001,688
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	Llamadas telefónicas atendidas por médico	425,380	483,192	586,643	263,353
Actividad 2.1	Atención médica telefónica de la emergencia	Llamadas telefónicas atendidas por médico	327,849	372,406	452,138	204,655
Actividad 2.2	Despacho de la unidad móvil SAMU	Despacho de unidad móvil	97,531	110,786	134,505	58,698
Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera)	Paciente con cobertura identificada	57,256	65,037	78,961	30,480
Actividad 3.1	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera	Paciente con cobertura identificada	57,256	65,037	78,961	30,480
Producto 4	Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	Atención prehospitalaria	38,361	43,575	52,904	29,570
Actividad 4.1	Servicio de ambulancia con Soporte Vital Básico (SVB) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Atención prehospitalaria	38,361	43,575	52,904	29,570
Producto 5	Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	Atención prehospitalaria	18,894	21,462	26,057	4,101
Actividad 5.1	Servicio de ambulancia con Soporte Vital Avanzado (SVA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Atención prehospitalaria	18,894	21,462	26,057	4,101
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	Transporte asistido	23,732	26,957	32,729	20,820
Actividad 6.1	Servicio de traslado de pacientes estables (no emergencia)	Transporte asistido	18,748	21,296	25,856	12,832
Actividad 6.2	Servicio de ambulancia con soporte vital básico (SVB) para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación de emergencia.	Transporte asistido	4,984	5,661	6,873	7,988
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	Transporte asistido	6,259	7,110	8,632	7,151
Actividad 7.1	Servicio de traslado de pacientes en situación crítica	Transporte asistido	1,252	1,422	1,726	2,888
Actividad 7.2	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Transporte asistido	3,130	3,555	4,316	1,621
Actividad 7.3	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Transporte asistido	1,878	2,133	2,590	2,642



Producto/Actividad		U.M.	2013	2014	2015	EJECUCIÓN 2013
Producto 8	Atención médica de la emergencia o urgencia	Emergencia resuelta	1,349,557	1,532,970	1,861,179	238,448
Actividad 8.1	Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación	Emergencia resuelta	231,156	262,571	318,788	12,130
Actividad 8.2	Hemorragia digestiva aguda alta	Emergencia resuelta	16,067	18,250	22,158	3,793
Actividad 8.3	Cuerpo extraño en aparato digestivo	Emergencia resuelta	1,595	1,812	2,200	1,866
Actividad 8.4	Síndrome de espalda dolorosa	Emergencia resuelta	327,004	371,446	450,972	71,377
Actividad 8.5	Heridas, contusiones y traumatismos superficiales	Emergencia resuelta	558,160	634,017	769,760	107,302
Actividad 8.6	Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior	Emergencia resuelta	23,058	26,192	31,800	9,968
Actividad 8.7	Intoxicación por órgano-fosforados	Emergencia resuelta	3,448	3,917	4,756	3,977
Actividad 8.8	Desorden vascular cerebral isquémico	Emergencia resuelta	42,995	48,838	59,294	2,176
Actividad 8.9	Insuficiencia respiratoria aguda	Emergencia resuelta	66,672	75,733	91,948	16,250
Actividad 8.10	Enfermedad isquémica del corazón	Emergencia resuelta	15,677	17,807	21,620	1,987
Actividad 8.11	Litiasis urinaria	Emergencia resuelta	58,370	66,302	80,498	6,024
Actividad 8.12	Cuerpo extraño en aparato respiratorio	Emergencia resuelta	5,356	6,084	7,386	1,598
Producto 9	Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia	Emergencia resuelta	436,377	495,684	601,809	57,632
Actividad 9.1	Apendicitis aguda	Emergencia resuelta	15,568	17,683	21,469	7,434
Actividad 9.2	Colectitis	Emergencia resuelta	79,294	90,071	109,355	3,413
Actividad 9.3	Obstrucción Intestinal	Emergencia resuelta	2,520	2,862	3,475	976
Actividad 9.4	Fractura de extremidades	Emergencia resuelta	113,223	128,611	156,146	3,092
Actividad 9.5	Traumatismo Intracraneal	Emergencia resuelta	42,995	48,838	59,294	9,563
Actividad 9.6	Traumatismos múltiples severos	Emergencia resuelta	96,549	109,671	133,151	8,066
Actividad 9.7	Fractura de columna y pelvis	Emergencia resuelta	3,433	3,899	4,734	808
Actividad 9.8	Quemaduras	Emergencia resuelta	61,298	69,629	84,537	9,344
Actividad 9.9	Desorden vascular cerebral hemorrágico	Emergencia resuelta	21,497	24,419	29,647	14,936
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	Informe	64	73	88	290
Actividad 12.1	Monitoreo de la atención del programa	Informe	26	30	36	212
Actividad 12.2	Supervisión de la atención del programa	Informe	22	25	30	58
Actividad 12.3	Evaluación y control de la atención del programa	Informe	16	18	22	20
Producto 13	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención prehospitalaria y emergencia	Documento normativo	56	64	77	65
Actividad 13.1	Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención pre hospitalaria y emergencias	Documento normativo elaborado	10	11	14	38
Actividad 13.2	Implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia	Informe	56	64	77	27

Fuente: SAMU



2.1.2.2 Criterios de focalización/priorización (Contenido 8):

Criterios de selección de la población objetivo, la población atendida y la que proyecta atender el Programa
<p>En relación a la atención pre hospitalaria, los criterios de priorización son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quintiles de pobreza por provincias según FONCODES • Poblaciones con alta exposición a eventos de riesgos: Tasa de siniestralidad

Tabla 17. Población objetivo por Productos y Actividades

REGION	2012	2013	2014	2015
LIMA METROPOLITANA	X			
AMAZONAS		X		
ANCASH		X		
AYACUCHO		X		
HUANCAVELICA		X		
HUÁNUCO		X		
JUNIN		X		
LA LIBERTAD		X		
LAMBAYEQUE			X	
LORETO		X		
TACNA	X			
LIMA PROVINCIAS		X		
CALLAO		X		
CAJAMARCA			X	
CUSCO			X	
MADRE DE DIOS			X	
PIURA			X	
TUMBES				X
UCAYALI				X
AREQUIPA				X
APURIMAC				X
PASCO				X
ICA				X
SAN MARTÍN				X
PUNO				X

En este punto debemos señalar que no se encuentra en la información proporcionada los criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios de la intervención pública evaluada, así como también los instrumentos y procedimientos diseñados para la implementación de dichos criterios para cada uno de los bienes y/o servicios entregados por la Intervención Pública Evaluada.



2.1.3. Bienes y servicios provistos a la población (Contenidos 9 al 10)

2.1.3.1 Caracterización y cuantificación de los bienes y/o servicios provistos a la población atendida y que se tiene previsto atender (Contenido 9)

La tabla muestra los productos provistos a la población que el programa atendió durante el año 2013. También se muestra las metas para los años 2014 y 2015. No se cuenta con información para el año 2011 y 2012, dado que programa PP 104 inició el 2013.

Tabla 18. Productos Provistos a la Población por el SAMU – 2013

(Metas en Unidades de Atención, según cada producto y actividad)

Productos	2013 Meta Ejecutada	2013 Meta Programada	2013 % de Ejecución	2014 Proyección	2015 Proyección
Producto 1 Atención de llamadas de emergencias "106"	3,001,688	28,568,738	11	32,451,407	39,399,243
Producto 2 Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	263,353	425,380	62	483,192	586,643
Producto 3 Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera)	30,480	57,256	53	65,037	78,961
Producto 4 Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	29,570	38,361	77	43,575	52,904
Producto 5 Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	4,101	18,894	22	21,462	26,057
Producto 6 Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	20,820	23,732	88	26,957	32,729
Producto 7 Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	7,151	6,259	114	7,110	8,632
Producto 8 Atención médica de las emergencia o urgencia	238,448	1,349,557	18	1,532,970	1,861,179
Producto 9 Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	57632	436,377	13	495,684	601,809
Producto 10 Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	ND	ND	ND	ND	ND
Producto 11 Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria	ND	ND	ND	ND	ND
Producto 12 Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	290	64	453	73	88



	Productos	2013	2013	2013	2014	2015
		Meta	Meta	% de	Proyección	Proyección
		Ejecutada	Programada	Ejecución		
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	3,001,688	28,568,738	11	32,451,407	39,399,243
Actividad 2.1	Atención médica telefónica de la emergencia	204,655	327,849	62	372,406	452,138
Actividad 2.2	Despacho de la unidad móvil SAMU	58,698	97,531	60	110,786	134,505
Actividad 3.1	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera	30,480	57,256	53	65,037	78,961
Actividad 4.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Básico (SBV) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	29,570	38,361	77	43,575	52,904
Actividad 5.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Avanzado (SVA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	4,101	18,894	22	21,462	26,057
Actividad 6.1	Servicio de traslado de pacientes estables (no emergencia)	12,832	18,748	68	21,296	25,856
Actividad 6.2	Servicio de ambulancia con soporte vital básico (SVB) para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación de emergencia.	7,988	4,984	160	5,661	6,873
Actividad 7.1	Servicio de traslado de pacientes en situación crítica	2,888	1,252	231	1,422	1,726
Actividad 7.2	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	1,621	3,130	52	3,555	4,316
Actividad 7.3	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	2,642	1,878	141	2,133	2,590
Actividad 8.1	Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación	12,130	231,156	5	262,571	318,788
Actividad 8.2	Hemorragia digestiva aguda alta	3,793	16,067	24	18,250	22,158
Actividad 8.3	Cuerpo extraño en aparato digestivo	1,866	1,595	117	1,812	2,200
Actividad 8.4	Síndrome de espalda dolorosa	71,377	327,004	22	371,446	450,972
Actividad 8.5	Heridas, contusiones y traumatismos superficiales	107,302	558,160	19	634,017	769,760
Actividad 8.6	Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior	9,968	23,058	43	26,192	31,800
Actividad 8.7	Intoxicación aguda por organofosforados	3,977	3,448	115	3,917	4,756



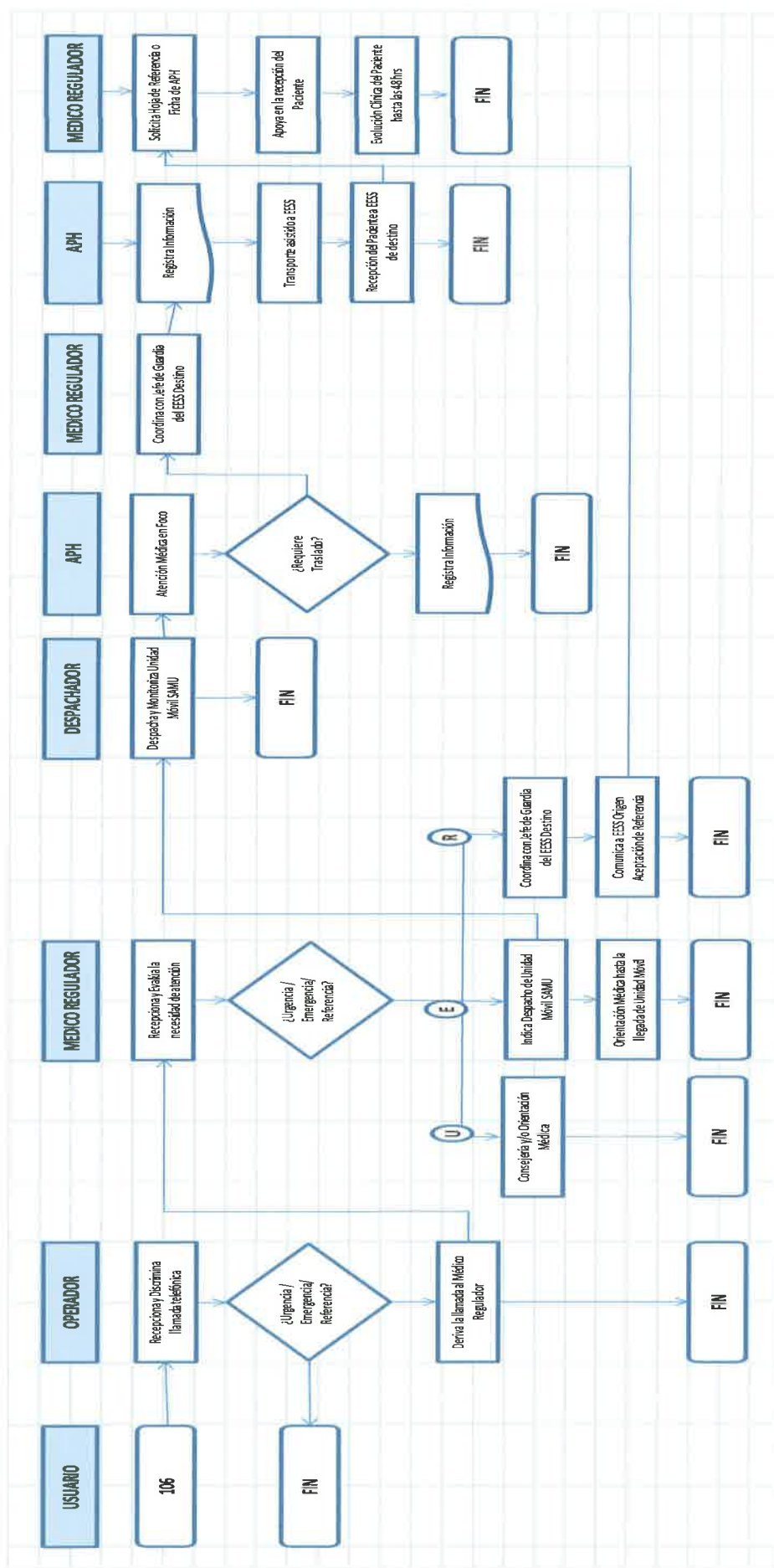
Actividad 8.8	Desorden vascular cerebral isquémico	2,176	42,995	5	48,838	59,294
Actividad 8.9	Insuficiencia respiratoria aguda	16,250	66,672	24	75,733	91,948
Actividad 8.10	Enfermedad isquémica del corazón	1,987	15,577	13	17,807	21,620
Actividad 8.11	Litiasis urinaria	6,024	58,370	10	66,302	80,498
Actividad 8.12	Cuerpo extraño en aparato respiratorio	1,598	5,356	30	6,084	7,386
Actividad 9.1	Apendicitis aguda	7,434	15,568	48	17,683	21,469
Actividad 9.2	Colelitiasis	3,314	79,294	4	90,071	109,355
Actividad 9.3	Obstrucción intestinal	976	2,520	39	2,862	3,475
Actividad 9.4	Fractura de extremidades	3,092	113,223	3	128,611	156,146
Actividad 9.5	Traumatismo intracraneal	9,563	42,995	22	48,838	59,294
Actividad 9.6	Traumatismos múltiples severos	8,066	96,549	8	109,671	133,151
Actividad 9.7	Fractura de columna y pelvis	808	3,433	24	3,899	4,734
Actividad 9.8	Quemaduras	9,344	61,298	15	69,629	84,537
Actividad 9.9	Desorden vascular cerebral hemorrágico	14,936	21,497	69	24,419	29,647
Actividad 10.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos hospitalarios diferenciados autorizados.					
Actividad 11.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos de atención ambulatoria					
Actividad 12.1	Monitoreo de la atención del programa	212	26	815	30	36
Actividad 12.2	Supervisión de la atención pre hospitalaria	58	22	264	25	30
Actividad 12.3	Evaluación y control de la atención pre hospitalaria	20	16	125	18	22
Actividad 13.1	Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención pre hospitalaria y emergencias	38	10	380	11	14
Actividad 13.2	Implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia	27	56	48	64	77

Criterios de programación de metas físicas y su cuantificación (ver anexo 3 B)

Identificación y descripción de los procesos para la entrega de los bienes y servicios identificados. Mapeo de la cadena de productos (Contenido 10)



Gráfico 5 Cadena de entrega de los productos



Se describen a continuación los procesos para la entrega de los servicios relacionados con la atención pre-hospitalaria (Productos 1 al 5 del PP SAMU), según se visualiza en el gráfico precedente:

- Los usuarios tienen acceso a una llamada telefónica o de radio en el ámbito de intervención.
- La llamada es atendida por el operador quien recepciona y discrimina la llamada.
- Deriva la llamada al médico regulador.
- El médico recepciona y evalúa la necesidad de atención. Identifica la situación de emergencia/urgencia (Prioridad I y II).
- El médico proporciona consejería y/u orientación médica.
- El médico ordena el envío de la ambulancia. Indicando el despacho de unidad móvil SAMU.
- El médico realiza coordinación y seguimiento en los servicios de emergencia con el jefe de guardia del EESS de destino.
- El médico comunica al EESS de origen la aceptación de la referencia.
- El despachador dispone el envío y orienta a la unidad móvil hasta la llegada a su destino y la ambulancia propiamente dicha que llega al "foco". Monitoriza a la unidad móvil SAMU.

2.1.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación (Contenido 11)

2.1.4.1 Disponibilidad y uso del sistema de información para seguimiento y evaluación.

Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

Disponibilidad y uso del sistema de información para seguimiento y evaluación (contenido 11).

El programa no reporta información de la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación de todos los productos de manera continua.

El plan de implementación del Programa Nacional SAMU establece un plan de monitoreo y evaluación. El programa cuenta con indicadores específicos de proceso y de resultado en relación a cada uno de los productos propuestos. La información en el plan sobre indicadores proviene de diferentes fuentes, Ministerio de Salud, encuestas nacionales, base de datos del programa, procesos de transferencias de gobiernos, entre otros. La fuente principal de información de indicadores proviene del propio programa y de los documentos de evaluación. La evaluación contemplan diferentes niveles, SAMU Nacional, SAMU Regional, Intrasectorial e Intersectorial. Asimismo la evaluación del uso e implementación de TICs para la toma de información, las reuniones de Macro de Monitoreo y Supervisión y los talleres de Asistencia y Monitoreo, así como las reuniones trimestrales.

Las definiciones operacionales sobre el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención pre-hospitalaria describen lo siguiente:



a) Monitoreo

Seguimiento periódico (mensual) del avance de la ejecución de las metas físicas a nivel nacional, regional o local, de los procesos de adquisiciones y distribución, avance de la ejecución presupuestal. Información de reportes estadísticos de actividades, reportes del Sistema Hospitalario, reportes del SIS, SIGA, SIAF, etc.

Informe técnico de evaluación a nivel nacional y regional al I Semestre y Anual.

Informe de monitoreo por trimestre.

b) Supervisión

Informe de supervisión por ámbito de intervención (SAMU NACIONAL: Lima Metropolitana-Callao, Lima Región y regiones. SAMU REGIONAL: Redes, Microrredes y Hospitales).

c) Evaluación

Informe de evaluación del desempeño del Programa del nivel nacional y regional por semestre

La Tabla N° 18 describe las definiciones operacionales de monitoreo.

Tabla 19. Definiciones Operacionales de Monitoreo del Programa

Monitoreo de la atención pre hospitalaria (5002826)

Es una actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático mediante el cual se realiza un seguimiento de los indicadores de procesos, productos y resultados del Programa Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas; así como del grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad en la asignación de los recursos programados para cada uno de los productos del nivel nacional, regional y local.

Permite comprobar la efectividad y eficiencia de los procesos mediante la identificación de los aspectos limitantes y ventajosos y que culmina implementando o recomendando medidas correctivas para orientar y reorientar procesos y optimizar los resultados.

Implica un seguimiento periódico (mensual) del avance de la ejecución de las metas físicas de cada finalidad / producto del nivel nacional, regional o local según corresponda, de los procesos de adquisiciones y distribución, avance de la ejecución presupuestal.

Se requiere contar con información válida proveniente de reportes de los diferentes sistemas implementados en los diferentes niveles: Reportes estadísticos de actividades, reportes del Sistema Hospitalario, reportes del SIS, SIGA, SIAF, etc.

Realizar informe técnico de evaluación Dos (2) Nivel nacional y regional al I Semestre y Anual.

Los informes deben ser remitidos a instancias del nivel nacional (SAMU, DGSP, OGPP, MEF y otras) y retroalimentar a las direcciones regionales de salud, para ser analizados en la perspectiva de inducir decisiones orientadas a mejorar la gestión del Programa Estratégico Reducción de la mortalidad y



discapacidad por emergencias y urgencias médicas.

CRITERIO DE PROGRAMACIÓN:

- Personal de centro regulador y de unidades móviles.
- 01 informe de monitoreo por trimestre

Supervisión de la atención pre hospitalaria (5002827)

Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, y se realiza con el objetivo de verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles según corresponda e identificar necesidades de fortalecimientos de las competencias del recurso humano.

La supervisión es una actividad de enseñanza aprendizaje en el que se interactúa con el recurso humano tomando en consideración los logros del personal y la calidad de su trabajo.

Implica el desarrollo de acciones inmediatas como la asistencia técnica, el mismo que se define como un proceso de enseñanza aprendizaje en el que se interactúa con el recurso humano supervisado, analizando los elementos críticos identificados a fin de implementar medidas correctivas. Por otro lado implica también la planificación de procesos de desarrollo de capacidades bajo otra metodología. (Talleres, pasantías etc.), a mediano y largo plazo. La actividad requiere del desplazamiento de un equipo de profesionales a los diferentes puntos de entrega de los productos a los usuarios finales (centros de costo).

CRITERIO DE PROGRAMACIÓN:

- Personal de centro regulador y de unidades móviles.
- 01 informe de supervisión por ámbito de intervención (SAMU NACIONAL: Lima Metropolitana-Callao, lima Región y regiones. SAMU REGIONAL: Redes, Microrredes y Hospitales).

Evaluación y control de la atención pre hospitalaria (5002828)

Es una actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma que permite disponer de un juicio de valor al comparar los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), demuestra el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos por el Programa Presupuestal, determina de manera periódica, sistemática y objetiva la relevancia, eficacia eficiencia e impacto de las intervenciones a la luz de los resultados (inmediato intermedio y final) deseados.

Se requiere contar con información válida proveniente de encuestas poblacionales como la ENDES, ENAHO, reportes estadísticos de las áreas de emergencia así como del propio Centro Regulador, reporte del SIS y otros.

La evaluación se realiza en los diferentes niveles para lo cual se requiere de la participación de los involucrados en los diferentes procesos y culmina con la emisión de informes.

La evaluación implica 3 etapas, la primera requiere de un trabajo de gabinete para procesar y sistematizar toda la información disponible, una segunda etapa de análisis e interpretación de la información a la luz de los indicadores y metas previstas, y una tercera etapa de socialización y elaboración de un plan que incluya



acciones a corto, mediano y largo plazo; la segunda y tercera etapa se puede realizar en reuniones con la participación de todo los involucrados, la misma que puede tener una duración de 2 o 3 días en promedio.

CRITERIO DE PROGRAMACIÓN:

- Personal de centro regulador y de unidades móviles.
- 01 informe de evaluación del desempeño del Programa del nivel nacional y regional por semestre

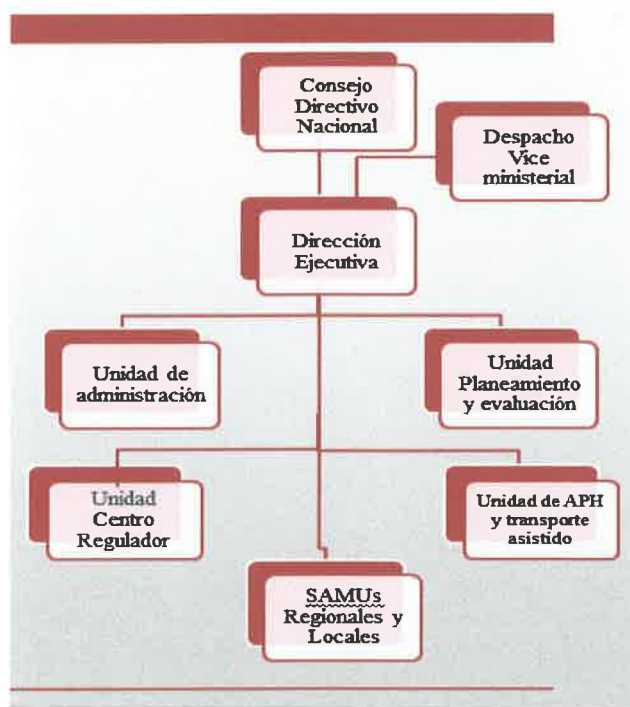


2.2. TEMAS DE EVALUACIÓN

2.2.1. Estructura Organizacional (Contenido 26)

La Estructura Organizacional del Programa Nacional SAMU, es como se describe en siguiente gráfico:

Gráfico 6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Programa Nacional SAMU:

Al inicio de la presente evaluación, el Programa Nacional SAMU se encontraba adscrito a la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud. Así el Director General de dicha Oficina oficia como Director del SAMU. Sin embargo, dentro del proceso de Reforma del Sector Salud, se ha promulgado el Decreto Legislativo N°1167, donde se crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), como un organismo público ejecutor, adscrito al MINSA, y dentro de Tercera Disposición Complementaria Transitoria de dicha norma legal, se dispone que las funciones que desarrolla el Programa Nacional SAMU sean asumidas por dicho Instituto, y que en tanto se apruebe el ROF del Instituto, continuará desarrollando sus funciones como Programa adscrito al Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Es importante señalar que el DL 1167, establece en su art. 4, como una de las funciones del IGSS, el de conducir y articular los servicios móviles de emergencias y urgencias a nivel nacional.



Una limitación importante, ha sido la movilización de nivel de dependencia del SAMU Nacional. Desde su creación el Programa SAMU ha pasado por varias dependencias (en el lapso de menos de 3 años), siendo inicialmente adscrito a la Oficina de Defensa Nacional, luego a la Dirección General de Salud de las Personas de MINSA y hace unos meses ha sido adscrito al nuevo Instituto de Gestión de Servicios de Salud (creado por DL 1167 el 7-12-13). Esta situación ha generado periodos de transición y limitaciones en la ejecución del presupuesto asignado, así como en el cumplimiento de las actividades programadas de asistencia técnica a las regiones.

En esta nueva ubicación debe fortalecerse su rol de asistencia técnica a las regiones para culminar con la implementación de los SAMU regionales (Centro regulador y Unidad de Atención Pre-hospitalaria) y establecer niveles de coordinación e integración con los servicios de emergencia de Lima Metropolitana, para clarificar su rol principal de Atención Pre hospitalario.

SAMU Regionales:

Como parte de la organización del Programa Nacional SAMU, se establece la conformación progresiva de los Programas Regionales del SAMU, así hemos podido constatar de la visita de campo realizada en las regiones de Amazonas y La libertad, las siguientes formas organizacionales:

A nivel de la Región Amazonas, el SAMU está organizado a través de una Coordinación Regional del SAMU, que depende directamente de la Dirección de Servicios de Salud, que pertenece a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Amazonas.

La Organización actual del SAMU en Región La Libertad es la siguiente:

- Gerencia Regional De Salud. Cuenta con 3 Sub-Gerencias, una de ellas es:
- Subgerencia de Cuidado Integral de la Salud, que cuenta con 3 unidades funcionales, una de ellas es:
- Unidad Funcional de Gestión de Servicios de Salud, en donde se ubica la:
- Estrategia Sanitaria Regional de SAMU – Sistema de Atención Móvil de Urgencia



Gráfico 7. Organización actual del SAMU en Región La Libertad



Se formaliza la implementación del SAMU en la Región La Libertad, mediante Resolución de Gerencia Regional N° 1555-2013-GRLL-GGR/GRSS; que aprueba el “Plan Regional de Implementación del Programa Presupuestal 104: Reducción de la Mortalidad por Emergencias y Urgencias Médicas - Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU”.

A consideración de los coordinadores de los SAMU Regionales visitados, la ubicación actual del Programa Regional de SAMU dentro de la organización de la DIRESA/GERESA es pertinente a las funciones que realiza; sin embargo hay consenso que en relación a la gestión, sin embargo, la dependencia de diferentes niveles, ocasiona demoras administrativas, y no permite una rápida capacidad de respuesta ante situaciones de emergencias mayores.

En Amazonas, el SAMU tiene la siguiente estructura, Coordinador regional, Jefatura SAMU, Jefatura de Recursos Humanos, Jefatura de Redes y Administración (Oficina de Sistema Informática y Redes, Oficina de Administración), Médico Líder de Ambulancia (Médico de Ambulancia, Enfermera Líder, Piloto Líder), Médico líder de Regulación (Médico Regulador, Teleoperador Líder).

Se considera una organización adecuada, para el SAMU pre-hospitalario a nivel de Chachapoyas. A nivel de la región, todavía no se realiza la implementación, aunque el número 106 (enmascarado) ya está activo a nivel regional. De otro lado, falta fortalecer la coordinación regional con el de las unidades ejecutoras y con el nivel hospitalario.

En Amazonas, se considera que al ser parte de la DIRESA, permite el trabajo colaborativo con otras áreas como presupuesto. De otro lado, algunas actividades del SAMU se sobreponen con la de otros programas como es el caso del programa de “Reducción de la Vulnerabilidad y Atención de Emergencias”. Ambos programas podrían trabajar de manera coordinada.

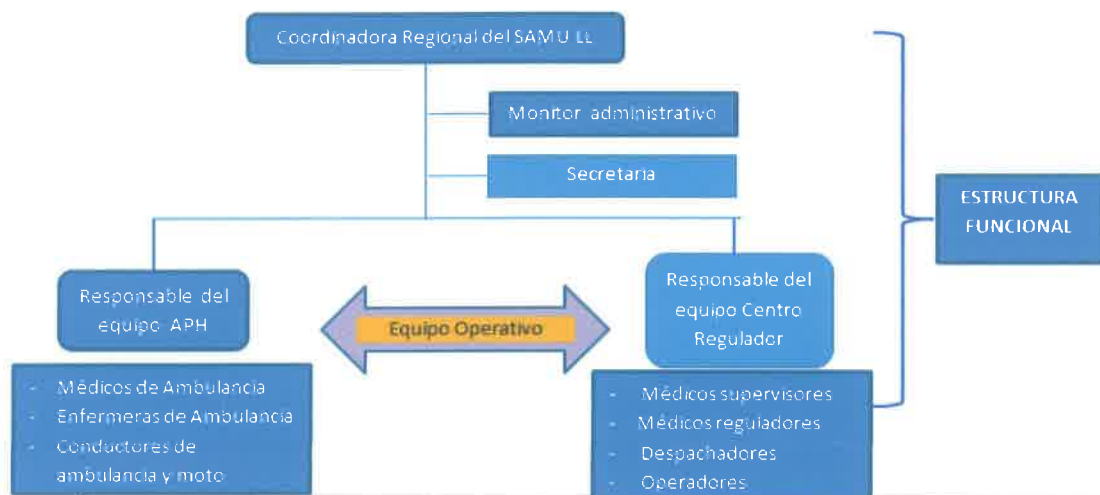


Las actividades se han iniciado solo en Chachapoyas. A este nivel existe las acciones de articulación entre el centro regulador y la atención pre-hospitalaria son adecuadas. Toda la atención pre-hospitalaria se maneja desde la coordinación y tiene un local en donde están las ambulancias y funciona el centro regulador. Todavía falta un trabajo mayor a nivel regional y a nivel hospitalario.

La Organización interna del SAMU en Región La Libertad es la siguiente:

- Equipos Técnicos de Gestión Administrativa, Central Reguladora, Atención Pre-Hospitalaria y Transporte Asistido.

Gráfico 8. Organización interna del SAMU en Región La Libertad



Fuente: Lineamientos de Organización y Funcionamiento de la Atención Prehospitalaria del SAMU La Libertad

En La Libertad, desde el punto de vista funcional considera su ubicación adecuada, sin embargo hay limitaciones y demoras en las gestiones administrativas por el nivel jerárquico que tiene actualmente. Considera ideal que dependiera directamente de la subgerencia.

En La Libertad, La organización interna, funciona, pero el problema es la limitada cantidad de RRHH, se tiene 1 solo equipo para 24 horas, y según al cálculo para cubrir la demanda potencial se debiera tener 10 equipos, y lo mínimo es 3 equipos según la demanda actual.

En general, se evidencia limitaciones y demoras en las gestiones administrativas por el nivel jerárquico que ocupa actualmente el Programa SAMU en las regiones evaluadas. Se requiere coordinar a nivel Regional para su ubicación inmediata, dependiendo orgánicamente de una Dirección General de línea.



La percepción de los jefes de emergencia de los hospitales regionales con respecto al SAMU, es de resaltar su accionar dentro de la atención pre-hospitalaria, o de transporte de pacientes (caso La Libertad señalan que “el 80% de atenciones de ambulancias es para exámenes auxiliares de los pacientes”). En el caso de Lima lo relacionan con los productos del 1 al 7.

Los jefes de emergencia perciben que la organización del SAMU aún está en proceso. Para el caso de Lima refieren que la relación con el SAMU es a través de las acciones de transferencia de pacientes interhospitalares, y del traslado a la emergencia. No existe ningún otro proceso de integración.

2.2.2. Focalización/priorización y afiliación (Contenidos 27 al 30)

2.2.2.1 Pertinencia de los criterios (Contenido 27 y 28)

Pertinencia de los criterios - Población potencial y objetivo (Contenido 27)

Población potencial y objetivo que se ha considerado para definir las metas de atención del SAMU a nivel regional:

La población potencial objetivo del SAMU propuesta desde el inicio del programa fue considerada como aquella que se encuentran en situación de emergencia, que sufre de un evento y requieren de una atención de urgencia o emergencia. La población potencial fue estimada en base a la frecuencia de búsqueda de atención por accidente de la encuesta ENAHO. Para cada región se obtuvo la población estimada y se precisó que este indicador probablemente subestime la población potencial beneficiaria. No fueron indicadas otras formas para estimar la población objetivo.

Los criterios para definir la población y de aquí estimar las metas en cada región no han sido claros. En el caso de Trujillo y Chachapoyas, las metas se han definido en base a la población total, y un estimando del porcentaje total de la población que podría requerir de la atención de emergencias. Esto ha resultado en cambios periódicos en las metas físicas de algunos productos. Lo mismo ocurre con la estimación de las metas programadas en el caso de la atención hospitalaria.

Aunque puede resultar difícil estimar la población total que podría requerir de la atención de emergencias para el establecimiento de metas, una alternativa plausible podría ser la estimación en base a la información procedente de otras fuentes como el de las atenciones en emergencia en los establecimientos de salud, la atención de la policía, bomberos y ESSALUD. Es probable que esto requiera de un estudio de línea de base.



Pertinencia de los criterios - Focalización (Contenido 28)

Los criterios de focalización en relación a la atención pre-hospitalaria basados en quintiles de pobreza y a tasas de siniestralidad es adecuada. Utilizando estos criterios es que se ha iniciado la etapa de implementación a nivel de las regiones, aunque las programaciones se han modificado. No obstante, el tamaño de la población, la situación geográfica, la accesibilidad debe ser considerada en la implementación del SAMU en cada región. De otro lado sería importante adecuar el SAMU a las características propias de cada localidad y región.

En Amazonas, refieren que la población objetivo ha sido definida desde el nivel central. La Población objetivo es toda la población del Distrito de Chachapoyas que está estimada en 28,090 habitantes. El radio definido es de una hora.

En el Plan de implementación del SAMU de La Libertad, se propuso iniciar con la Población de la provincia de Trujillo (zona urbana con mayor riesgo de exposición): 975,486 habitantes. Esto se planteó en base a estadísticas de accidentes, emergencias y zonas de riesgo de emergencias. En especial con estadísticas de bomberos. Al inicio no se tenía definiciones operacionales claras y EFP. La programación de metas físicas se trabajó sobre la información histórica disponible. P. ej. En llamadas se planteó 1millon y se posteriormente se replanteó a 68 mil. En propuesta de metas para el 2015: Se trabaja al 85% de lo óptimo.

2.2.2.2 Afiliación de beneficiarios (Contenido 29)

No se ha considerado en Matriz de evaluación, por lo que no se ha realizado.

2.2.2.3 Focalización (Contenido 30)

Tal como se señala en ítem 2.2.1 en ambas regiones visitas, se ha considerado en una primera fase, focalizar las acciones en la zona urbana de las provincias donde se encuentra la capital regional.

En Amazonas, se ha previsto como Población objetivo para iniciar el programa a toda la población del Distrito de Chachapoyas que está estimada en 28,090 habitantes. El radio definido es de una hora.

En La Libertad, se propuso iniciar con la Población de la provincia de Trujillo (zona urbana con mayor riesgo de exposición): 975,486 habitantes. Esto se planteó en base a estadísticas de accidentes, emergencias y zonas de riesgo de emergencias. En especial con estadísticas de bomberos.



2.2.3. Bienes y/o servicios provistos a la población (Contenido 31)

2.2.3.1 Evaluación del proceso de obtención y entrega de los bienes y/o servicios (Contenido 31)

Evaluación de los procesos y servicios relacionados con Centros Reguladores:

En las regiones evaluadas se han implementado los Centros Reguladores que incluyen una central telefónica y la Línea 106 con número enmascarado.

Los **Centros Reguladores** de las regiones evaluadas no cuentan con los recursos humanos suficientes para la entrega del **Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas** (insuficientes operadores), ni para la **Atención médica telefónica de la emergencia** ni del Servicio de **Despacho de la unidad móvil SAMU** (no se cubre mes de vacaciones de médico regulador ni del Despachador), según los procesos descritos en Gráfico 5. El tema de recursos humanos es uno de los cuellos de botella para garantizar una buena prestación de los servicios del SAMU.

Avances en Amazonas (Chachapoyas):

El programa inició con 28 personas y ahora tienen 23. Respecto al financiamiento, el presente año 2014 existe financiamiento disponible para los primeros meses, no se confirma aún si habrá presupuesto para el resto del año, lo que peligra la continuidad del programa. Asimismo los presupuestos aprobados son insuficientes para el cumplimiento de metas y para cubrir con los gastos en recursos humanos y logísticos.

Avances en La Libertad (Trujillo):

Los Recursos humanos actuales con que cuenta: 1 Médico coord. Regional, Médico supervisor: este año no cuenta, 2013 aunque al inicio del SAMU, en año 2013, se tuvo 3 supervisores y Médico Regulador. Los honorarios mensuales que reciben son: 2800 medico, 1650 enfermera u otro profesional, 1300 chofer y operador.

En Set. 2013, se inicia el funcionamiento de Centro Regulador con la implementación de la central telefónica y la Línea 106 (número enmascarado).

En 2014: no se cuenta con Médico Supervisor, ni con operador. A la fecha, recepciona la llamada cualquier otro personal que esté disponible (despachador o médico). Despachadores: 4. En vacaciones no cubre. Médico Regulador: 4. Deberían tener el doble considerando la actual demanda.

En año 2013: se tenía presupuesto con el cual en partida 2.6 se compró una ambulancia tipo II equipada (232 mil soles), se consideró el equipamiento de centro regulador, y compra de equipos. Aquí debe tomarse en cuenta que en 2013 se tenía previsto iniciar la operación del SAMU en mayo, pero como se postergó el inicio, se contaron con presupuesto no ejecutado, y con ello se contrató personal para 3 equipos de 24 horas. En 2014 ya no contó con estos recursos y se debió reducir el personal y devolver una de las Ambulancias (del Hosp. Regional).



Avances en Regiones a nivel nacional:

Para el año 2014 y para el año 2015 se mantienen solo las 11 regiones para implementar la Central de Regulación. A continuación, el detalle del proceso de implementación en relación a Centro Regulador:

- **AVANCES REFERENTE AL CENTRO REGULADOR:**

- 11 DIRESAS que cuentan con personal, equipos y mobiliarios de la Central de regulación, estas son:
 1. AMAZONAS
 2. ANCASH
 3. AYACUCHO
 4. HUANCVELICA
 5. HUANUCO
 6. JUNIN
 7. LA LIBERTAD
 8. LORETO
 9. TACNA
 10. LIMA
 11. CALLAO

Evaluación de los procesos y servicios relacionados con la Atención Pre-Hospitalaria (APH):

A nivel de las regiones evaluadas se cuenta con ambulancias disponibles para la Atención Pre-Hospitalaria (APH), sin embargo en el caso de Amazonas (Chachapoyas) las dos con que cuentan, una rural y otra urbana (ambas de tipo II) están préstamo, y en La Libertad (Trujillo) cuentan con una Ambulancia propia tipo II completamente equipada según norma técnica y otra tipo I rural en préstamo por Hospital Belén (sin equipamiento). Ambas operativas.

Respecto a los recursos humanos, se cuentan con los equipos de APH, para la operatividad permanente de una unidad móvil las 24 horas para los siguientes servicios: **Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"**, sin embargo no se cuenta con los recursos para la prestación del servicio de **Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"**. No se cuenta con médico especialista (emergenciólogo o intensivista). Por otro lado, según lo reportado, no se cuenta con Ambulancias tipo III.

El personal de los equipos de APH ha sido capacitado al inicio en las acciones de soporte vital básico y avanzado según los protocolos de atención que maneja el SAMU. Sin embargo, en las regiones evaluadas solo parte del el personal inicialmente capacitado permanece en el SAMU.

Existen dificultades en contratar personal profesional calificado en la atención pre-hospitalaria, debido a las restricciones en la propia oferta de las universidades; por lo que el SAMU Nacional o los regionales deben invertir en calificar a los profesionales que contratan para lograr que cumplan con las competencias requeridas. Se sugiere que el SAMU Nacional, pueda establecer



convenios con entidades formadoras de profesionales de salud, con los cuales se puedan brindar esta formación y capacitación especializada, y que pudiera ser a su vez fuente de recursos profesionales que pueden luego integrarse al SAMU.

Nuevamente el tema de recursos humanos en número suficiente y con las competencias adecuadas es uno de los factores restrictores para garantizar una buena prestación de los servicios del SAMU.

Avances en Amazonas (Chachapoyas):

Se cuenta con dos ambulancias tipo II. Las ambulancias están equipadas de acuerdo al nivel. La ambulancia que sale de rutina tiene algunas fallas eléctricas. Una se utiliza solo como reten y la otra es la que funciona regularmente.

Las unidades son prestadas. No existen convenios vigentes. Una del "Hospital Rodríguez de Mendoza" y la otra del "Hospital Virgen de Fátima". Una no tiene el logo del SAMU y a otra se colocó recientemente. Existieron problemas para la adquisición de la ambulancia propia para el SAMU. El presupuesto destinado a la compra de la ambulancia se revirtió al tesoro público por problemas durante el proceso de compra. De otro lado, otro problema fue el que parte del presupuesto para la compra de una ambulancia se utilizó para comprar una movilidad, camioneta, para otro programa.

Actualmente el SAMU cuenta con 23 personas contratadas. (8 médicos, 4 enfermeras, 4 operadores -técnicos de enfermería, 4 pilotos, 1 administrador, 1 ingeniero y 1 vigilante). Los equipos cubren los turnos de 24 horas.

El personal recibió al inicio del programa dos capacitaciones del SAMU Central, se otorgaron constancias, las capacitaciones (talleres) incluyeron soporte vital básico, avanzado y sobre las operaciones del SAMU. Se otorgaron constancias de formación. No todo el personal ha continuado en estos seis meses. Doce personas nuevas se han integrado. Estas personas no han recibido capacitación formal, aunque recibieron réplicas del personal que recibió la capacitación inicial.

Si se han cumplido las metas físicas.

Avances en La Libertad (Trujillo):

Cuentan con una Ambulancia tipo II completamente equipada según norma técnica y otra tipo I rural en préstamo por Hosp. Belén (sin equipamiento). Ambas operativas.

El 2013, se tenía tres ambulancias en marco de Actas de apoyo interinstitucional vigentes con Hosp. Regional, Hosp. Belén, y Hosp. El Porvenir. Pero dicho apoyo en 2014 se suspendió por falta de recursos Humanos.

Ambulancia de Belén; está disponible pero no tiene equipo. Se utiliza por ser 4x4 en las zonas o caminos donde la Ambulancia Urbana no llega.

Recursos humanos contratados directamente el SAMU para la operación de las ambulancias: Equipo Unidad móvil: médico (5), enfermera (5) y chofer (5). Actualmente se cubre 1 equipo para



24 horas. Según el cálculo para cubrir la demanda potencial se debiera tener 10 equipos, y lo mínimo es 3 equipos según la demanda actual.

En relación a la calificación del personal que labora en el Centro Regulador: Los Médicos Reguladores: si tiene capacitación, al igual que el Despachador. Médico Supervisor en 2013: si había recibido capacitación, pero se perdió este recurso por limitación de presupuesto.

La capacidad del PP 104 SAMU en la programación de metas, está condicionada principalmente por Recursos Humanos.

Avances en Regiones a nivel nacional:

Para el año 2014 y para el año 2015 se mantienen solo las 11 regiones para implementar la Atención Pre-Hospitalaria. A continuación, el detalle del proceso de implementación:

- **AVANCES REFERENTE A LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA:** Los avances a nivel de Atención Pre Hospitalaria a nivel nacional va de acuerdo a la activación del sistema de atención que se inicia a través de la llamada al número 106 establecido para el Centro Regulador.

- **Referente al Servicio de Transporte Asistido:** Podemos mencionar, según regiones la siguiente información:

1. Junín: Cuenta con 02 ambulancias (Tipo I y tipo II)
2. Lima (Provincias) : Cuenta con 02 ambulancias tipo I y tipo II
3. La Libertad: Cuenta con 01 Ambulancia Tipo II
4. Huanavelica cuenta con una 01 Ambulancia tipo I
5. Callao cuenta con 02 ambulancias tipo I y tipo II
6. Ancash cuenta con 02 ambulancias (1Tipo II y 1 tipo III). A través de Convenio cuentan con 60 ambulancias periféricas para atenciones médicas de emergencias masivas, según refiere el nuevo coordinador del SAMU Ancash (Dr. Jorge Ortiz Olivera).
7. Amazonas: Cuenta con 01 ambulancia tipo II
8. Loreto: Cuenta con 01 Ambulancia tipo I
9. Ayacucho: Cuenta con 01 Ambulancia tipo II
10. Tacna: Cuenta con 02 ambulancias (tipo II y III).
11. Huánuco: Cuenta con 01 Ambulancia tipo II

Capacitación del personal del SAMU en guías y protocolos pre-hospitalarios:

En Amazonas, Existen guías y protocolo de atención generales para la atención pre-hospitalaria en relación a la operación del centro regulador. El personal fue capacitado. Aunque existe la necesidad de más guías para la atención específica de condiciones en el manejo pre-hospitalarias.

En Trujillo, el Personal SAMU ha sido capacitado en manejo de vía aérea, y cuentan con acreditación BLS (Basic Life Support). Equipo anterior estaba capacitado en Elsevier. Se están elaborando Guías de atención. SAMU Nacional sólo tiene 10 guías pero no están validadas.



Convenios con otras instituciones para los servicios relacionados con la Atención Pre-Hospitalaria (APH):

En las regiones evaluadas, hay un reconocimiento que en la actualidad son los Bomberos los que tienen un rol preponderante en la APH. Por otro lado refieren la necesidad de una mayor coordinación. En tal sentido, a la fecha de las visitas, estos convenios se encontraban pendientes de formalizarse. En el caso de La Libertad, este Convenio estaba ya próximo a concretarse.

Evaluación de los procesos y servicios relacionados con la Atención Hospitalaria:

En las regiones evaluadas, se considera que existe un desconocimiento de las autoridades de los Hospitales de que es el SAMU, de los productos que están incluidos como parte de éste; en particular de aquellos relacionados con la Atención Hospitalaria. Igualmente, de cómo implementarlo y cuál es su participación en el programa. No se tenía programación ni asignación presupuestal en los productos *Atención médica de la emergencia o urgencia, Atención médica de la emergencia o urgencia* y Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados

Resumen de las Principales dificultades que limitan la provisión de servicios del SAMU, y Soluciones que se proponen para resolver estos problemas

Avances en Amazonas (Chachapoyas):

Una dificultad es la falta de convenios con otras instituciones como los Bomberos. La pobre relación con las autoridades del hospital, dirección. Igualmente, la pobre difusión del programa SAMU a la población. No existen recursos propios del SAMU, tal es el caso de las ambulancias que son prestadas.

Falta de coordinación entre el SAMU pre-hospitalario y hospitalario. Hay limitaciones en los procesos de adquisición. Los presupuestos son insuficientes para cumplir las metas.

El Local no es propio, es alquilado. Aunque el local no es el ideal, no ha habido dificultades en el funcionamiento del SAMU. Falta de capacitación continua del personal es otra restricción.

Uno de los principales cuellos de botella es la falta de coordinación entre los diferentes actores que deberían participar del programa como la coordinación entre el Hospital y DIRESA-SAMU.

Múltiples labores del coordinador quien maneja además otros programas. El sistema de referencias y contra-referencias también ahora es parte de las actividades del SAMU. Y no son claras aún las funciones, delimitación de las responsabilidades y coordinaciones.

Desconocimiento de las unidades ejecutoras de que es el SAMU, como implementarlos y cuál es su participación en el programa. Igualmente de Autoridades del Hospital y de los Bomberos. Se requiere apoyo desde el nivel central para facilitar la colaboración de las autoridades y el SAMU a nivel de la DIRESA y lograr el "reconocimiento" del SAMU. Un local propio para el SAMU con el apoyo del gobierno local o regional. Asignar los presupuestos solicitados.

La comunicación es vía telefónica. No se han implementado otras tecnologías de comunicación (Radio, telemedicina, etc.).



No existe una implementación del SAMU pre-hospitalario a nivel regional, está restringido a Chachapoyas. El SAMU en algunas redes locales como la de Bagua es a nivel hospitalario. A través del presupuesto SAMU hospitalario se están contratando recursos humanos para atender emergencias.

Avances en La Libertad (Trujillo):

Las principales dificultades que limitan la provisión de servicios son: falta de difusión del SAMU. Falta mayor número de unidades móviles propias (solo tienen una). RRHH para Centro reg. Y APH. Presupuesto insuficiente para productos e insumos. Medicamentos, combustible.

Soluciones propuestas. 1. Lanzamiento oficial con apoyo de SAMU Lima. 2. Convenio con Bomberos. 3. Convenios de reembolsos con SIS, ESSALUD. El Presupuesto programado difiere del PIA aprobado.

Falta asesoramiento en las especificaciones Técnicas de equipos, generan dificultades en Logística para su adquisición. Convenio de Bomberos no firma aún. Algunos obstáculos iniciales y requerimientos (insumos, medicamentos). Pero ya se llegó acuerdo.

Soluciones: asesoría de Lima que ya está en curso este año. Principales restricciones son los de recursos humanos suficientes.

Existencia de un tarifario diferenciado aprobado y vigente. Existencia de convenios que garanticen el recupero financiero por las prestaciones que brinda el SAMU

En Amazonas (Chachapoyas) no existe tarifario diferenciado. Se necesita mayor personal asistencial para cubrir los turnos de 24 horas, licencias, etc. Sobre la cobertura financiera, solo la asistencia pre-hospitalaria es gratuita a través del SAMU, no existen mecanismos para recuperar los gastos.

En La Libertad (Trujillo), lo del tarifario diferenciado aún no se ha trabajado, pero se ha considerado trabajar una propuesta, para ello requieren asistencia técnica del SAMU central para determinación de costos y tarifas.

ESTADO SITUACIONAL GENERAL DEL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 104: "REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIA Y URGENCIAS EMDICAS" (PROGRAMA NACIONAL "SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIAS"-SAMU)

El Programa Presupuestal PP 104 se viene implementando en (17) Regiones, de los cuales solo (11) regiones vienen implementando los productos y actividades del SAMU regional, específicamente la implementación de la Central de Regulación y atención pre-hospitalaria. Las demás regiones (6) solo vienen implementando el programa a nivel de Unidades ejecutoras de Hospitales y redes de Salud.



CRITERIOS PARA EL PROCESO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL PP 104:

De la revisión documental realizada, concluimos que no se haya identificado el uso de un criterio (p. ej. como el de alta tasa de siniestralidad) para la elección de las prioridades de las regiones de implementación.

2.2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación (Contenidos 32 al 33)

2.2.4.1 Pertinencia de los indicadores (Contenido 32)

Todos los indicadores del programa son medibles y tienen fuentes de datos específicas (Ej. Base de datos SAMU, registros hospitalarios, base de datos ENDES, encuesta Nacional de Hogares – ENAHO). El seguimiento de la intervención en teoría se realiza a través de estos indicadores claramente definidos y detallados. No obstante, en la práctica estos indicadores no se han validado y son insuficientes para evaluar los resultados, aceptabilidad o el impacto del programa. La mayoría de los indicadores son de procesos.

Es probable que sea necesaria la incorporación de otros indicadores que permitan medir el grado de implementación, aceptabilidad de la intervención e impacto. La carencia de estos indicadores es una de las limitaciones encontradas en la evaluación del programa en las regiones estudiadas. En los casos de Chachapoyas y Trujillo los únicos indicadores que regularmente se reportan son aquellos obtenidos directamente del SAMU, de las actividades de proceso de la central reguladora y de las atenciones pre-hospitalarias de sus ambulancias. No se tiene información para evaluar el resultado del programa utilizando indicadores de otras fuentes más allá de las fuentes directas operativas del SAMU regional o local (Ej. reporte de encuestas poblacionales a nivel regional o local, reportes estadísticos de las áreas de emergencia, indicadores hospitalarios, certificados de defunción, reportes del SIS, condiciones trazadoras como traumatismos, conocimientos de la población del programa, aceptabilidad, uso de las emergencias entre otros).

Existencia de un sistema de seguimiento del PP 104 SAMU. Instrumentos que utilizan para el seguimiento

En Amazonas: Existen reportes periódicos (trimestrales) que el Supervisor del SAMU remite al coordinador general y quien a su vez remite al SAMU central. Las reuniones son mensuales entre el coordinador y el supervisor. El seguimiento solo se hace en base a la información que ingresa al centro regulador. De otro lado desde la coordinación del SAMU del hospital se reportan las referencias y contra-referencias. De las otras redes de salud han enviado las referencias y contra-referencias desde el mes de Marzo. No existe una forma todavía una consolidación o monitoreo de las referencias o contra-referencias u otras actividades.

En Trujillo: No se cuenta con un sistema como tal, pero si se realizan reportes periódicos (trimestrales) generados por el Centro Regulador y que se remite al SAMU central. Reuniones



cuadernos de relevo. Formatos y hojas de trabajo son monitorizados por c. reguladora. Seguimiento de recursos. Seguimiento de caso atendido se realiza solo si fue atendido o falleció. Uno de los estadísticos realiza reportes trimestrales de indicadores de seguimiento de metas físicas. No cuentan con software de seguimiento., como lo tiene Lima.

Coordinación y seguimiento de las emergencias a nivel inter hospitalario en su región.

En Amazonas: Se realiza a través de la Central Reguladora.

En Trujillo: No existe a nivel de región La Libertad. Solo en emergencias Obstétricas. Y eso está a cargo de Equipo Técnico de Materno de la GERESA.

2.2.4.2 Disponibilidad y uso de un Sistema de Seguimiento (Contenido 33)

El programa cuenta con un plan de implementación que establece a su vez un plan de monitoreo y evaluación a diferentes, SAMU Nacional, SAMU Regional, Intrasectorial e Intersectorial. En el plan se consideran indicadores y diferentes fuentes de información (Ministerio de Salud, encuestas nacionales, base de datos del programa, procesos de transferencias de gobiernos, SAMU, etc.). Además contiene definiciones operacionales sobre monitoreo, supervisión, evaluación y control específicamente de la atención pre-hospitalaria.

Aunque están claramente descritas las actividades, en la práctica a nivel regional no se ha encontrado un sistema propio de seguimiento y evaluación. El monitoreo de actividades es principalmente focalizado a algunas actividades. La información no está estandarizada o la forma de obtención sistematizada. Se carece de un programa informático de seguimiento. De otro lado todavía no se tiene aún un sistema de seguimiento apropiado de los casos una vez atendidos en el nivel hospitalario. La falta de coordinación del nivel hospitalario y pre-hospitalario limita el seguimiento. Los formatos de seguimiento han sido elaborados por el SAMU central para el manejo operativo interno de los SAMU regionales. Todavía no se elaborado y validado instrumentos para el seguimiento de los indicadores.

A través del monitoreo se evalúa principalmente el avance de la ejecución de las metas físicas, procesos de adquisiciones y distribución, avance de la ejecución presupuestal el seguimiento es mensual través del SIGA y SIAF.

Respecto a las referencias y contra-referencias el sistema funciona aún bajo el esquema anterior.

La información obtenida es utilizada principalmente para las operaciones internas del SAMU central. La información es dispersa, con limitaciones para su acceso y todavía no es utilizada para retroalimentar a otras unidades ejecutoras. Estandarizar la información a recolectar y diseñar un sistema informático de recojo de información puede facilitar la retroalimentación y la toma de decisiones a diferentes niveles.



Generación de indicadores de producción física y de desempeño pertinente, de calidad, periódico y oportuno. Unidad encargada de llevar acabo el seguimiento.

En Amazonas el seguimiento se realiza a través de indicadores obtenidos directamente de las operaciones y actividades del SAMU a nivel de la Central Reguladora y la atención pre-hospitalaria. No existe un sistema de seguimiento de indicadores a nivel hospitalario.

En Trujillo: No existe un sistema de seguimiento propiamente dicho. Indicadores que se generan son principalmente de producción., y son generados por la Central Reguladora.

Disponibilidad de la información generada por el sistema de seguimiento a las unidades orgánicas relevantes de manera oportuna para retroalimentar la toma de decisiones

En Amazonas no se ha implementado un sistema de seguimiento o retro-alimentación.

En Trujillo: El Seguimiento es más interno no se retroalimenta a otras unidades.

Identificación de las fuentes de verificación de los indicadores. Pertinencia de los métodos de recopilación y análisis de los datos

En Amazonas no existe un sistema de verificación de indicadores. Los datos se recogen del centro regulador. El análisis no está estandarizado.

En Trujillo: Los Datos de producción del SAMU, son reportados por su Centro Regulador. Las fuentes son reportes internos de las acciones. Los formatos son proporcionados por SAMU Lima, pero la base de datos en Excel de las atenciones. Y sobre esto se generan los reporte de indicadores. Por ej. indicadores de producción del centro regulador.

Existencia de un plan de seguimiento a nivel regional. Instrumentos de recojo de datos. Existencia de un aplicativo informático que le permita automatizar el proceso de monitoreo

En Amazonas todavía no existe un plan de implementación o seguimiento a nivel regional. A nivel local el recojo de datos es directamente de las actividades de la central reguladora. No fueron validados. Existe una hoja Excel en la que se recogen los datos. No existe un aplicativo informático. No están estandarizados desde el nivel central.

En Trujillo: No hay plan de seguimiento a nivel regional. Solo la producción del centro regulador. No hay aplicativo informático.

A nivel de Emergencia de los Hospitales: No se tiene plan de seguimiento ni aplicativo informático. El único nivel de recojo de información es el existente a nivel de hospital (Libros de registro de atenciones de tópico, fichas de atención y estadística de atenciones de pacientes).



SECCION 3: PRESUPUESTO Y RESULTADOS

3.1. INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

3.1.1. Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenidos 12-13)

3.1.1.1 Criterios de asignación/distribución de recursos, según corresponda: {a} entre un líneas de gasto; (b) regiones; (c) unidades ejecutoras (Contenido 12)

El plan de implementación progresiva considerado en el Anexo 02 del Diseño del PP, se considera los primeros departamentos con las provincias con mayor pobreza y la más alta siniestralidad para el año 2012, los 6 siguientes para el año 2013, los 6 siguientes para el 2014 y los 7 restantes para el año 2015, a partir del cual se espera que la implementación sea a nivel nacional.

a) **Entre Líneas de Gasto.** Existe una distribución del gasto en función de la naturaleza de cada Unidad Ejecutora, ya que en este proceso de implementación, algunas Unidades Ejecutoras como las DIRESAS tienen productos y actividades para gestionar e implementar su SAMU, mientras que los Hospitales, DiSAS, Redes, sólo llegan a nivel de Productos y actividades de carácter prestacional.

b) **Regiones:** La implementación de Regiones ha sido definida por el SAMU de la siguiente manera:

Tabla 20. Implementación del Programa en Regiones

2013	2014	2015
<ul style="list-style-type: none">• Amazonas• Ancash• Ayacucho• Huancavelica• Huánuco• Junín• La Libertad• Loreto• Tacna• Lima• Callao •	<ul style="list-style-type: none">• Cajamarca• Cusco• Lambayeque• Madre De Dios• Piura	<ul style="list-style-type: none">• Apurímac• Arequipa• Cerro de Pasco• Ica• Puno• San Martín• Tumbes• Ucayali

Fuente. SAMU



No se han detallado los criterios establecidos por el SAMU para determinar el orden de prelación de las regiones en la implementación del programa

c) Unidades Ejecutoras. El alcance de implementación tiene 2 niveles:

LIMA	REGIONES
Unidades Ejecutoras: DISAS, Hospitales, Institutos Especializados, REDES	DIRESAS Hospitales

3.1.1.2 Mecanismos de transferencia de recursos a beneficiarios y/o ejecutores intermedios y finales, (Contenido 13)

Mecanismos de Transferencias
Fuente: Recursos Ordinarios.
Las transferencias son realizadas por cada pliego que apertura el PpR 104

Tabla 21. Convenios Específicos de Cooperación Iner Institucional

Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional las partes se comprometen	OBSERVACIÓN
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE LAS PARTES 6,1 Son obligaciones de EL MINSA: EL MINSA se compromete a aportar recursos humanos asistenciales, a través del Programa Nacional denominado 'Sistema de Atención Móvil de Urgencias - SAMU', por lo que seleccionará y contratará profesionales asistenciales para que conjuntamente con el CGBVP formen equipos asistenciales especializados en emergencias para cada unidad móvil asistencial. A tal efecto "EL SAMU", será responsable de las retribuciones económicas del personal asistencial contratado, bajo el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios por EL MINSA. EL MINSA brindará la asesoría técnica para la acreditación de las unidades móviles asistenciales de EL CGBVP, conforme a la normatividad vigente.	
6,2 Son Obligaciones de EL CGBVP : EL CGBVP al mismo tiempo deberá remitir ambulancias equipadas y operativas con las que se cuenta asignadas a fin de dotarlas del personal asistencial necesario. El CGBVP se compromete a mantener en óptimas condiciones operativas las unidades móviles asistenciales, la custodia, mantenimiento preventivo y correctivo, el suministro de combustibles y control de las unidades móviles asistenciales, el seguro de los vehículos, el equipamiento vehicular y la designación de los conductores de las mismas. EL CGBVP designará el piloto entrenado en reanimación básica conforme al artículo 6.4 de la Norma Técnica de Salud W 051-MINSAIOGDN-V1 correspondiente al Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre. EL CGBVP se compromete a ubicar en ambos lados laterales de las unidades móviles asistenciales el logotipo del MINSA y/o del Programa Nacional denominado "Sistema de Atención Móvil de Urgencia -SAMU".	Ampliar el número de ambulancias que cobertura Lima Metropolitana



3.1.2. Proceso de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago (Contenido 14).

El proceso de asignación, transferencia de recursos y pagos siguen procedimientos establecidos por el sistema nacional de presupuesto público (programación, formulación, aprobación ejecución y evaluación). En el plan de implementación progresivo a nivel nacional prioriza departamentos con las provincias con mayor pobreza y la más alta siniestralidad para el año 2012. El año 2013 se consideran seis (06) departamentos, el año 2014 otro seis (06) y el años 2015 los siete (07) restantes.

Tabla 22-A. Presupuesto total al inicio del año (PIA), por regiones, años 2013 y 2014.

PIA PP104 - actividades y proyectos- 2013 -2014		
REGION	PIA 2013	PIA 2014
AMAZONAS	2,610,427.00	2,793,560.00
ANCASH	89,870,231.00	3,938,518.00
AYACUCHO	4,171,258.00	7,182,723.00
HUANCAVELICA	2,223,978.00	1,198,355.00
HUÁNUCO	4,348,125.00	3,904,548.00
JUNIN	2,458,476.00	1,447,282.00
LA LIBERTAD	2,340,566.00	12,884,701.00
LAMBAYEQUE	2,764,152.00	3,282,820.00
LORETO	2,500,342.00	1,929,868.00
TACNA	4,153,152.00	3,133,692.00
LIMA	63,041,733.00	85,385,600.00
CALLAO	15,168,907.00	13,689,777.00
CAJAMARCA		32,875.00
CUSCO		1,752,557.00
MADRE DE DIOS		329,577.00
PIURA		1,736,560.00
TOTAL	195,651,347.00	144,623,013.00

(*) En Lima se considera lo asignado al Pliego MINSA y al Gob. Reg. De Lima

Si bien son 12 Regiones que asignaron presupuesto (PIA) en la partida del PP 104 SAMU, no se puede concluir que efectivamente el Programa SAMU está efectivamente funcionando en la totalidad de esas regiones. Según lo reportado por el Programa SAMU Nacional, en forma real, sólo 4 regiones (Amazonas, Junín, La Libertad y GR de Lima), tenían a fines del 2013, realmente su Sistema Móvil de Urgencias (SAMU) realmente implementado con Central Reguladora y Unidad de Atención Pre-hospitalaria funcionando. Se añaden Callao y Huancavelica, que si han avanzado desde inicios de este año 2014 en la implementación de los referidos servicios. Sin embargo, debe señalarse que lo descrito en la Tabla 22-A, incluye asignación total, para actividades y proyectos de inversión (Genérica 2.6). Pero, si sólo consideramos los recursos para actividades (sin incluir los proyectos), se sincera la asignación, sobre todo en el caso del Gobierno Regional de Ancash, que



había consignado uno de sus Proyectos (Hospital Ramos Guardia de Huaraz por 87.7 millones) en la categoría Programa Presupuestal 104. Así, según se observa en la Tabla 22-B, el PIA 2013 se reduce de 195,6 MM a sólo 82,0 MM. Esto explicado en su mayor parte por la reducción del PIA del GR de Ancash del total de 89,8 MM a 2,6 MM (sin considerar proyectos), por la razón antes mencionada.

Tabla 23-B. Presupuesto (solo actividades) al inicio del año (PIA), por regiones, años 2013 y 2014.

PIA PP104 - solo actividades - 2013 -2014		
REGION	PIA 2013	PIA 2014
AMAZONAS	2,610,427	2,793,560
ANCASH	2,124,343	3,938,518
AYACUCHO	4,171,258	7,182,723
CAJAMARCA		32,875
CUSCO		1,752,557
HUANCAVELICA	2,223,978	1,198,355
HUANUCO	4,348,125	3,904,548
JUNIN	2,458,476	1,447,282
LA LIBERTAD	2,340,566	3,817,211
LAMBAYEQUE		3,282,820
LORETO	2,500,342	1,929,868
MADRE DE DIOS		329,577
PIURA		1,736,560
TACNA	4,153,152	3,133,692
LIMA	62,718,811	83,078,007
CALLAO	15,168,907	13,689,777
TOTAL	82,040,870	133,247,930

(*) En Lima se considera lo asignado al Pliego MINSA y al Gob. Reg. De Lima

A través de convenios de cooperación con el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP) y el MINSA se establecen obligaciones para el aporte de recursos. El MINSA a través del SAMU proporciona recursos humanos asistenciales y la acreditación de ambulancias y el CGBVP remite ambulancias equipadas y operativas.



3.1.3. PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado (Contenido 15)

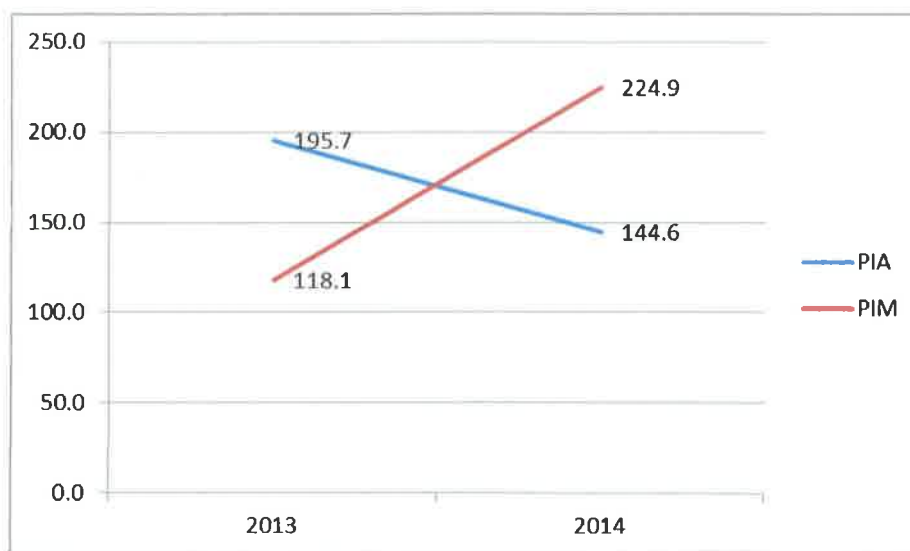
Tabla 24. Gasto total de la intervención pública evaluada

(en S/.)

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2012				
2013	195,651,347	118,066,351	114,238,986	96.8%
2014*	144,623,013	224,863,505	190,138,987	84.6%

* Reporte del SIAF al 31 de diciembre del 2014

Gráfico 9 PIA y PIM – PP 104 SAMU 2013-2014



* Reporte del SIAF al 31 de diciembre del 2014

Si comparamos las cifras del 2014 s. 2013, observamos que el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) se ha reducido en este año 2014 en un 26.1% respecto al año 2013. El Presupuesto Institucional Modificado (PIM) 2014 es a la fecha del reporte, superior en 90.5 % al PIM con que culminó el año 2013. De la Tabla anterior observamos que el nivel de ejecución del Presupuesto en el 2013 fue de 96.8% aunque debe tenerse en cuenta que el PIM se redujo respecto al PIA en 39,7%. El nivel de ejecución del Presupuesto en el 2014 fue de 84.6%.



EVOLUCION DEL PRESUPUESTO Y SU EJECUCIÓN:

Tabla 25-A. Gasto total de la intervención pública evaluada PIA y PIM PP 104 Ejecución: 2013 por Niveles de Gobierno

PP 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS				
	195,651,347	118,066,351	114,193,814	96.7
Nivel de Gobierno	PIA	PIM	Devengado	Avance %
GOBIERNO NACIONAL	58,587,215	68,183,110	66,188,105	97.1
GOBIERNOS REGIONALES	137,064,132	49,883,241	48,005,709	96.2

Fuente: Consulta Amigable

Como se observa en la Tabla anterior, el nivel de ejecución 2013 del Gobierno Nacional fue de 97.1% y de los Gobiernos Regionales de 96.2%. Sin embargo, si en el PIA solo consideramos la asignación presupuestal sólo para actividades (sin proyectos), la asignación presupuestal se reduce de modo importante, por los proyectos de algunas regiones (Ancash en particular), consignada en el PP 104. Así tenemos en la siguiente Tabla:

Tabla 26-B. Gasto sólo en actividades de la intervención pública evaluada PIA y PIM PP 104 Ejecución: 2013 por Niveles de Gobierno

PIA y PIM 2013 - PP 104 - SAMU (Sólo Actividades)				
TOTAL	104,818,385	111,042,118	107,412,000	96.7
Nivel de Gobierno	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
GOB. NACIONAL	58,587,215	68,183,110	65,630,763	96.3
GOB. REGIONALES	46,231,170	42,859,008	41,781,237	97.5

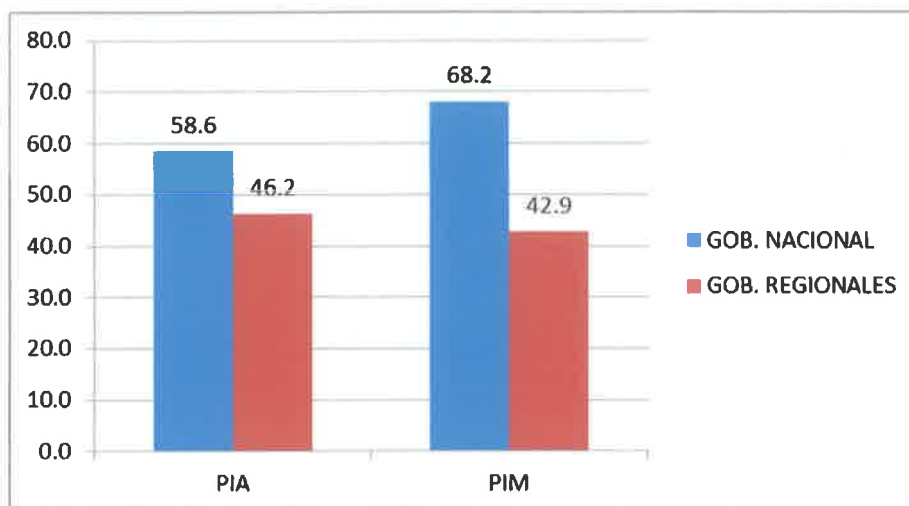
Esto puede confirmarse si revisamos la asignación presupuestal sólo para Proyectos, para el PP 104, donde sólo los Gobiernos Regionales contaban con presupuesto en este rubro, siendo el más elevado el asignado al GR de Ancash, con un PIP consignado como proyecto del PP 104, aun cuando esta asignación es incorrecta pues se trataba de un PIP de construcción de un Hospital. Así tenemos en la siguiente Tabla:

Tabla 27-C. Gasto sólo en Proyectos de la IPE evaluada PIA y PIM PP 104 Ejecución: 2013 por Gobiernos Regionales

PIA y PIM 2013 - PP 104 - SAMU (Sólo Proyectos)				
TOTAL	90,832,962	7,023,283	5,963,527	84.9
Pliego	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
GOB. REG. ANCASH	87,745,888	170,452	0	0.0
GOB. REG. LA LIBERTAD	0	2,675,679	2,627,697	98.2
GOB. REG. LAMBAYEQUE	2,764,152	2,354,873	1,516,113	64.4
GOB. REG. LIMA	322,922	1,822,279	1,819,717	99.9



Gráfico 10 PIA y PIM 2013 - PP 104 SAMU (sólo actividades) por Niveles de Gobierno



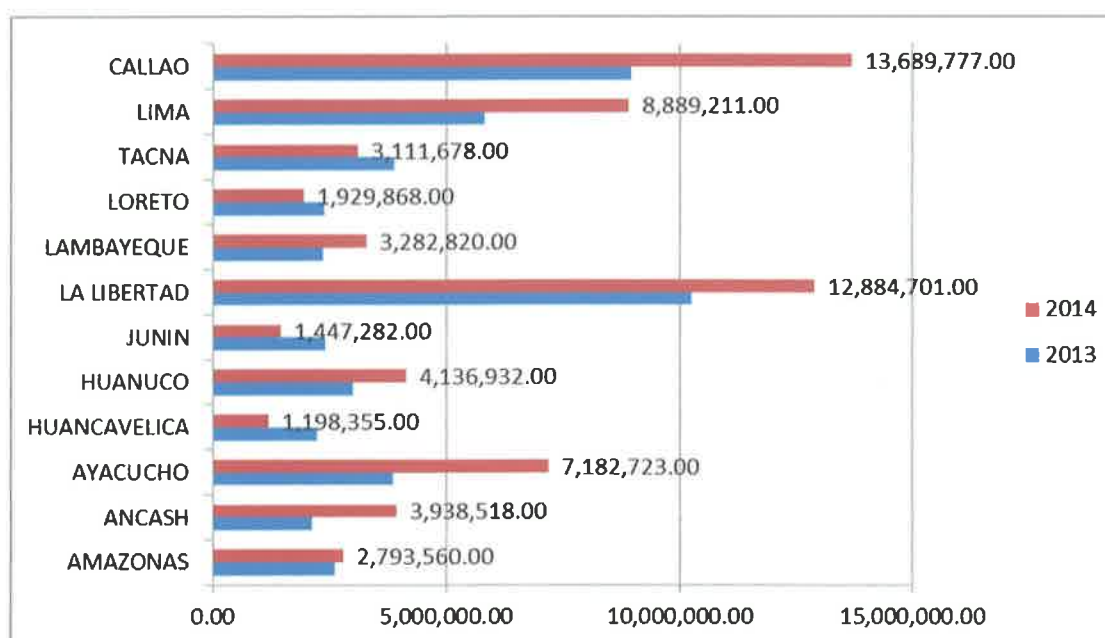
En tal sentido, si consideramos sólo el componente de



Si analizamos por niveles de Gobierno, el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) asignado al inicio del ejercicio 2013, considerando sólo actividades (sin proyectos), el 44% corresponde a los Gobiernos Regionales y el 56% restante al Gobierno Nacional. Al final del ejercicio la distribución del Presupuesto Institucional Modificado (PIM), es: 39% corresponde a los Gobiernos Regionales y el 61% restante al Gobierno Nacional. Esta situación se debe a que el Presupuesto de los Gobiernos Regionales se redujo en forma drástica respecto al PIA con que iniciaron el año en 64% (81.1 millones fueron reasignados a otros fines). Esta reducción llama la atención por tratarse de un Programa Presupuestal de PPR. Por otro lado, el Presupuesto del Gobierno Nacional se incrementó respecto al PIA con que iniciaron el año en 16%.

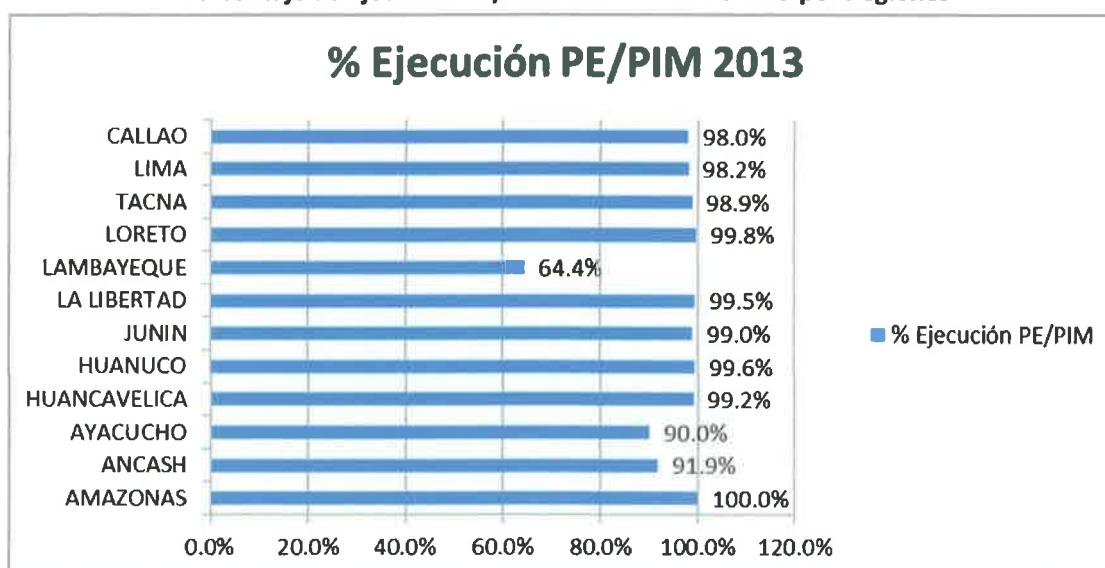


Gráfico 11 PIM 2013-2014 - PP 104 SAMU por Regiones PIM 2013-2014 - PP 104 SAMU por Regiones



En los Gráficos previo se observa la evolución de la asignación del PIM dentro de los Gobiernos Regionales en el periodo 2013-2014, a la fecha de elaboración del Reporte⁷. Así, La Libertad, es la Región que asignó mayor monto de Presupuesto (PIM) al PP 104 SAMU en el año 2013, seguida de Callao, Lima, Tacna y Ayacucho. Para el presente año 2014, es Callao la Región con mayor PIM, seguido de La Libertad, Lima, Ayacucho y Ancash.

Gráfico N°
Porcentaje de Ejecución PE/PIM 2013 - PP 104 SAMU por Regiones



⁷ Fecha: 04/05/2014



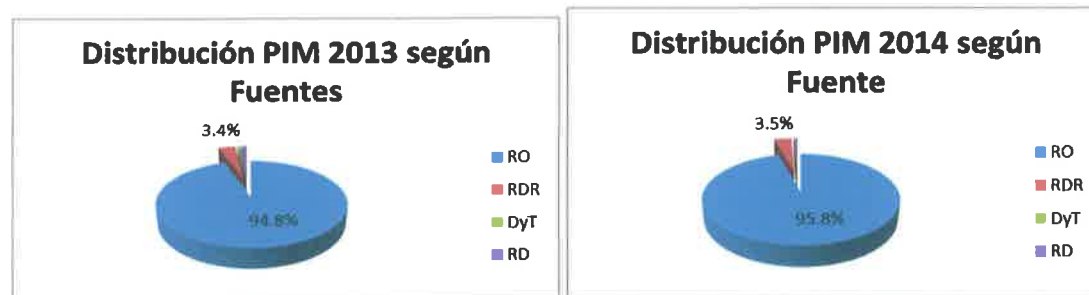
Según se aprecia en Gráfico anterior, si bien la ejecución del Presupuesto, de todas las regiones, a excepción de Lambayeque, es cercana al 100%, en gran parte se explica porque las regiones redujeron el PIA inicialmente asignado, contando al final del ejercicio con un PIM significativamente menor (64% menos en el conjunto de regiones).

En **Anexo 7**, se presenta en detalle una Tabla con el **GASTO TOTAL DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA POR DEPENDENCIAS**.

Tabla 28. Gasto total de la intervención pública evaluada según fuente de financiamiento

(en S/.)

AÑO	Presupuesto Inicial Modificado (PIM) Fuente Recursos Ordinarios	Presupuesto Inicial Modificado (PIM) Fuente RDR	Presupuesto Inicial Modificado (PIM) Fuente Donaciones y Transferencias	Presupuesto Inicial Modificado (PIM) Fuente Recursos determinados	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)
2012					0.00
2013	111,970,663.00	4,066,790.00	520,380.00	1,508,518.00	2,028,898.00
2014	143,374,818.00	5,246,216.00	0.00	1,028,615.00	1,028,615.00

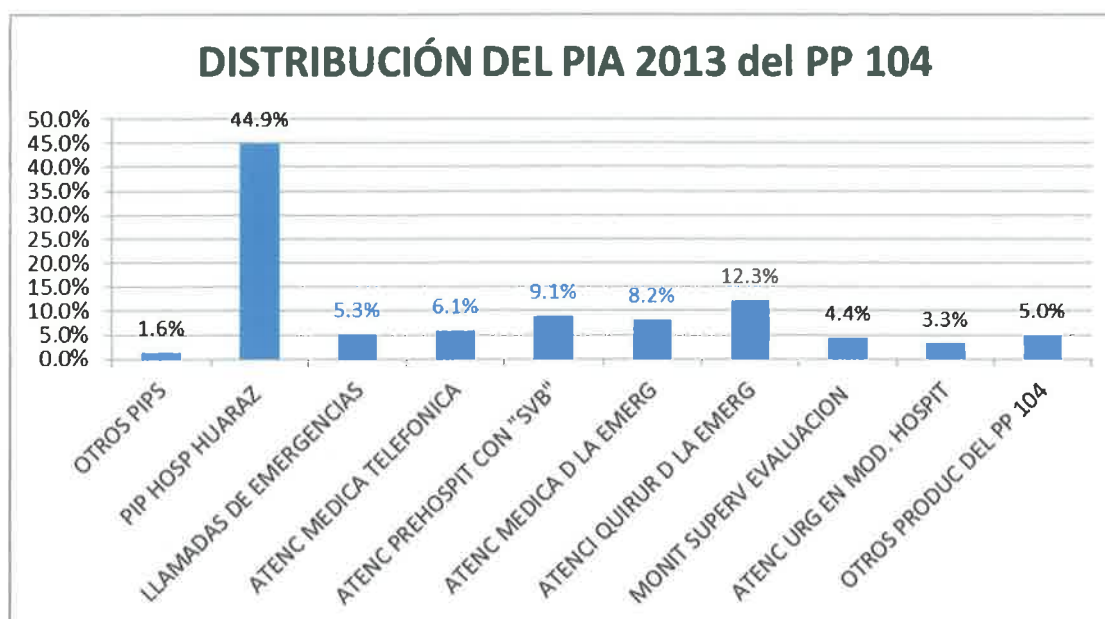


La fuente de financiamiento absolutamente mayoritaria en ambos períodos 2013-2014, en función al PIM asignado, es Recursos Ordinarios, seguidos de Recursos Directamente Recaudados (RDR).



PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA (PIA) DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA EN RELACIÓN AL PIA DEL PP 104 DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE

Gráfico 12 Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Productos y proyectos



Se observa que existe un Proyecto de Inversión Pública (PIP) del Hospital de Huaraz), al cual se le ha asignado como categoría presupuestal el PP 104 y que representa el 44.9% del total del PIA 2013 del PP 104. Excluyendo este PIP, el Producto con mayor asignación presupuestal es 1. Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia (12.3%), seguido de 2. Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB" (9.1%), de 3. Atención médica de la emergencia o urgencia (8.2%), de 4. Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU (6.1%), de 5. Atención de llamadas de emergencias "106" (5.3%), de 6. Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de la atención del programa (4.4%).

En **Anexo 7**, se presenta en detalle una Tabla con el **Porcentaje del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de la Intervención Pública Evaluada en relación al PIA del PP 104 de la institución responsable.**



Tabla 29. Proporción del Presupuesto Institucional Modificado de la Intervención Pública Evaluada en relación al Presupuesto Ejecutado, según categoría de gasto (2013-2014)

(S/.)

AÑO 2013	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM
2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	31,440,980	34,056,060	33,874,317	99%
2.2 - PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	0	63,283	63,139	100%
2.3 - BIENES Y SERVICIOS	61,222,491	58,232,972	57,180,132	98%
2.6 - ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	102,987,876	25,714,036	23,121,398	90%
TOTAL	195,651,347	118,066,351	114,238,986	97%

AÑO 2014	Presupuesto Institucional de Apertura	Presupuesto Institucional Modificado	Presupuesto Ejecutado	PE/PIM
2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	53,082,633	53,467,699	4,847,963	9%
2.3 - BIENES Y SERVICIOS	80,165,297	80,560,845	3,401,445	4%
2.6 - ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	11,375,083	15,621,105	8,643,012	55%
TOTAL	144,623,013	149,649,649	16,892,420	11%

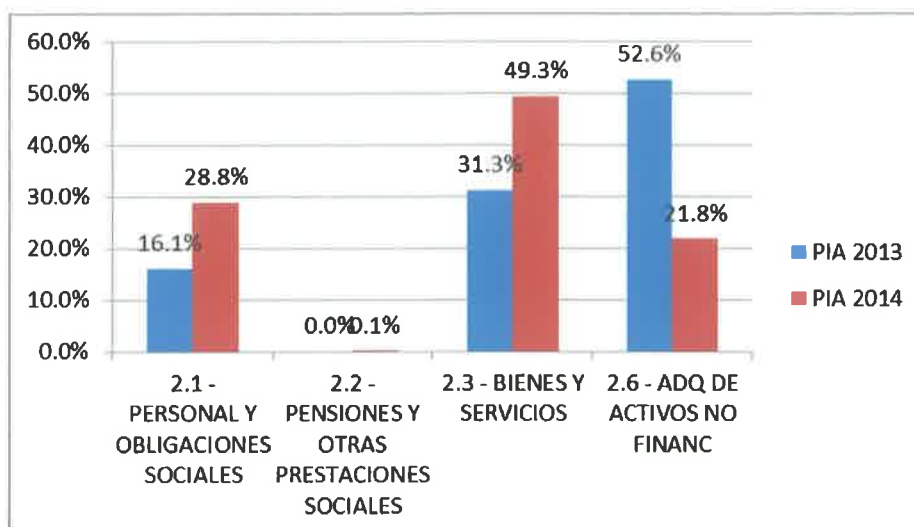
Si analizamos la tabla anterior y el gráfico siguiente, en el año 2013, la Genérica de gasto 2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS, fue la que tuvo la mayor asignación del PIA del PP 104, seguida de la Genérica 2.3 - BIENES Y SERVICIOS, y el tercer lugar la Genérica 2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES. Sin embargo, visto así, podríamos llegar a conclusiones equivocadas sobre esta estructura, sino tuviéramos en cuenta lo visto en el acápite previo, donde se observaba que el Proyecto de Inversión Pública (PIP) del Hospital de Huaraz se le había asignado como categoría presupuestal el PP 104, con un monto sólo en este PIP de 87.7 millones, lo que distorsiona el análisis y explica esta situación. Así, por el contrario, si analizamos la distribución del PIA 2014, la situación se modifica y es la Genérica de gasto 2.3 - BIENES Y SERVICIOS la que tuvo la mayor asignación del PIA del PP 104, seguida de la Genérica 2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES; y en el tercer lugar la Genérica 2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS.

Si analizamos la distribución del PIM 2013 y 2014, la distribución es 1ro. La Genérica de gasto 2.3 - BIENES Y SERVICIOS, 2do. La Genérica 2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES; y en el tercer



lugar la Genérica 2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS. Esta estructura es similar si observamos la distribución del Presupuesto ejecutado 2013.

Gráfico 13 Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Fuente de Financiamiento



Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (2013-2014)

Analizando la tabla siguiente, respecto a la distribución del PIA se evidencia que el Producto con mayor asignación presupuestal es 1. Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia, seguido de 2. Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB", de 3. Atención médica de la emergencia o urgencia, de 4. Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU, de 5. Atención de llamadas de emergencias "106", de 6. Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de la atención del programa.

Si analizamos la distribución del PIM y del Presupuesto Ejecutado, el Producto con mayor asignación presupuestal es 1. Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia, seguido de 2. Atención médica de la emergencia o urgencia, de 3. Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB", de 4. Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU, de 5. Atención de llamadas de emergencias "106", de 6. Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de la atención del programa



Tabla 30. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (2013-2014)
(S/.)

	2013			2014		
	PIA	PIM	EJEC	PIA	PIM	EJEC
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0	17,148,103	17,125,691	321,066
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	10,360,981	6,575,878	6,414,411	3,634,942	3,634,931	142,699
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	11,831,537	7,856,143	7,778,268	5,810,121	6,044,206	724,970
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2,216,650	1,941,076	1,935,133	0	0	0
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	17,697,062	15,278,008	15,240,566	10,970,579	10,599,849	835,677
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	2,659,749	4,022,769	3,304,253	4,930,906	4,947,342	136,734
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	1,770,246	6,834,316	6,821,017	5,973,545	6,234,102	470,766
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	2,409,998	3,148,801	3,143,916	5,824,312	5,823,090	332,201
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	16,039,685	26,242,857	25,568,466	27,975,987	27,972,270	2,611,311
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	24,034,545	25,559,306	25,392,627	35,324,626	36,012,314	1,999,217
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890	8,032,650	7,552,156	7,381,516	7,386,736	511,174
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734	350,338	350,326	8,273,293	8,248,013	163,593
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	8,613,761	4,648,538	4,239,570	0	0	0
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	316,547	552,388	532,249	0	0	0
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	104,818,385	111,043,068	108,272,959	133,247,930	134,028,544	8,249,408



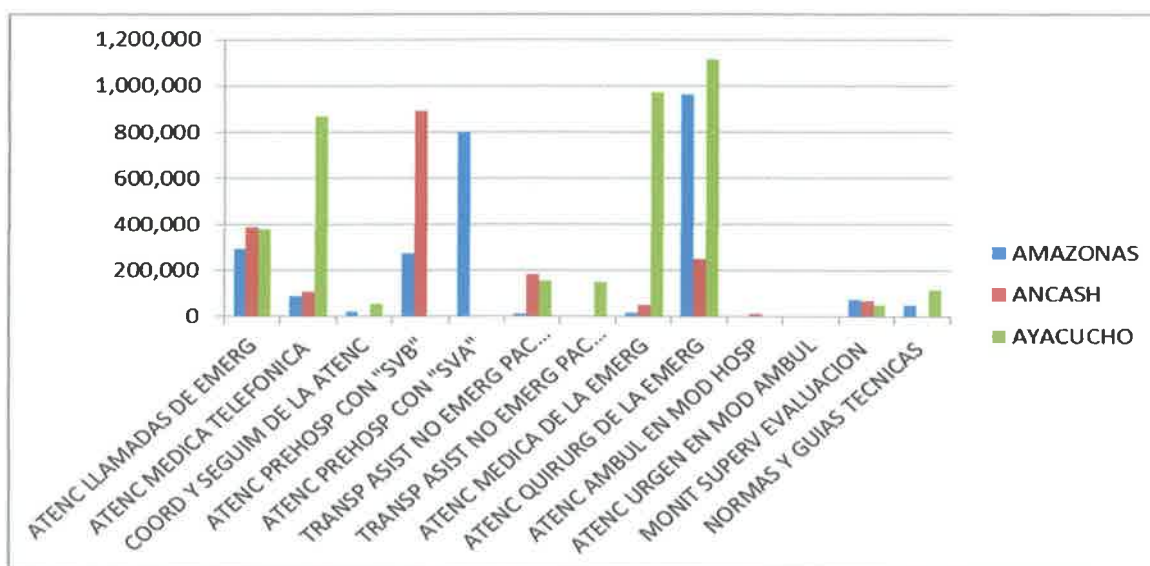
Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones (2013)

Según se aprecia en Gráfico siguiente, en Amazonas se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 2. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"; 3. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 4. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB". Lo que es consistente con la implementación de su Centro Regulador, y de su Unidad de Atención prehospitalaria (incluyendo sus ambulancias y personal).

En Ancash se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"; 2. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 3. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 4. TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS). Sobre todo esto último revela la diferencia en prioridades.

En Ayacucho se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 2. ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 3. ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU, 4. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106".

Gráfico 14 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en Amazonas, Ancash y Ayacucho



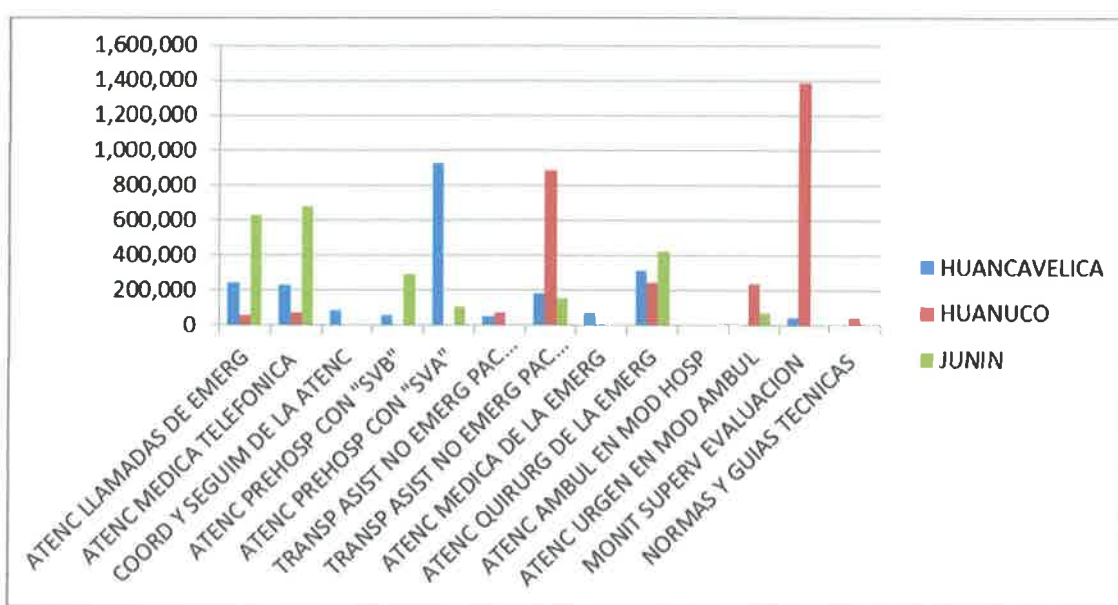
Según se aprecia en Gráfico siguiente, en **Huancavelica** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"; 2. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 3. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 4. ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA.



En **Huánuco** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA; 2. TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS; 3. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 4. ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS.

En **Junín** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU; 2. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 3. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 4. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB".

Gráfico 15 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en Huancavelica, Huánuco y Junín



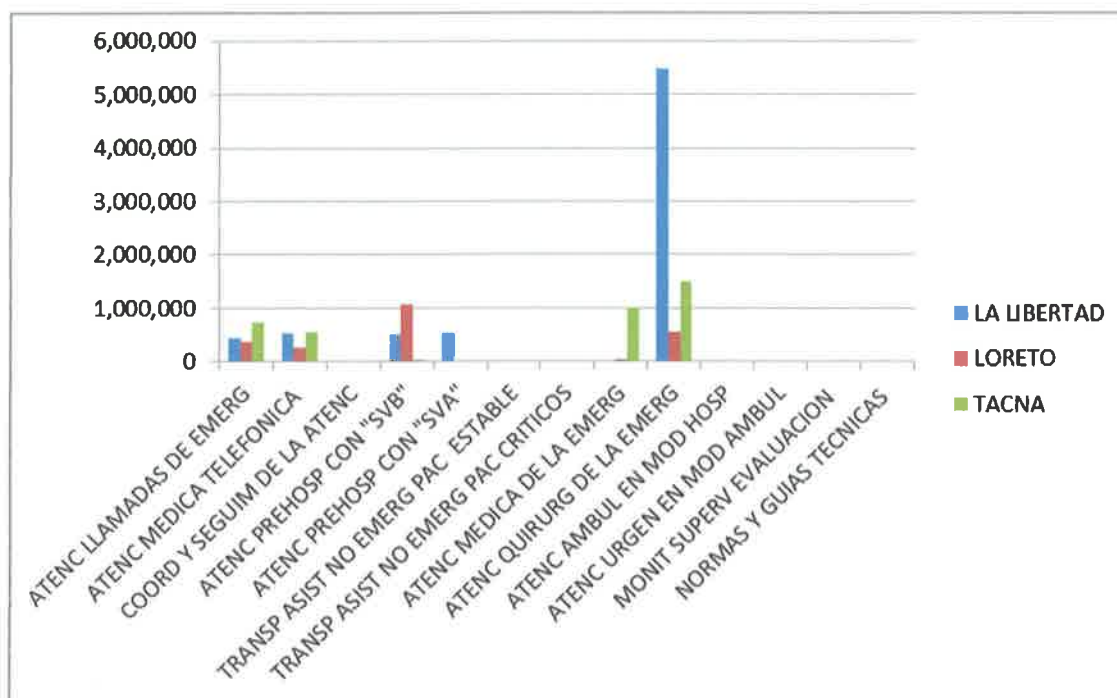
Según se aprecia en Gráfico siguiente, en **La Libertad** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 2. ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU; 3. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"; 4. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB".

En **Loreto** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"; 2. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 3. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 4. ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU.

En **Tacna** se priorizó la asignación en los siguientes Productos: 1. ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 2. ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA; 3. ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"; 4. ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU.



Gráfico 16 Distribución del Gasto de Producción de los productos del PP 104 en La Libertad, Loreto y Tacna



En Anexo 7, se presenta en detalle una Tabla con el Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones y una Tabla con la Tabla N° 29. Programación de producción anual y presupuestal de la Intervención Pública Evaluada.

Tabla 31. Gastos de Administración y Gastos de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (S/.)

AÑO	Gastos Ejecutados de Administración	Gastos Ejecutados de Producción de los productos	Total Gasto Ejecutado del Programa
2012			
2013	5,200,926	105,842,142	111,043,068
2014	17,125,691	116,902,853	134,028,544
2015 Proyecciones	0	0	0
2016 Proyecciones	0	0	0



3.1.4. Costos de los bienes y/o servicios y sus metas físicas (Contenido 16)

Se presentan a continuación los costos unitarios para cada uno de los productos

Tabla 32. Costos unitarios para cada uno de los productos

	2013					2014				
	META_FORMULA	PIA	PIA / META_FORMULA	PIM	PIM / META_FORMULA	META_FORMULA	PIA	PIA / META_FORMULA	PIM	PIM / META_FORMULA
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	/0	0	/0	7828	17,148,103	2.191	17,125,691.000	2.188
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	135,691,365	10,360,981	0.076	6,575,878	0.048	72,038,548	3,634,942	0.050	3,634,931.000	0.050
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	4,083,598	11,831,537	2.897	7,856,143	1.924	13,842,332	5,810,121	0.420	6,044,206.000	0.437
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	259,803	2,216,650	8.539	1,941,076	7.477	0	0	/0	0.000	/0
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	669,641	17,697,062	26.428	15,278,008	22.815	22,236,254	10,970,579	0.493	10,598,849.000	0.477
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	107,107	2,659,749	24.833	4,022,769	37.558	115,833	4,930,906	42.569	4,947,342.000	42.711
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	120,690	1,770,246	14.688	6,834,316	56.627	132,823	5,973,545	44.974	6,234,102.000	46.935
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	286,359	2,409,998	8.416	3,148,801	10.996	97,061	5,824,312	60.007	5,823,090.000	59.984
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	1,904,627	16,039,685	8.421	26,242,857	13.778	4,351,779	27,975,987	6.429	27,972,270.000	6.428
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	554,103	24,034,545	43.376	25,559,306	46.127	563,769	35,324,626	62.658	36,012,314.000	63.878
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	3,312,386	6,475,890	1.955	8,032,650	2.425	3,557,356	7,381,516	2.075	7,386,736.000	2.076
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	28,198	391,734	13.892	350,338	12.424	952,914	8,273,293	8.682	8,248,013.000	8.656
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	7,071	8,613,761	1,218.181	4,648,538	657.409	0	0	/0	0.000	/0
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	381	316,547	830.832	552,388	1,449.837	0	0	/0	0.000	/0
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	147,025,129	104,818,385	0.713	111,043,068	0.755	117,898,497	133,247,930	1.130	134,028,544.000	1.137



3.2. TEMAS DE EVALUACIÓN

3.2.1. Eficiencia y calidad del Programa (Contenidos 34-37)

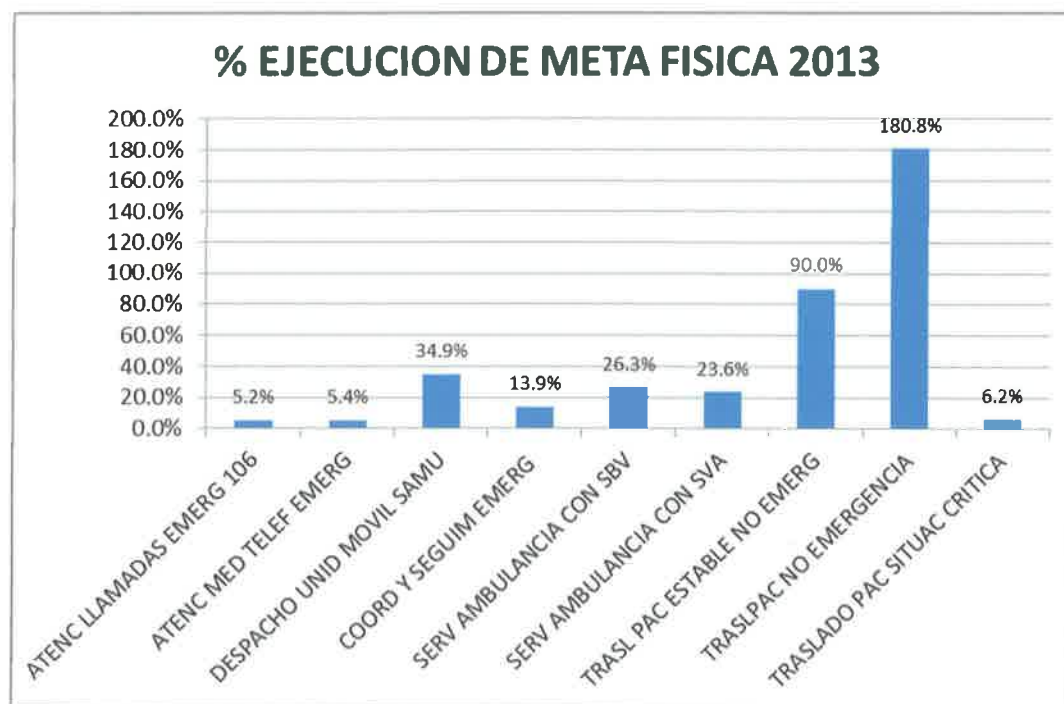
Analiza y evalúa aspectos relacionados con la eficacia y la calidad del Programa

3.2.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a las actividades

Contenido 34:

Evalúa el desempeño en el cumplimiento de indicadores de actividades y logro de metas. Evalúa las metas 2011, 2012 y 2013 y el sustento de las metas para 2014 y 2015.

Gráfico 17 Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013



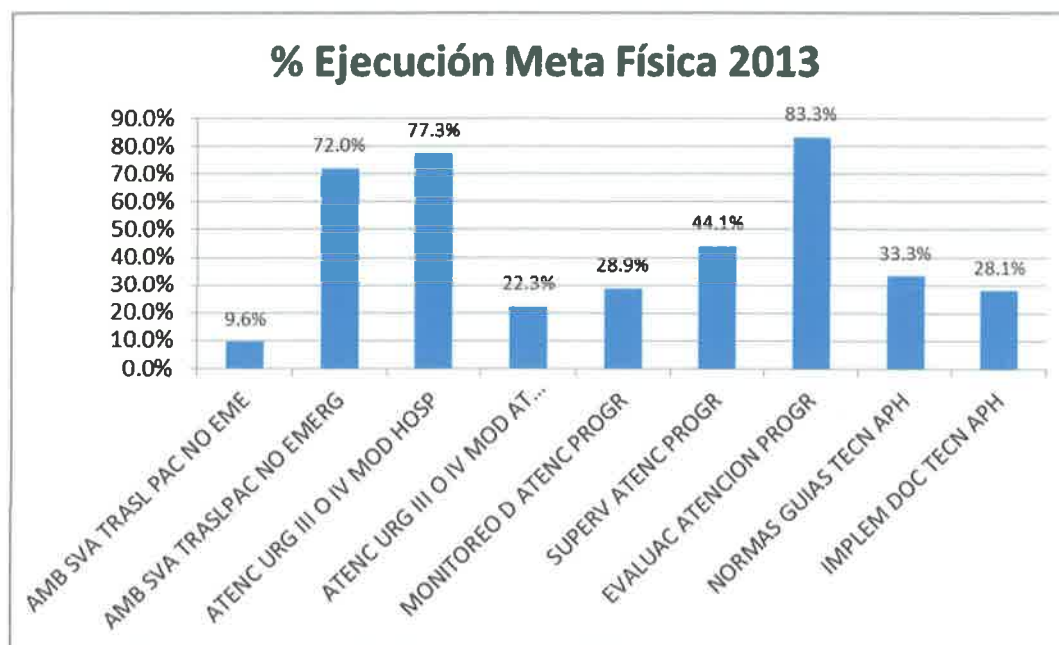
Presupuesto por Resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública que contribuye a la calidad del gasto público logrando una mayor eficiencia y efectividad de la asignación de los recursos del presupuesto. Un Programa Presupuestal constituye el principal instrumento de PpR, identificar la meta física es importante para asignar adecuadamente el presupuesto (meta financiera). Más importante aún es ejecutar la meta física programada.

En el Gráfico previo y en el siguiente se muestran un resumen del Cuadro de Programación física de las actividades (según Formato IV). Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales actividades del PP 104, observándose que para la actividad 5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS 106 el año 2013 solo alcanzó un porcentaje de 5.6% de ejecución y para la actividad ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA el año 2013 solo alcanzó un porcentaje de 5.4%. Las actividades de SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) y SOPORTE VITAL AVANZADO (SBA) PARA LA



ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA, presentan un porcentaje bajo de 26 y 23%, respectivamente. Por el contrario, llama la atención que las actividades de SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES en situación de NO EMERGENCIA, presenten porcentajes de ejecución de metas altos e incluso mayores a lo programado, que no son la razón principal del PP 104 SAMU. Por el contrario actividades como el MONITOREO y la SUPERVISIÓN DE LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA, así como el DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS, que son de suma importancia para el seguimiento e implementación de las actividades del Programa, presentan ejecuciones bajas.

Gráfico 18 Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013



En **Anexo 7**, se presenta en detalle una Tabla con el **Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 –2013 / Programación 2014** (según Formato IV).

3.2.1.2. Desempeño del Programa en cuanto al logro de componentes

Contenido 35:

Cuantifica los indicadores de componentes para 2013. Evalúa el desempeño de los componentes en cuanto a niveles de producción y logro de metas. Evalúa el cálculo y sustento de metas para 2014.



Tabla 33. Programación física y Ejecución de Metas de los productos del PP 104

	2013			2014
	Meta Física_Programada	Meta Física_Ejecutada	%Eje_Meta Física	Meta Física Programada
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	/0	639
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	7,820,664	407,408	5.21%	8,148,118
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	327,382	34,837	10.64%	1,794,745
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	42,865	5,951	13.88%	0
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	38,785	10,204	26.31%	992,487
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	6,146	1,449	23.58%	16,960
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	14,374	15,640	108.81%	30,365
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	39,287	3,930	10.00%	15,249
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	251,040	165,709	66.01%	512,011
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	77,871	43,742	56.17%	87,592
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	200,158	154,789	77.33%	228,575
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	5,705	1,270	22.26%	83,185
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	296	109	36.82%	0
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	80	25	31.25%	0

Fuente: SIAF-MEF



Se muestra el resumen del Cuadro la Programación física de los productos (según Formato IV). Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales productos del PP, para el producto 3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106" el año 2013 solo alcanzó un porcentaje de 5.21% y para la actividad 3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU el año 2013 solo alcanzó un porcentaje de 10.64%. Sin embargo, llama la atención, que en el primer producto referido, se incremente la meta para el año 2014 a 8.1 millones, a pesar que tiene una ejecución de meta física muy baja. De modo similar en el segundo producto referido, para el año 2014 se ha programado una meta física de más de 1.7 millones, incrementándose alrededor de 6 veces su meta física.

Se recomienda mejorar la programación de metas físicas, realizando un mejor seguimiento y evaluación del logro de las metas físicas durante el año, y mejorar la programación y formulación presupuestal, en tanto que se está programando metas físicas similares al año anterior a pesar de una muy baja ejecución al final del año. Se sugiere que el SAMU Nacional, en conjunto con el MINSA y el MEF, refuerce su labor de Asistencia Técnica, que podría ser a través de Talleres macro-regionales o por Videoconferencia.

3.2.1.3. Desempeño del Programa a nivel de propósito

Contenido 36:

Cuantifica los indicadores de propósito para 2011, 2012 y 2013. Evalúa el desempeño del Programa en cuanto al logro de metas a nivel de propósito (resultado específico). Evalúa el cálculo y sustento de metas físicas para 2014 y 2015.

El indicador mediría el logro de metas a nivel de propósito (resultado específico), sería la tasa de letalidad de las emergencias por TEC a las 48 horas de sucedido el incidente, que es uno de los indicadores del marco lógico. La forma de construir este indicador es a partir de los registros administrativos de los servicios de emergencia con información de tiempos y de condición del paciente, durante la hospitalización, al alta y su seguimiento posterior. Estos datos no están disponibles al 100% en los sistemas de información del Ministerio de Salud lo cual no permite hacer la estimación requerida.

3.2.1.4. Desempeño del Programa a nivel de fines

Contenido 37:

Documenta resultados de evaluaciones de impacto del Programa. Evalúa la conveniencia y factibilidad de realizar alguna en un futuro próximo.

No se aborda porque no se ha considerado en la matriz de evaluación, y en tanto no se ha considerado todavía una evaluación de impacto del Programa, en tanto es aún de reciente implementación.



3.2.2. Análisis presupuestario (Contenidos 38-43)

3.2.2.1. Ejecución presupuestaria

Contenido 38:

Evalúa nivel de ejecución presupuestal para 2013 y las causas internas o externas de sub-ejecución. Se identifica las regiones con mayores y más recurrentes problemas de ejecución, así como en la calidad del gasto público.

El Programa Presupuestal 0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS (SAMU) se inicia en el año 2013. La asignación presupuestal con respecto al PIA y el PIM se ha incrementado año a año; con respecto a la efectividad presupuestal fue de 96.81% para el año 2013.

Tabla 34. PIA y PIM Pliegos MINSA y Gobiernos Regionales del PP 104

	2013				2014			
	PIA	PIM	Eje	%Eje	PIA	PIM	Eje	%Eje
11 011 M. DE SALUD	58,587,215	68,183,110	65,704,921	96.37%	80,742,411	84,823,477	19,006,675	22.41%
99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	15,168,907	8,953,712	8,777,818	98.04%	13,689,777	13,883,838	2,956,460	21.29%
99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	2,340,566	7,574,274	7,572,824	99.98%	3,817,211	3,830,261	843,989	22.03%
99 463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	4,131,596	4,005,046	3,883,374	96.96%	2,335,596	2,352,006	315,047	13.39%
99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	4,153,152	3,889,099	3,845,600	98.88%	3,133,692	3,111,678	838,077	26.93%
99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	4,171,258	3,866,987	3,480,832	90.01%	7,182,723	7,182,723	1,810,663	25.21%
99 448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	4,348,125	3,011,840	2,998,639	99.56%	3,904,548	4,184,853	984,542	23.53%
99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	2,610,427	2,602,527	2,335,578	89.74%	2,793,560	3,181,288	947,476	29.78%
99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	2,458,476	2,404,244	2,381,071	99.04%	1,447,282	1,108,341	166,786	15.05%
99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	2,500,342	2,374,823	2,370,299	99.81%	1,929,868	2,488,919	307,887	12.37%
99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCAVELICA	2,223,978	2,223,978	2,201,569	98.99%	1,198,355	1,198,355	87,647	7.31%
99 441 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	2,124,343	1,952,478	1,950,885	99.92%	3,938,518	3,542,806	770,551	21.75%
99 445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	0	0	0	0	32,875	332,875	12,761	3.83%
99 446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO	0	0	0	0	1,752,557	1,752,557	496,832	28.35%
99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	0	0	0	0	3,282,820	3,290,540	918,573	27.92%
99 454 GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	0	0	0	0	329,577	422,379	60,736	14.38%
99 457 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	0	0	0	0	1,736,560	1,634,162	377,626	23.11%

Fuente: SIAF-MEF

Considerando el PIA, el Pliego MINSA es el que más se ha asignado recursos, representa más del 50% del presupuesto que tiene todo el PP 104.

Dentro de los Gobiernos Regionales, es la Región Callao la que más se le ha asignado presupuesto, alrededor de 9 millones de soles para el año 2013. Para el año 2014 tiene un presupuesto de 13.8



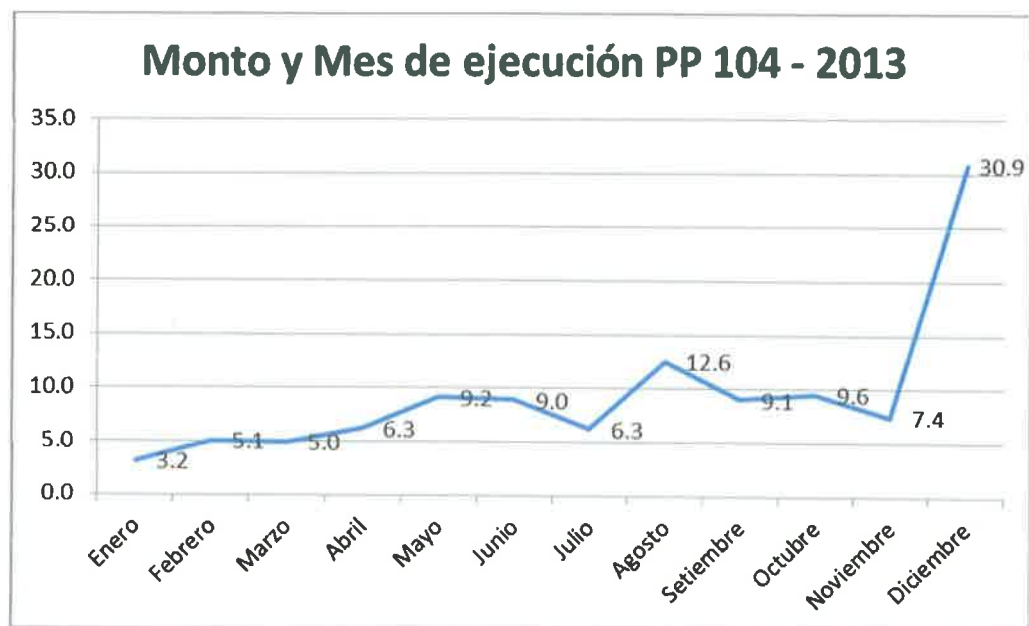
millones de soles. De igual modo, es de relevar que la Región La Libertad, asignó importantes recursos adicionales al PP 104 incrementando su PIM en 3.2 veces respecto a su PIA 2013.



Tabla 35. Oportunidad de la Ejecución Presupuestal - PP 104 - Año 2013

Categoría Presupuestal 0104: REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		118,065,401	113,375,527
Mes	PIM	Ejecución Devengado	
Enero		3,167,228	
Febrero		5,098,461	
Marzo		4,970,021	
Abril		6,275,195	
Mayo		9,184,016	
Junio		8,955,730	
Julio		6,278,708	
Agosto		12,554,792	
Setiembre		9,056,607	
Octubre		9,570,148	
Noviembre		7,412,685	
Diciembre		30,851,937	

Gráfico 19 Monto y Mes de Ejecución del PIM del PP 104 – año 2013



Según se evidencia en el Gráfico anterior, el 42% de la ejecución del Presupuesto del PP 104 del año 2013 se ha realizado el último trimestre y en particular en el mes de diciembre.



Se recomienda mejorar la programación de la ejecución de los recursos, y su oportunidad, en tanto como se observa esta se ha realizado en buena parte en el último trimestre.

3.2.2.2. Asignación, distribución de recursos.

Contenido 39:

Se evalúan los criterios de asignación/distribución y la asignación efectiva de recursos: a) entre líneas presupuestales y b) al interior de líneas presupuestales. Se proponen mejoras necesarias.

Tabla 36. PIA y PIM por Productos del PP 104 – Años 2013-2014

	2013				2014			
	PIA	PIM	Eje	%	PIA	PIM	Eje	%
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0	/0	17,148,103	17,176,439	1,246,310	7.26%
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	10,360,981	6,575,878	6,410,768	97.49%	3,634,942	3,944,412	458,304	11.62 %
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	11,831,537	7,855,193	7,771,363	98.93%	5,810,121	6,006,349	2,131,961	35.50 %
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2,216,650	1,941,076	1,934,895	99.68%	0	0	0	/0
3000283 ATENCION PREHOSPITALARI A MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	17,697,062	15,278,008	15,240,065	99.75%	10,970,579	11,049,273	2,815,109	25.48 %
3000284 ATENCION PREHOSPITALARI A MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	2,659,749	4,022,769	3,044,051	75.67%	4,930,906	4,733,282	411,875	8.70%
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	1,770,246	6,834,316	6,821,017	99.81%	5,973,545	6,279,038	1,653,794	26.34 %



3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	2,409,998	3,148,801	3,143,916	99.84%	5,824,312	5,814,184	1,497,949	25.76 %
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	16,039,685	26,242,857	25,085,264	95.59%	27,975,987	29,541,714	8,559,042	28.97 %
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	24,034,545	25,559,306	25,382,127	99.31%	35,324,626	37,213,165	9,652,826	25.94 %
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890	8,032,650	7,552,156	94.02%	7,381,516	7,882,837	1,947,408	24.70 %
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734	350,338	350,326	100.00 %	8,273,293	8,680,365	527,749	6.08%
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	8,613,761	4,648,538	4,235,951	91.12%	0	0	0	/0
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARI A Y EMERGENCIA	316,547	552,388	531,510	96.22%	0	0	0	/0
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	104,818,38 5	111,042,11 8	107,503,41 0	96.81%	133,247,93 0	138,321,05 8	30,902,32 8	22.34 %

Análisis de causas internas (de gestión)

Cada producto y actividad representan intervenciones del Programa Presupuestal, estas intervenciones permiten obtener el resultado específico.

Desde la perspectiva de efectividad presupuestal se evidencia que el **producto** 3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA" alcanzó una ejecución presupuestal de 75,67% para el año 2013 y para el producto 3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA alcanzó una ejecución presupuestal de 100%.



Tabla 37. PIA y PIM por Productos del PP 104 – Años 2013-2014

	2013				2014			
	PIA	PIM	Eje	%Ejecución Presupuestal	PIA	PIM	Eje	%Ejecución Presupuestal
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0	/0	17,148,103	17,176,439	1,246,310	7.26%
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	10,360,981	6,575,878	6,410,768	97.49%	3,634,942	3,944,412	458,304	11.62%
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	11,831,537	7,855,193	7,771,363	98.93%	5,810,121	6,006,349	2,131,961	35.50%
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2,216,650	1,941,076	1,934,895	99.68%	0	0	0	/0
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	17,697,062	15,278,008	15,240,065	99.75%	10,970,579	11,049,273	2,815,109	25.48%
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	2,659,749	4,022,769	3,044,051	75.67%	4,930,906	4,733,282	411,875	8.70%
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	1,770,246	6,834,316	6,821,017	99.81%	5,973,545	6,279,038	1,653,794	26.34%
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	2,409,998	3,148,801	3,143,916	99.84%	5,824,312	5,814,184	1,497,949	25.76%
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	16,039,685	26,242,857	25,085,264	95.59%	27,975,987	29,541,714	8,559,042	28.97%
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	24,034,545	25,559,306	25,382,127	99.31%	35,324,626	37,213,165	9,652,826	25.94%
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890	8,032,650	7,552,156	94.02%	7,381,516	7,882,837	1,947,408	24.70%
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734	350,338	350,326	100.00%	8,273,293	8,680,365	527,749	6.08%
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	8,613,761	4,648,538	4,235,951	91.12%	0	0	0	/0
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	316,547	552,388	531,510	96.22%	0	0	0	/0
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	104,818,385	111,042,118	107,503,410	96.81%	133,247,930	138,321,058	30,902,328	22.34%



Similar ejecución presupuestal se evidencia en las actividades del PP, para la **actividad** 5002797 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA alcanzó una ejecución presupuestal de 75,67% y para la actividad 5002804 ATENCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA ALTA alcanzó una ejecución presupuestal de 86%.

Tabla 38. PIA y PIM por Actividades del PP 104 – Años 2013-2014

	2013				2014			
	PIA	PIM	Eje	%Ejecución Presupuestal	PIA	PIM	Eje	%Ejecución Presupuestal
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	/0	7,688,581	7,687,749	1,036,255	13.48%
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	0	0	0	/0	836,732	836,682	39,475	4.72%
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	/0	7,006,865	7,053,448	54,729	0.78%
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	/0	1,174,640	1,162,602	34,246	2.95%
5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	0	0	0	/0	441,285	435,958	81,606	18.72%
5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106"	10,360,981	6,575,878	6,410,768	97.49%	3,634,942	3,944,412	458,304	11.62%
5002793 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	10,029,780	6,859,607	6,776,264	98.79%	3,931,521	4,145,530	1,736,672	41.89%
5002794 DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	1,801,757	995,586	995,099	99.95%	1,878,600	1,860,819	395,289	21.24%
5002795 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	2,216,650	1,941,076	1,934,895	99.68%	0	0	0	/0
5002796 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	17,697,062	15,278,008	15,240,065	99.75%	10,970,579	11,049,273	2,815,109	25.48%
5002797 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	2,659,749	4,022,769	3,044,051	75.67%	4,930,906	4,733,282	411,875	8.70%
5002798 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES ESTABLES (NO EMERGENCIA)	662,665	4,571,141	4,562,900	99.82%	2,779,707	3,149,557	908,341	28.84%



5002799 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SVB) PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE EMERGENCIA	1,107,581	2,263,175	2,258,117	99.78%	3,193,838	3,129,481	745,453	23.82%
5002800 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES EN SITUACION CRITICA	1,781,382	1,970,306	1,969,110	99.94%	3,901,735	3,800,392	874,227	23.00%
5002801 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO I PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	299,247	566,708	564,477	99.61%	679,782	744,195	171,687	23.07%
5002802 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO II PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	329,369	611,787	610,329	99.76%	1,242,795	1,269,597	452,036	35.60%
5002808 TRATAMIENTO DE LESION DE PARTES BLANDAS DE MIEMBRO SUPERIOR Y MIEMBRO INFERIOR	706,833	1,443,783	1,312,052	90.88%	1,480,354	1,311,720	311,362	23.74%
5002809 TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES POR ORGANO-FOSFORADOS	918,453	1,438,380	1,429,955	99.41%	1,782,968	1,717,050	416,176	24.24%
5002803 ATENCION DE PACIENTES CON GASTRITIS AGUDA Y ULCERA PEPTICA SIN COMPLICACION	2,518,451	4,317,948	4,244,499	98.30%	5,929,887	6,501,020	2,143,267	32.97%
5002806 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ESPALDA DOLOROSA	1,068,724	1,611,676	1,610,064	99.90%	1,105,236	1,211,270	397,877	32.85%
5002813 TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA	638,439	898,260	893,530	99.47%	1,240,941	1,300,987	293,693	22.57%
5002811 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	1,649,570	4,497,494	4,221,076	93.85%	2,281,253	2,573,477	837,912	32.56%
5002805 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO DIGESTIVO	894,685	1,243,743	1,208,858	97.20%	1,047,420	1,144,053	317,591	27.76%
5002812 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	1,615,738	1,128,783	926,057	82.04%	1,134,314	1,324,758	376,369	28.41%
5002814 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO RESPIRATORIO	848,075	1,160,776	1,144,083	98.56%	1,567,595	1,737,754	318,644	18.34%
5002807 TRATAMIENTO DE HERIDAS, CONTUSIONES Y TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	3,221,446	5,737,815	5,573,648	97.14%	8,145,019	8,283,748	2,523,103	30.46%
5002804 ATENCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA ALTA	1,195,870	1,607,920	1,387,885	86.32%	1,276,595	1,359,159	393,457	28.95%
5002810 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO	763,401	1,156,279	1,133,557	98.03%	984,405	1,076,718	229,591	21.32%
5002815 TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA	3,863,645	3,499,122	3,446,984	98.51%	4,739,473	4,933,584	1,315,515	26.66%



5002820 TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS MULTIPLES SEVEROS	9,469,307	13,038,306	12,977,354	99.53%	10,921,509	11,667,641	2,531,123	21.69%
5002822 TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	943,889	1,012,902	996,418	98.37%	5,155,690	5,209,017	1,157,632	22.22%
5002817 TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL	2,193,962	1,173,324	1,157,963	98.69%	1,371,447	1,456,199	408,128	28.03%
5002819 TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	3,746,906	2,991,015	2,984,553	99.78%	5,033,452	5,281,325	1,796,275	34.01%
5002823 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO	710,393	532,151	519,206	97.57%	994,619	1,019,308	345,281	33.87%
5002818 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE EXTREMIDADES	2,022,575	2,049,974	2,037,449	99.39%	4,018,037	4,410,598	1,050,411	23.82%
5002816 TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS	581,670	643,500	643,198	99.95%	1,801,756	1,870,487	631,896	33.78%
5002821 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE COLUMNA Y PELVIS	502,198	619,012	619,002	100.00%	1,288,643	1,365,006	416,565	30.52%
5002824 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890	8,032,650	7,552,156	94.02%	7,381,516	7,882,837	1,947,408	24.70%
5002825 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734	350,338	350,326	100.00%	8,273,293	8,680,365	527,749	6.08%
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	4,106,075	4,333,354	3,938,527	90.89%	0	0	0	/0
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	4,386,387	175,065	166,650	95.19%	0	0	0	/0
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	121,299	140,119	130,773	93.33%	0	0	0	/0
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	95,256	329,559	311,309	94.46%	0	0	0	/0
5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	221,291	222,829	220,201	98.82%	0	0	0	/0

Existe otras intervenciones que el programa presupuestal no controla, como es el caso de las intervenciones (productos) del Programa Presupuestal Personas con Discapacidad, este programa tiene productos vinculados a discapacidad física causada por traumatismos.

Por otro lado, debe considerarse que las regiones han venido asignando presupuesto y adquiriendo ambulancias para los establecimientos de salud de su jurisdicción. De igual modo, el MINSA viene contando en Presupuesto de Gobierno Nacional, desde el año 2013, de una partida que este año 2014 fue de 120 millones de soles para equipamiento (reposición), dentro de la cual ha asignado recursos para la compra de ambulancias. Se sugiere que SAMU Nacional coordine con DIGIEM del MINSA, que está a cargo de esta asignación, para incluir la asignación de ambulancias específicamente para los SAMU Regionales.



Contenido 40:

Se evalúan los criterios de asignación/distribución y la asignación efectiva de recursos entre zonas de intervención: se evalúa el carácter regresivo o progresivo de la asignación de recursos, así como la equidad en la asignación/distribución de recursos con relación a criterios de género, etnicidad, geográficos, etc

Para el caso de la asignación presupuestal del Programa en las regiones se muestra lo siguiente:

Tabla 39. Asignación PIA y PIM por Regiones años 2013-2014

	2013				2014			
	PIA	PIM	Eje	Porcentaje(Eje, PIM)	PIA	PIM	Eje	Porcentaje(Eje, PIM)
99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	2,610,427	2,602,527	2,335,578	89.74%	2,793,560	3,181,288	947,476	29.78%
99 441 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	2,124,343	1,952,478	1,950,885	99.92%	3,938,518	3,542,806	770,551	21.75%
99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	4,171,258	3,866,987	3,480,832	90.01%	7,182,723	7,182,723	1,810,663	25.21%
99 445 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	0	0	0	/0	32,875	332,875	12,761	3.83%
99 446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO	0	0	0	/0	1,752,557	1,752,557	496,832	28.35%
99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCavelica	2,223,978	2,223,978	2,201,569	98.99%	1,198,355	1,198,355	87,647	7.31%
99 448 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	4,348,125	3,011,840	2,998,639	99.56%	3,904,548	4,184,853	984,542	23.53%
99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	2,458,476	2,404,244	2,381,071	99.04%	1,447,282	1,108,341	166,786	15.05%
99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	2,340,566	7,574,274	7,572,824	99.98%	3,817,211	3,830,261	843,989	22.03%
99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	0	0	0	/0	3,282,820	3,290,540	918,573	27.92%
99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	2,500,342	2,374,823	2,370,299	99.81%	1,929,868	2,488,919	307,887	12.37%
99 454 GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	0	0	0	/0	329,577	422,379	60,736	14.38%
99 457 GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	0	0	0	/0	1,736,560	1,634,162	377,626	23.11%
99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	4,153,152	3,889,099	3,845,600	98.88%	3,133,692	3,111,678	838,077	26.93%



99 463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	4,131,596	4,005,046	3,883,374	96.96%	2,335,596	2,352,006	315,047	13.39%
99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	15,168,907	8,953,712	8,777,818	98.04%	13,689,777	13,883,838	2,956,460	21.29%

Fuente: SIAF-MEF

Para el año 2013, fueron 11 regiones quienes asignaron presupuesto al PP 104, siendo Amazonas la región que menos ejecutó presupuesto (89%) y la Región Ancash la que más ejecutó presupuesto (99,92%).

Para el año 2014 son 16 regiones la que le han asignado presupuesto al PP 104. Al 30 de marzo del 2014, la Región Cajamarca solo ha ejecutado presupuesto de solo el 3%.

Contenido 41:

Se evalúan la pertinencia y suficiencia de las actividades involucradas en la asignación de recursos.

La actividad 5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106" es la que más se le asigna presupuesto inicia con un presupuesto de 8 millones para el año 2013 y para el año 2014 tiene un presupuesto de menos de 1.5 millones.

La actividad 5002793 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA es la segunda actividad que más se le asigna presupuesto inicia con un presupuesto de 7.5 millones para el año 2013 y para el año 2014 tiene un presupuesto menos de 3 millones.

La actividad con menos presupuesto para el año 2013 fue 5002805 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO DIGESTIVO con algo más de 5 mil soles. Para el año 2014 se le asigna un presupuesto de algo más de 100 mil soles.

Las intervenciones más importantes son aquellas vinculadas a la atención PRE HOSPITALARIA, sin embargo son la que menos presupuesto se le asigna, se recomienda priorizar la asignación presupuestal vinculada a actividades vinculadas a ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA, tales como 5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106" y 5002796 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA.

Tabla 40. Distribución de PIA 2013-2014 según actividades

	2013		2014	
	PIA	%PIA	PIA	%PIA
5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106"	8,618,581	18.64%	1,464,540	2.79%
5002793 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	7,535,913	16.30%	2,528,621	4.82%



5002820 TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS MULTIPLES SEVEROS	6,841,051	14.80%	7,527,122	14.34%
5002815 TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA	3,030,559	6.56%	1,899,095	3.62%
5002824 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	2,684,355	5.81%	2,696,872	5.14%
5002796 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	2,451,121	5.30%	3,216,546	6.13%
5002817 TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL	1,881,238	4.07%	256,588	0.49%
5002803 ATENCION DE PACIENTES CON GASTRITIS AGUDA Y ULCERA PEPTICA SIN COMPLICACION	1,512,104	3.27%	4,457,205	8.49%
5002818 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE EXTREMIDADES	1,459,193	3.16%	2,397,475	4.57%
5002800 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES EN SITUACION CRITICA	1,377,305	2.98%	3,198,855	6.09%
5002819 TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	1,312,615	2.84%	1,667,486	3.18%
5002812 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	1,227,602	2.66%	343,627	0.65%
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	1,156,821	2.50%	0	0.00%
5002807 TRATAMIENTO DE HERIDAS, CONTUSIONES Y TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	1,108,743	2.40%	3,964,723	7.55%
5002811 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	838,516	1.81%	769,026	1.46%
5002804 ATENCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA ALTA	635,855	1.38%	255,397	0.49%
5002799 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SVB) PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE EMERGENCIA	433,050	0.94%	1,983,095	3.78%
5002806 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ESPALDA DOLOROSA	379,436	0.82%	492,363	0.94%
5002798 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES ESTABLES (NO EMERGENCIA)	309,231	0.67%	1,860,205	3.54%
5002822 TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	233,744	0.51%	3,694,278	7.04%
5002825 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	226,633	0.49%	389,166	0.74%



5002801 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO I PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	148,270	0.32%	111,497	0.21%
5002809 TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES POR ORGANO-FOSFORADOS	139,350	0.30%	591,055	1.13%
5002816 TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS	133,999	0.29%	635,393	1.21%
5002821 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE COLUMNA Y PELVIS	132,299	0.29%	48,700	0.09%
5002823 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO	95,996	0.21%	81,432	0.16%
5002797 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	73,527	0.16%	997,632	1.90%
5002810 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO	50,433	0.11%	160,741	0.31%
5002802 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO II PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	43,928	0.10%	596,528	1.14%
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	42,931	0.09%	0	0.00%
5002795 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	34,458	0.07%	0	0.00%
5002794 DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	17,490	0.04%	433,900	0.83%
5002808 TRATAMIENTO DE LESION DE PARTES BLANDAS DE MIEMBRO SUPERIOR Y MIEMBRO INFERIOR	13,050	0.03%	697,964	1.33%
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	11,480	0.02%	0	0.00%
5002813 TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA	9,940	0.02%	131,081	0.25%
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	9,885	0.02%	0	0.00%
5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	8,780	0.02%	0	0.00%
5002814 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO RESPIRATORIO	6,388	0.01%	455,739	0.87%
5002805 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO DIGESTIVO	5,300	0.01%	102,965	0.20%



5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	0	0.00%	281,285	0.54%
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0.00%	87,608	0.17%
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0.00%	149,484	0.28%
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	0	0.00%	65,385	0.12%
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0.00%	1,814,845	3.46%

3.2.2.3. Transferencia de recursos (Contenidos 42-43)

Contenido 42:

En caso de haber funciones que se delegan en otras instituciones, se evaluará cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos y si la modalidad de pago asegura la obtención oportuna y de calidad del bien o servicio entregado y el logro de los resultados esperados. Se propondrán mejoras.

Presupuesto por resultados tiene 4 instrumentos, estos son: los programas presupuestales (PP), seguimiento o monitoreo de indicadores, evaluaciones independientes y los incentivos a la gestión. El instrumento Incentivos a la Gestión, se dividen en Incentivos municipales y los convenios de apoyo presupuestal, estos incentivos permiten fortalecer el PP y la transferencia de recursos se hace en la fuente de financiamiento "Donaciones y Transferencias".

Para el PP 0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS no tiene incentivos a la gestión, ni tiene otra fuente de financiamiento que no sea solo el de Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados.

Contenido 43:

En caso de existir transferencia de recursos a beneficiarios finales/intermedios, se evaluará cómo operan los mecanismos de transferencia de recursos. Se propondrán mejoras.

Al no contar con transferencia de recursos a beneficiarios finales/intermedios por otras Instituciones NO es posible evaluar este contenido.

3.2.3. Eficiencia del Programa (Contenidos 44-45)

Una vez identificados y cuantificados los gastos relevantes, se evaluará cómo se relacionan con los niveles de producción de los bienes y/o servicios. Se utilizará, para ello, indicadores que relacionen gastos con productos y/o resultados, analizando su evolución o variación porcentual a lo largo del



periodo evaluado, buscando las causas de dicho comportamiento. Se evaluará, asimismo, el gasto en que se incurrirá por cada meta física. Se hará un análisis comparativo con otras intervenciones.

3.2.3.1. Análisis de eficiencia de bienes y/o servicios

Contenido 44:

Se evalúa si las acciones del Programa son ejecutados y los bienes y servicios son generados incurriendo en el menor costo unitario posible (comparando con otras intervenciones similares). Se analiza la evolución de la ejecución, considerando estimados del costo promedio por unidad, costo promedio del producto por persona atendida y costo promedio total del Programa por beneficiario (sin considerar gastos administrativos). Se calculará el costo de alcanzar las metas y si es eficiente. Se evaluará los recursos no financieros utilizados respecto al número de productos entregados o personas atendidas.

Para el año 2013 el producto 3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA" tenía un costo unitario de 654 soles uno de los más altos, sin embargo este disminuye para el año 2014 en un costo unitario de 279 soles, esto debido a la diferencia en la meta física programada de 6 mil atenciones en el año 2013 a 16 mil en el año 2014. Esto dificulta hacer una comparación real del producto.

Similar análisis lo encontramos en todos los productos del PP 104, tales como 3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS) y 3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"

Tabla 41. Costo Unitario según productos del PP 104

	2013			2014		
	PIM	META_FORMUL	Costo Unitario PIM / META_FORMUL	PIM	META_FORMUL	Costo Unitario PIM / META_FORMUL
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0	17,176,439	639	26,880.19
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	6,575,878	7,820,664	0.84	3,944,412	8,148,118	0.48
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	7,855,193	327,382	23.99	6,006,349	1,794,745	3.35
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	1,941,076	42,865	45.28	0	0	0.00
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	15,278,008	38,785	393.92	11,049,273	992,487	11.13
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	4,022,769	6,146	654.53	4,733,282	16,960	279.09



3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	6,834,316	14,374	475.46	6,279,038	30,365	206.79
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	3,148,801	39,287	80.15	5,814,184	15,249	381.28
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	26,242,857	251,040	104.54	29,541,714	512,011	57.70
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	25,559,306	77,871	328.23	37,213,165	87,592	424.85
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	8,032,650	200,158	40.13	7,882,837	228,575	34.49
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	350,338	5,705	61.41	8,680,365	83,185	104.35
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	4,648,538	296	15,704.52	0	0	0.00
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	552,388	80	6,904.85	0	0	0.00

Los indicadores de desempeño nos permite medir los resultados obtenidos con los Programas Presupuestales, identificarlos y tener metas nos permite medir sus avances, el PP 104 no identifica claramente sus indicadores tanto para resultados como para sus productos.

Como sabemos las metas físicas están estrechamente ligados con la meta financiera, el poder saber cuánto de asignación presupuestal adicional se necesita para cerrar brechas está en relación con los resultados de sus indicadores.

No es posible hacer un análisis comparando el avance de sus metas físicas y financieras en relación a logros alcanzados con sus indicadores de desempeño.

3.2.3.2. Gastos de Administración

Contenido 45:

Se cuantifica, analiza y evalúa los gastos administrativos del Programa. Se calculará el costo de alcanzar las metas y si es eficiente. Se evaluará los recursos no financieros utilizados respecto al número de productos entregados o personas atendidas.

Las Acciones comunes, se vincula con los gastos administrativos, tiene una ejecución presupuestal de 96%, para el año 2013, los costos unitarios han sido variables de 15 mil soles para el año 2013 y para el año 2014 tiene un costo unitario (PIA/Meta_formulada) de 26 mil soles.

Esta variación se debe principalmente por la diferente programación de meta física año a año.



3.2.4. Sostenibilidad (Contenido 46)

De la evaluación del estado de implementación del SAMU podemos señalar las siguientes debilidades que ponen en riesgo la sostenibilidad del PP 104 SAMU.

- El diseño del PP 104 SAMU considera la atención pre-hospitalaria (Centro Regulador y Atención Pre-hospitalaria) y la integración con los servicios de emergencia: Si bien a nivel de implementación de Lima existe un avance con la implementación del Centro Regulador y las coordinaciones para las atenciones pre-hospitalarias; a nivel regional la implementación está muy retrasada y no es percibida como una alternativa de solución en los servicios de emergencia.
- No existe un proceso de integración con las emergencias, incluso en Lima.
- La ejecución presupuestal no es acorde con los productos y actividades en las unidades de emergencia; donde describen lista de necesidades no cubiertas, siendo críticas la deficiencia de recursos humanos y ambulancias.
- Casi nula recordación por los usuarios sobre el Programa SAMU (existe mayor recordación a servicio brindado por los Bomberos).

Este contexto hace difícil predecir que en un año el PP SAMU pueda revertir las falencias del programa y presentarse como necesario y ser reconocido por la ciudadanía.

Logros de SAMU que harían que éste sea sostenible en su región.

En Amazonas consideran que existe un reconocimiento de los logros alcanzados por el SAMU de parte de las otras instancias del MINSA. La implementación es aún urbana y no hay articulación con la parte hospitalaria. La sostenibilidad depende del presupuesto para cumplir con los objetivos y del adecuado uso de los mismos.

En Trujillo: Se considera que la implementación de Convenio con SIS, ESSALUD. Municipalidad Prov. De Trujillo, podrían generar mayores condiciones de sostenibilidad.

Recomendaciones:

La sostenibilidad de la Atención Pre-Hospitalaria del SAMU podría mejorarse, considerando que existen diversos pacientes asegurados por IAFAs que pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada. Un factor clave para la sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU es garantizar el presupuesto para cubrir las remuneraciones del personal de salud a cargo de esta actividad. Se sugiere que el SAMU Nacional culmine el estudio sobre la estructura de costos de los servicios de SAMU (especialmente la atención pre hospitalaria con unidad móvil de soporte vital básico y de soporte vital avanzado), que viene trabajando, y en base a éste, establezca una Directivas sobre el cálculo de los costos de atención y para la recuperación financiera por prestaciones que se brinden a los usuarios de SOAT, ESSALUD, Seguros privados y Seguros público (SIS). Luego, realice asistencia técnica a las regiones para estos cálculos y la determinación de tarifas diferenciadas.



3.2.5. Justificación de la continuidad (Contenido 47)

Según opinión de los coordinadores de SAMU regionales, el Reconocimiento de los diferentes actores del SAMU como un programa necesario, a partir de sus logros serían acciones a realizar para que la población reconozca y valore al SAMU, y se justifique socialmente su continuidad. Otras acciones requeridas para tal fin serían Campañas de difusión a nivel poblacional. Apoyo a actividades.



SECCIÓN 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta sección se presentan las Conclusiones y Recomendaciones en una sola tabla que integra los dos acápites, en tanto se ha convenido con equipo MEF, que sería una mejor presentación, en tanto son complementarios:

PROBLEMA IDENTIFICADO	CONCLUSIÓN	INDICADOR (VALOR)	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA QUE DEBE REALIZAR LA IPE
Diseño				
La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) plantea una propuesta de intervención muy amplia y no focaliza sus acciones.	1. La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) plantea un Marco Lógico con una propuesta de productos demasiado amplia y no focaliza sus intervenciones en componentes relacionados con el logro del resultado específico, lo que reduce sus posibilidades de alcanzar resultados	Revisión del Anexo 2 del PP 104 SAMU, y Entrevistas con Equipo SAMU. El Marco Lógico contaba inicialmente con 13 productos (Anexo 2 del 2013), que se redujo a 11 en diseño 2014 (Anexo 2 del 2014), y se ha propuesto un diseño de 10 productos en la EFP del 2015,	Se recomienda priorizar la intervención del PP 104 SAMU en productos relacionados a los componentes claves relacionados con el logro del Resultado específico: Atención pre-hospitalaria que comprende 3 componentes claves (Centro Regulador operativo, Transporte Asistido implementado y Atención hospitalaria). Para considerar como Transporte asistido implementado debe cumplir con requerimiento de ambulancias equipadas y con personal de APH. La Atención hospitalaria debe de priorizar la capacidad resolutive para Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC). Esta priorización se debe reflejar más adelante también en la	Taller Nacional de Evaluación del PP 104 y Revisión del Anexo 2 del PP 104, con participación de regiones.



			asignación Presupuestal.	
La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) considera productos no relacionados directamente al objetivo del programa.	Los productos 5 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes estables - no críticos) y 6 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes críticos) del Anexo 2 del 2014 no contribuyen directamente en el logro del objetivo y pueden distorsionar el cumplimiento de las metas.	Según información de Jefes de Emergencia, el 80% de los trasladados con Ambulancia de los Hospitales corresponden a trasladados no relacionados a la atención pre-hospitalaria (para realización de exámenes). Esto puede ser explicado por la aún insuficiente capacidad resolutoria de los Hospitales.	Se recomienda que los productos 5 y 6 del PP 104 (Anexo 2 del 2014), sean retirados del Programa, o en su defecto ser considerados en una segunda etapa, cuando se tenga fortalecida la red de ambulancias del SAMU.	Taller Nacional de Revisión del Anexo 2 del PP 104, con participación de regiones.
	Los productos 7 y 8 (Atención Médica / Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia) incluyen actividades que no tienen relación directa con el logro del objetivo del programa.	La evidencia establece que las patologías que contribuyen al objetivo inicial de PPR 104 son: Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC).	En los productos 7 y 8 se recomienda priorizar la atención hospitalaria del SAMU en mejorar la capacidad resolutoria para resolver de manera adecuada aquellas patologías en que la evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad: Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC). Recomendamos que del listado de actividades deban quedar estas tres patologías mencionadas en el párrafo	



			precedente	
Inclusión de Productos que contribuyen al logro de objetivo, pero no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU.	La IPE incluye productos 9 y 10: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados, y Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria, los cuales no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU, y en los cuales los criterios de programación no están precisos (Anexo 2 del 2014 señala que su meta es el promedio de los tres últimos años)	Porcentaje de atendidos de urgencias (Prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados. Porcentaje de atendidos de urgencia (prioridad III y IV) en módulos de atención ambulatoria	Mejorar la coordinación con cada Unidad Ejecutora en la fase de programación para determinar las metas a ser incluidas (teniendo en cuenta la creación de los módulos hospitalarios y módulos de atención ambulatoria).	Taller de Revisión para mejorar la definición de los criterios de programación con cada unidad ejecutora. Talleres con las unidades ejecutoras de Lima y Regiones.
La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) no tiene información basal de los indicadores.	Los indicadores no miden apropiadamente los diferentes componentes y los resultados del programa. La validez de las fuentes de información de los indicadores no están claramente descritas (Ej. registros hospitalarios). Existiría un sub-registro de la información que no permite contar con indicadores sólidos y	Información del Anexo 02 del PPR 104.	Revisar indicadores del programa, de evaluación y monitoreo. Es necesario además construir indicadores que permitan evaluar los avances en la implementación del programa. Verificar la validez de las fuentes de información de los indicadores, y para el indicador de resultado final se plantea incluir la medición de mortalidad a través la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES – INEI.	Revisar indicadores del programa, de evaluación y monitoreo. Establecer estándares para la recojo de información y uso. Analizar y utilizar otras fuentes de



verificables			Se recomienda establecer registro de letalidad de las emergencias en los establecimientos de salud, preferible implementar un aplicativo para registro único (en entorno web) Entre los indicadores a considerar para el componente pre-hospitalario: A. Insumos: Implementación del programa y medición de los principales elementos del componente pre-hospitalario. Indicadores sugeridos: Centro Regulador implementado Número de Ambulancias implementadas Equipos de personal de Atención pre-hospitalaria que cubren turnos de 24 horas por cada ambulancia . B. Procesos Incluir indicadores que permitan medir la trazabilidad. Indicadores sugeridos: Cumplimiento de manejo para IMA, TEC, TRAUMA, ACV, Convulsiones, Paro cardio-	información recolectadas periódicamente sobre enfermedades y condiciones de urgencia y emergencia. Coordinación con INEI para incluir medición de mortalidad a través la ENDES – INEI. Desarrollo de aplicativo web para registro de letalidad de las emergencias en los EES.SS.
--------------	--	--	---	--



			respiratorio. Uso correcto de ambulancias (evaluar sobre uso para indicaciones no requeridas) C. Resultados Indicadores sugeridos: Tasa de letalidad por IMA, TEC, TRAUMA y ACV. Satisfacción con el servicio			ACTIVIDAD ESPECÍFICA QUE DEBE REALIZAR LA IPE
Implementación						
PROBLEMA IDENTIFICADO	CONCLUSIÓN	INDICADOR (VALOR)	RECOMENDACIÓN			
La estructura organizacional para la atención pre-hospitalaria varía en las regiones. Se observó alta rotación de personal y asignación de múltiples funciones al coordinador.	La estructura organizacional de la atención pre-hospitalaria no está claramente definida. En las regiones evaluadas está en un cuarto nivel jerárquico, considerando el primero al Director o Gerente Regional de Salud. Esta posición de dependencia limita las acciones, porque debe pasar por tres niveles burocráticos para canalizar cualquier acción, considerando	Entrevistas con Equipo SAMU, e Informe de Trabajo de Campo	Lo más viable y que se recomienda es poder subir al menos un nivel jerárquico en su ubicación en el organigrama de la DIRESA o GERESA.	Elaboración de Directiva sobre implementación del SAMU en cada región y debe sugerirse su ubicación, al menos en un tercer nivel jerárquico en el organigrama de la DIRESA o		



	que es un programa que debe responder a emergencias. En Lima ahora ha pasado al nuevo Instituto de Gestión de Servicios de Salud.			GERESA. En Directiva debe establecerse estructura, roles y funciones.
Desarticulación entre los componentes hospitalario, pre-hospitalario y el sistema de referencias y contra-referencias de las urgencias.	Falta de coordinación entre los diferentes actores y Unidades involucradas en la atención de emergencias y urgencias. Falta de Directivas claras de centralización o descentralización. Los roles institucionales no están claramente definidos.	Desconocimiento de actores relevantes de componentes pre-hospitalario, hospitalario, y el sistema de referencias. Se observó nula o poca interacción entre los componentes pre-hospitalario y hospitalario.	Establecer Directivas donde se establezca los niveles y acciones de coordinación entre los diferentes actores y Unidades involucradas en la atención de emergencias y urgencias Coordinación con otros programas para mejora la respuesta de emergencias a gran escala (programa de emergencias y desastres)	Establecer directivas donde se establezca claramente los niveles y acciones de coordinación.
Limitada articulación con otras instituciones que cuentan con atención pre-hospitalaria a nivel nacional y regional.	Las acciones de coordinación con otros sectores o subsectores que atienden emergencias, y sobre todo en la atención pre-hospitalaria (Ej. ESSALUD, Sanidades FFAA y PNP, Bomberos, Privados) han sido escasas.	Entrevistas con Equipo SAMU Nacional, e Informe de Trabajo de Campo en Regiones	Fortalecer el trabajo del Consejo Directivo Nacional (MINSA, ESSALUD, M. Defensa, M. Interior, Bomberos, AN Gobiernos Regionales, AN Municipalidades) para articular las acciones y establecer Directivas conjuntas.	Establecer Directivas específicas sobre el alcance y la integración de ambos servicios (pre-hospitalario y hospitalario) a nivel de los subsectores públicos y privado.



				Establecer un programa de mediano plazo de integración a un sistema nacional y regional integrado.
Limitada información sobre la infraestructura o capacidad real del sistema de salud para la atención de emergencias y urgencias.	Se requiere un mejor diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud, de las condiciones de su infraestructura, su nivel de equipamiento, de la disponibilidad de personal, y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. Ausencia de un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias.	No hay estudios diagnóstico actualizados de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud	Desarrollar un diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud (infraestructura, equipamiento, disponibilidad de personal), y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. La confección de indicadores basados en datos que puedan ser verificables y registrados en forma sistemática a nivel nacional. Desarrollar, bajo la conducción de la OGPP del MINSA un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias a nivel nacional, articulado con una Plan Multianual de Inversiones que permita ir cerrando las brechas de modo progresivo y realista con la disponibilidad de recursos.	Coordinación a nivel del MINSA para el desarrollo del diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud, incluyendo el número y capacidad de las ambulancias (públicas y privadas). Establecer un sistema de acreditación e inspección de ambulancias. Coordinación para



					desarrollar, el Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias.
Dificultades en la contratación de personal con competencias para la atención pre-hospitalaria	La implementación del SAMU requiere profesionales capacitados, con formación en programas acreditados (BLS y ALS).	Entrevistas con Equipo SAMU Nacional, e Informe de Trabajo de Campo en Regiones	Realizar capacitación continua. Establecer mecanismos de acreditación. Se sugiere que el SAMU Nacional, pueda establecer convenios con entidades formadoras de profesionales de salud, con los cuales se puedan brindar esta formación y capacitación especializada, y que pudiera ser a su vez fuente de recursos profesionales que pueden luego integrarse al SAMU	Fortalecer las acciones de capacitación de profesionales. Convenios con entidades formadoras para un programa de formación compartido entre la Universidad y el SAMU (campo clínico)	
El SAMU nacional aún no valida las Guías de atención Pre-hospitalaria que ha desarrollado y aún no completa otras	La calidad de atención y capacitación del personal del SAMU está restringida por la carencia de las Guías de atención Pre-hospitalaria.	Actividades intermedias: Guía validada e implementada	Desarrollar guías delimitando las acciones para manejar situaciones de emergencias y urgencias.	Elaboración, validación y aprobación de Guías de atención pre-hospitalaria.	



que se requieren					
Insuficiente conocimiento y empoderamiento de los productos y actividades relacionadas a la atención hospitalaria de las emergencias por parte del propio personal de los servicios de emergencia y urgencias	Se requiere que el personal de los servicios de emergencia y urgencias conozca mejor los productos y actividades relacionadas a la atención hospitalaria de las emergencias	Poco conocimiento del personal de los servicios de emergencia sobre los productos y actividades relacionadas a la atención hospitalaria	Mayor difusión entre personal de los servicios de emergencia y urgencias de los productos y actividades del PP 104 SAMU.	Talleres de difusión y de capacitación a nivel del personal de los servicios de emergencia.	
Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU es inexistente y las acciones de seguimiento y evaluación son insuficientes.	No existe un seguimiento adecuado de los casos referidos a los servicios de emergencias. Seguimiento de caso atendido solo registra si fue atendido o falleció. Existen formatos y hojas de reporte, pero <u>no</u> se cuenta con un sistema de seguimiento operando como tal. Solo existen formatos de seguimiento de uso de recursos.	Informe de Trabajo de Campo: Verificación de existencia de un <u>Sistema</u> de seguimiento operando como tal. Reporte de ejecución Presupuestal 2013 del PP 104	Fortalecer y consolidar Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU. En particular de los casos referidos a los servicios de emergencias. Desarrollo de un software de seguimiento para Lima y las Regiones. Este software debe tener los principales datos estadísticos y de producción de los establecimientos a nivel nacional, que permita monitorizar el logro de metas físicas.	Desarrollo de software que permita monitoreo y evaluación del PP 104 SAMU. El desarrollo de este software es responsabilidad de SAMU Nacional.	



	No cuentan con software de seguimiento en Regiones.	<p>En SAMU Lima existe una aplicación en Excel donde se ingresan datos estadísticos e información de los reportes de producción de regiones.</p> <p>El Programa Nacional SAMU es monitorizado por Equipo SAMU Nacional utilizando la información generada por herramientas generales (Aplicativo Mochica de la Contraloría de la República, la Consulta Amigable del MEF)</p> <p>Análisis del Reporte de ejecución Presupuestal 2013 del PP 104 revela que la ejecución de las metas fue parcial: se lograron realizar 29% de los Informes de Monitoreo, 44% de Informes/acciones de supervisión y 83% de los informes de evaluación.</p>	Estrategia comunicacional a
La población en general desconoce	La Población desconoce el número 106 y el SAMU aún no es	Encuestas de usuarios evidencian que desconocen	Desarrollar una Estrategia comunicacional a nivel de las regiones donde ya se ha



de los servicios del SAMU y el número 106	reconocido como servicio.	el número 106 del SAMU	implementado el SAMU, y posteriormente a nivel nacional, cuando se culmine su implementación en todas las regiones. Se buscará que la población conozca de los servicios que brinda el SAMU y posicionar al 106 a nivel de la población. Desarrollar complementariamente una Estrategia comunicacional a nivel de los propios servicios de salud que brindan atención de emergencias y urgencias	nivel poblacional Estrategia comunicacional a nivel de los propios servicios de salud que brindan atención de emergencias y urgencias
El SAMU requiere Justificación y reconocimiento por la comunidad.	Deficiente conocimiento y reconocimiento del SAMU por la comunidad	Informe de Trabajo de campo y Encuestas de usuarios	Difusión del SAMU como servicio en la comunidad. Generar articulación con el nivel hospitalario, que le permita ser reconocido por la calidad y oportunidad de los servicios brindados. Lograr el reconocimiento por los diferentes actores del SAMU como un programa necesario.	Ejecutar un plan de publicidad para que la población reconozca y se beneficie de las prestaciones del SAMU.
Debilidad a nivel de los SAMU Regionales que demandan mayor Asistencia Técnica	SAMU Nacional debe contar con una ubicación como órgano de primer línea dentro del organigrama funcional del Instituto	Entrevistas con Equipo SAMU Nacional, e Informe de Trabajo de Campo en Regiones	Se requiere fortalecerse su rol de asistencia técnica a las regiones para culminar con la implementación de los SAMU regionales (Centro regulador y Unidad de Atención Pre-	Visitas y Talleres regionales o macro-regionales de Asistencia



de SAMU Nacional	de Gestión de Servicios de Salud, y desarrollar sus capacidades para la asistencia técnica a las regiones para culminar con la implementación de los SAMU regionales, priorizando el Centro regulador y Unidad de Atención Pre-hospitalaria)		hospitalaria) y establecer niveles de coordinación e integración con los servicios de emergencia de Lima Metropolitana, para clarificar su rol principal de Atención Pre hospitalario.	Técnica a regiones.
PROBLEMA IDENTIFICADO	CONCLUSIÓN	INDICADOR (VALOR)	RECOMENDACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA QUE DEBE REALIZAR LA IPE
Presupuesto y resultados				
Regiones con Presupuesto asignado a PP 104 SAMU a actividades dispersas sin priorizar productos y actividades clave del PP SAMU.	Regiones como Ancash, Loreto, Tarma, Huánuco, Ayacucho y Huancavelica tienen asignado Presupuesto al PP 104 SAMU, pero que <u>no tienen</u> aún Centro regulador implementado, Unidad de APH implementada con ambulancias equipadas y personal calificado; por lo que en estas Regiones no puede considerarse como programa SAMU efectivamente implementado.	Reporte de Asignación de Presupuesto por productos y sub-productos y genéricas de gasto. Reporte –Cuadro de mando de Plan de Implementación (SAMU Nacional Abril 2014)	Implementación efectiva de Programa SAMU debe considerar Centro Regulador implementado, Unidad de Transporte Móvil para APH equipada y con personal calificado, como requerimiento mínimo.	Directiva de requerimientos mínimos para funcionamiento del SAMU en regiones: 1. Centro regulador implementado con equipos y personal; y 2. Unidad de APH implementada con ambulancias equipadas y personal calificado.
Reducción del	El PIA se ha reducido en este año	Reporte de Asignación de	SAMU Central debe implementar	Seguimiento



Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 2014 respecto al año 2013. Alto nivel relativo de ejecución del Presupuesto 2013. Incremento del PIM 2014 al final del ejercicio, respecto al 2013	2014 en un 26.1% respecto al año 2013. El Presupuesto Institucional Modificado (PIM) es al 31.12.14, superior en 90.5% al PIM con que culminó el año 2013. La ejecución del Presupuesto en el 2013 fue de 96.8%. El nivel de ejecución del Presupuesto en el 2014 fue de 84.6%. El nivel de ejecución en el 2013 fue de 97.1% en el Gobierno Nacional y de 96.2% en el nivel de los Gobiernos Regionales, respecto al PIM al final del ejercicio, pero llama la atención que el PIM en Regionales se redujo drásticamente en 64% respecto al PIA. De otra manera, se hubieran reportado porcentajes de ejecución muchos menores.	Presupuesto, con fuente SIAF y Consulta amigable.	mecanismos para monitorear el gasto de las regiones, asesorándolas en caso de observar distorsiones o retrasos en la ejecución presupuestal.	trimestral de la ejecución del Presupuesto de Regiones por parte de SAMU Nacional.
Problema de sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU considerando que existen diversos	La sostenibilidad de la Atención Pre-Hospitalaria del SAMU podría mejorarse, considerando que existen diversos pacientes asegurados por IAFAs que pueden cubrir la prestación pre-	Informe de Trabajo de campo revela que No existe a la fecha Recupero financiero	SAMU Nacional debe culminar el estudio sobre la estructura de costos de los servicios de SAMU (especialmente la atención pre hospitalaria), y en base a éste, establezca una Directivas sobre el cálculo de los costos de atención y para la recuperación financiera por prestaciones que se brinden a los	Revisar el sistema de financiamientos y métodos de pagos. Garantizar acceso independiente de la capacidad de



pacientes asegurados por otras IAFAs que a través de ésta pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada	hospitalaria brindada. Un factor clave para la sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU es garantizar el presupuesto para cubrir las remuneraciones del personal de salud a cargo de esta actividad.		usuarios de SOAT, ESSALUD, Seguros privados y Seguros público (SIS). Se debe hacer un balance del patrimonio de ambulancias y equipos adquiridos recientemente para así determinar la brecha actual.	pago y mecanismos de recuperación. Realizar asistencia técnica a las regiones para estos cálculos y la determinación de tarifas diferenciadas
Diferencias significativas entre el Presupuesto programado versus Presupuesto finalmente asignado como PIA	Información de las regiones señala que realizan un proceso de programación definiendo metas físicas para luego constatar que Presupuesto finalmente asignado como PIA difiere significativamente del Presupuesto programado originalmente	Informe de Trabajo de campo: Entrevistas a Coordinadores Regionales del SAMU	Proporcionar con anterioridad a regiones y Unidades Ejecutoras rangos mínimos y máximos de techos presupuestales que permita orientar mejor la programación presupuestal y no genere desazón frente al Presupuesto finalmente asignado y como PIA	Fortalecer la Coordinación con SAMU Nacional y con las DIRESAs o GERESAS durante etapa de programación presupuestal
Demora en ejecución presupuestal	El 42% de la ejecución del Presupuesto del PP 104 del año 2013 se ha realizado el último trimestre y en particular en el mes de diciembre.	Análisis presupuestario del PP 104 (Reporte de Evaluación Presupuestal de la Consultoría según Fuente SIAF)	Se recomienda mejorar la programación de la ejecución de los recursos, y su oportunidad, en tanto ésta se ha realizado en 42% en el último trimestre.	Asistencia Técnica para mejorar la programación y ejecución de los recursos.
Diferencias importantes entre Población calculada	Población calculada para las metas de atenciones (llamadas de emergencias médicas 106 y	Evidencias de acciones de reprogramación de metas físicas identificadas en	Considerar el uso de datos epidemiológicos de las emergencias para determinar de forma más precisa la población objetivo y la	Mejorar la disponibilidad de información de las



para las metas de atenciones y las metas físicas alcanzadas.	Atención médica telefónica de la emergencia, y en Despacho de la unidad móvil SAMU) difiere significativamente con las metas físicas alcanzadas.	trabajo de campo (regiones) El logro en la ejecución de llamadas de emergencias médicas 106 fue 5.2%, en Atención médica telefónica de la emergencia fue 5.4%, y en Despacho de la unidad móvil SAMU fue 34.9%.	programación de las metas físicas de atención del SAMU. También, considerar la programación en función a los ratios de disponibilidad de recursos (ambulancias y personal) para la atención pre-Hospitalaria. Ej. Número de ambulancias/población objetivo.	emergencias a nivel regional. Generar documento con información epidemiológica de las emergencias a nivel regional Fortalecer la capacitación de los actores involucrados en la programación de metas físicas.
Bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales productos y actividades del PP 104	Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales actividades del PP 104 como ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS 106 (5,6%) Y ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA (5.4%), SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) Y SOPORTE VITAL AVANZADO (SBA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA	Porcentaje de ejecución en la meta física de productos y actividades del PP 104, según Evaluación de Desempeño del Programa (Reporte de Evaluación Presupuestal de la Consultoría según Fuente SIAF)	Se recomienda mejorar la programación de metas físicas, realizando una buena evaluación del nivel de logro de las metas físicas de cada producto, y sincerarlas en la siguiente programación y formulación presupuestal.. Generar un plan de asistencia técnica del SAMU Nacional a regiones durante programación y formulación presupuestal, incluyendo manuales de programación presupuestal del PP 104.	Seguimiento (monitoreo) y evaluación de las metas físicas durante el año, y programación de metas físicas, según avances. Asistencia Técnica a Regiones durante programación y



	<p>EMERGENCIA.</p> <p>Por el contrario, llama la atención que las actividades de SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES en situación de NO EMERGENCIA, presenten porcentajes de ejecución de metas altos e incluso mayores a lo programado, que no son la razón principal del PP 104 SAMU.</p> <p>Por el contrario, actividades como el MONITOREO y la SUPERVISIÓN, DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS, que son de suma importancia para el seguimiento e implementación de las actividades del Programa, presentan ejecuciones bajas.</p>			<p>formulación presupuestal a través de Talleres y Videoconferencia.</p>
<p>Debilidades que ponen en riesgo la sostenibilidad del PP 104 SAMU</p>	<p>Débil integración entre componente pre-hospitalario y Hospitalario (Servicios de Emergencia).</p> <p>La asignación presupuestal no es acorde con los productos y</p>	<p>Informe de Trabajo de Campo. Entrevistas a Coord. De PP SAMU y Jefes de Emergencia. Entrevistas a usuarios.</p>	<p>Mejorar la integración entre componente pre-hospitalario y Hospitalario (Servicios de Emergencia). Priorizando acciones de asignación y fortalecimiento de los recursos destinados a mejorar la capacidad resolutive para Accidente cerebrovascular, Infarto de</p>	<p>Talleres de trabajo entre componente pre-hospitalario del SAMU y Hospitalario (Servicios de</p>



	actividades en las unidades de emergencia; donde describen lista de necesidades no cubiertas, siendo críticas la deficiencia de recursos humanos y ambulancias.		miocardio y atención de Trauma.	Emergencia).
Limitaciones en disponibilidad de recursos para ambulancias especialmente asignadas a los SAMU Regionales	<p>Las regiones han venido asignando presupuesto y adquiriendo ambulancias para los establecimientos de salud de su jurisdicción, y también pudieran priorizar ambulancias para SAMU.</p> <p>De igual modo, el MINSA viene contando en Presupuesto de Gobierno Nacional, desde el año 2013, de una partida que este año 2014 fue de 120 millones de soles para equipamiento (reposición), dentro de la cual ha asignado recursos para la compra de ambulancias.</p>	Entrevistas a Coord. SAMU Nacional y Coord. Regionales de SAMU Regionales	<p>Coordinación con DIRESAs y Gobiernos Regionales para priorizar la asignación de presupuesto y adquisición de ambulancias para los SAMU Regionales.</p> <p>Se sugiere que SAMU Nacional coordine con DIGIEM del MINSA, que está a cargo de esta asignación, para incluir la asignación de ambulancias específicamente para los SAMU Regionales</p>	<p>DIGIEM-MINSA deberían desarrollar un documento con el cálculo a nivel regional del número de ambulancias necesario tomando en cuenta las metas de atención esperadas y el número de ambulancias actualmente disponible en cada región.</p> <p>Coordinación con DIGIEM del MINSA, para incluir la asignación de ambulancias</p>



				específicamente para los
Inexistente priorización y asignación presupuestal en las acciones centrales del SAMU, y débil articulación entre las mismas	No se está priorizando la programación en los tres componentes claves: Centro Regulador, atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria.	Entrevistas con Equipo SAMU, e Informe de Trabajo de Campo	SAMU Nacional debe generar compromisos con los GR para que prioricen los tres componentes claves: Centro Regulador, Atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria, en la formulación presupuestal	SAMU Central debe apoyar proceso de programación y formulación presupuestal con regiones para priorizar asignación presupuestal en los tres componentes claves: Centro Regulador, Atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria. SAMU Nacional deberá calcular cual es la programación necesaria para estos componentes por región.



ANEXOS

ANEXO 1: INFORME DEL TRABAJO DE CAMPO

METODOLOGÍA

El estudio se realizó con el objetivo de evaluar el diseño, la eficacia, eficiencia y si los productos entregados del Programa Presupuestal “Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias médicas-SAMU” cumplen con requerimientos de calidad. La evaluación se basó en un diseño mixto, cuantitativo y cualitativo.

La población de estudio estuvo conformada por beneficiarios, usuarios de emergencias y profesionales de las instituciones vinculadas con las actividades y productos del Programa Presupuestal “Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias médicas-SAMU”. La población de estudio estuvo conformada por autoridades, funcionarios y personal de equipos técnicos encargados de la gestión y la entrega directa de los productos a diferentes niveles nacional, regional y local. Asimismo se incluyó a población usuaria y beneficiaria de servicios de atención de emergencias.

Se utilizaron los siguientes métodos específicos para responder a las preguntas de evaluación del programa:

a. Para evaluar el diseño y determinar si las acciones que se financian con la Intervención Pública Evaluada tienen o no relación con los resultados se aplicaron los siguientes métodos:

(i) A través del uso de una matriz de marco lógico se organizó la Intervención Pública Evaluada en actividades, componentes, propósito y fines (ii) Se analizó las relaciones causa-efecto para determinar si de la ejecución de las actividades se obtienen los componentes y si de éstos se obtiene el propósito y fines. El análisis de las relaciones causa-efecto se realizó mediante la búsqueda de evidencia empírica.

b. Para determinar la eficacia y calidad en la ejecución de actividades para la obtención de los componentes se aplicaron los siguientes métodos de evaluación: (i) Mediante una matriz de marco lógico se establecieron los indicadores de las actividades, componentes, propósito y fines; las metas (valores esperados) de cada uno de éstos en el horizonte de ejecución estimado; los supuestos para alcanzar dichas metas y las fuentes de información para verificar su cumplimiento; (ii) Se analizó la eficacia, en la obtención de las metas de actividades, componentes y propósito mediante la verificación de los valores obtenidos versus valores esperados. Esto se complementó con la revisión de los modelos operacionales; (iii) y se analizó la calidad de los bienes y/o servicios entregados a la población beneficiaria, con relación a estándares que se consideren adecuados en la literatura.



c. Se determinó la eficiencia a través del análisis de indicadores de costo unitario y/o costo promedio, así como su comparación con intervenciones similares. Se utilizaron como insumos el análisis de los procesos de la intervención y los errores de focalización, entre otros aspectos. Cada pregunta de evaluación fue respondida con indicadores describiendo sus fortalezas y limitaciones. Se realizaron comparaciones (benchmarks) con otros indicadores de intervenciones similares.

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias para la recolección de la información. Las fuentes de información primaria estuvieron conformadas por los informantes clave y por la población beneficiaria y las fuentes secundarias por las bases de datos del Seguro Integral de Salud (SIS), Sistema de Información Salud (HIS), Sistema de Información de Medicamentos, Insumos y Drogas (SISMED), Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA), Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), Reportes de la Central de Emergencias del SAMU, directivas, convenios, páginas web, Consulta Amigable del MEF/Ejecución del Gasto, registros administrativos, actas, etc.

Fuentes de información

La fuente de información para determinar las relaciones de causalidad, se basó en la revisión de estudios que encontraron efectos estadísticamente significativos en dichas relaciones. Se buscó que los estudios revisados aporten la mayor evidencia.

La información de indicadores para la determinación de eficacia, eficiencia y calidad en la ejecución de actividades para la obtención de los bienes y/o servicios y otros aspectos fueron obtenidas de fuentes secundarias o a través de la recolección de datos primarios, recogidos de actores clave o beneficiarios del programa.

La información primaria se obtuvo a partir de la aplicación de instrumentos en 3 regiones. Las regiones seleccionadas fueron Lima, La Libertad (Trujillo) y Amazonas (Chachapoyas). El trabajo de campo estuvo orientado a recoger información rápida sin buscar representatividad. La información secundaria se recabó de bases de datos ya existentes.

ANÁLISIS DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La información fue recolectada de ciudades de tres regiones, Lima, Trujillo y Chachapoyas. La selección fue coordinada con el equipo técnico de Evaluaciones Independiente del Ministerio de Economía y Finanzas a cargo de esta EDEP, y con el equipo Técnico del Programa Presupuestal "Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias médicas-SAMU".

Se entrevistaron a:



- Director o Gerente Regional de Salud
- Coordinador del Programa Regional del Programa Presupuestal "Reducción de la Mortalidad por emergencias y urgencias médicas-SAMU"
- Jefe de Emergencia de uno de los Hospitales de la capital de la Región
- Usuarios



INSTRUMENTOS

Guía de entrevista

Director de DIRESA

1. En el nivel regional, ¿cuál es la organización actual del SAMU? ¿De qué Dirección de la DIRESA depende el SAMU? ¿Depender de esta instancia favorece la gestión y resultados del SAMU y garantiza su sostenibilidad a nivel regional?
2. ¿Cuál es la estructura organizacional del SAMU Regional? ¿Es similar a la del SAMU Central? ¿Organizacionalmente, cuál sería la mejor Dirección dónde debería ubicarse el SAMU?
3. ¿La Organización actual del SAMU Regional favorece el trabajo coordinado de la Unidad de Atención Pre hospitalaria y del Centro Regulador, para dar atención integral a las emergencias y urgencias en su región?
4. ¿Existen convenios con otras instituciones para la atención pre-hospitalaria que brinda el SAMU? ¿Con quiénes? ¿De qué forma está estructurado este convenio, y qué aspectos principales contempla?
5. ¿Cuál es la población potencial que se ha considerado para definir las metas de atención del SAMU en su región?
6. ¿Cuáles son las principales dificultades que limitan la provisión de servicios del SAMU? ¿Qué instituciones, dependencias, o actores están directamente involucrados en la ocurrencia de estos problemas? En función a este contexto, ¿qué soluciones se pueden proponer para resolver estos problemas?
7. ¿En el proceso de implementación del SAMU a nivel regional, cuáles son los principales cuellos de botella? ¿Qué soluciones se proponen?
8. ¿En qué actividades están priorizando la asignación presupuestal en su región? ¿Se tiene implementado el Centro Regulador en su Región? ¿Se ha priorizado la asignación para la adquisición de unidades móviles?
9. ¿Cómo evalúa el nivel de logro de los resultados del SAMU, en función a las metas planteadas a nivel regional?
10. ¿En qué productos del SAMU fueron los mayores logros? ¿En cuáles fueron los menores logros?
11. ¿Cuáles fueron las principales restricciones que no permitieron el logro de las metas? ¿Estas restricciones son de responsabilidad directa del MINSA, del Gobierno Regional, de las DIRESA, Redes, Micro redes o Establecimientos de Salud? ¿Estas restricciones fueron identificadas a tiempo? ¿Qué acciones o estrategias se implementaron?
12. ¿Qué logros de SAMU harían que éste sea sostenible en su región?. En qué ámbito de su región se encuentra implementado el SAMU.
13. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que se realice un adecuado proceso de implementación del SAMU de su región?.
14. ¿Cuáles serían las acciones a realizar para que la población reconozca y valore al SAMU?



Guía de entrevista
Coordinador del SAMU en DIRESA

1. En el nivel regional, ¿cuál es la organización actual del SAMU? ¿De qué Dirección de la DIRESA depende el SAMU? ¿Depender de esta instancia favorece la gestión y resultados del SAMU y garantiza su sostenibilidad a nivel regional?
2. ¿Cuál es la estructura organizacional del SAMU Regional? ¿Es similar a la del SAMU Central? ¿Organizacionalmente, cuál sería la mejor Dirección dónde debería ubicarse el SAMU?
3. ¿La Organización actual del SAMU Regional favorece el trabajo coordinado de la Unidad de Atención Pre hospitalaria y del Centro Regulador, para dar atención integral a las emergencias y urgencias en su región?
4. ¿Existen convenios con otras instituciones para la atención pre-hospitalaria que brinda el SAMU? ¿Con quiénes? ¿De qué forma está estructurado este convenio, y qué aspectos principales contempla?
5. ¿Cuál es la población potencial que se ha considerado para definir las metas de atención del SAMU en su región?
6. ¿Con qué recursos (humanos, financieros, equipos) cuenta el Centro Regulador de su Región? ¿Considera que son suficientes? ¿Cuál es la calificación del personal que labora en el Centro Regulador (operador, regulador y despachador)?
7. ¿Cuántas unidades móviles propias tipo I, II y III cuenta el SAMU? ¿Cuentan éstas unidades con el equipamiento completo definido para el tipo I, II y III, según la norma técnica? ¿Cuántas de las unidades móviles están operativas? ¿Cuántas unidades móviles tiene disponibles a través de los convenios vigentes? ¿Qué cantidad de recursos humanos tiene contratados directamente el SAMU para la operación de las ambulancias? ¿Se cubren los turnos en las 24 horas de atención? ¿Cuál es el nivel de calificación de los recursos humanos con que cuenta para la atención pre-hospitalaria, según la atención requiera soporte vital básico "SVB" o avanzado "SVA"? ¿Cómo condiciona la actual capacidad del PP 104 SAMU en la programación de metas de atención y el logro de los resultados planteados?
8. ¿Cuenta con un tarifario diferenciado aprobado y vigente? ¿Cuéntan con convenios que garanticen el recupero financiero por las prestaciones que brinda el SAMU?
9. ¿El personal del SAMU ha sido capacitado en guías y protocolos pre-hospitalarios?
10. ¿Cuáles son las principales dificultades que limitan la provisión de servicios del SAMU? ¿Qué instituciones, dependencias, o actores están directamente involucrados en la ocurrencia de estos problemas? En función a este contexto, ¿qué soluciones de pueden proponer para resolver estos problemas?
11. ¿En el proceso de implementación del SAMU a nivel regional, cuáles son los principales cuellos de botella? ¿Qué soluciones se proponen?
12. ¿Actualmente cuentan con un sistema de seguimiento del PP 104 SAMU? ¿Qué instrumentos conoce y utiliza para el seguimiento?
13. Quiénes realizan la coordinación y seguimiento de las emergencias a nivel inter hospitalario en su región.



14. ¿El sistema de seguimiento genera indicadores de producción física y de desempeño pertinente, de calidad, periódico y oportuno? ¿Qué unidad es la encargada de llevar acabo el seguimiento?
15. ¿La información generada por el sistema de seguimiento está disponible a las unidades orgánicas relevantes de manera oportuna para retroalimentar la toma de decisiones?
16. ¿Han sido bien identificadas las fuentes de verificación de los indicadores? ¿Han sido apropiados los métodos de recopilación y análisis de los datos?
17. ¿Existe un plan de seguimiento a nivel regional?, ¿Cuenta con instrumentos de recojo de datos?, ¿Estos instrumentos fueron validados a nivel regional?¿Cuentan con un aplicativo informático que le permita automatizar el proceso de monitoreo?
18. ¿En qué actividades están priorizando la asignación presupuestal en su región?¿Se tiene implementado el Centro Regulador en su Región? ¿Se ha priorizado la asignación para la adquisición de unidades móviles?
19. ¿Cómo evalúa el nivel de logro de los resultados del SAMU, en función a las metas planteadas a nivel regional?
20. ¿Cómo analiza el desempeño logrado por el SAMU Regional en el cumplimiento de las metas a nivel de propósito (resultado específico) y de fin (resultado final) para el año 2013?
21. ¿Cómo evalúa el nivel de cumplimiento de las metas físicas del último año? ¿Se hicieron ajustes, al inicio del año, a las metas físicas inicialmente establecidas en la formulación Presupuestal, considerando el monto final de asignación presupuestal?
22. ¿En qué productos del SAMU fueron los mayores logros?¿En cuáles fueron los menores logros?
23. ¿Cuáles fueron las principales restricciones que no permitieron el logro de las metas? ¿Estas restricciones son de responsabilidad directa del MINSA, del Gobierno Regional, de las DIRESA, Redes, Micro redes o Establecimientos de Salud? ¿Estas restricciones fueron identificadas a tiempo? ¿Qué acciones o estrategias se implementaron?
24. ¿Cuál es el nivel de ejecución presupuestal según fuentes de financiamiento y genéricas de gasto?¿Cuáles son las causas internas y externas que favorecen /desfavorecen una adecuada ejecución presupuestal?
25. ¿De acuerdo a la programación de metas físicas, qué porcentaje de ejecución se alcanzó en 2013 y I trimestre de 2014?
26. ¿Cuál es el costo unitario de las prestaciones del SAMU en su región? ¿Qué acciones se están realizando para contribuir a mejorar la eficiencia del Programa?
27. ¿Qué logros de SAMU harían que éste sea sostenible en su región?. En qué ámbito de su región se encuentra implementado el SAMU.
28. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que se realice un adecuado proceso de implementación del SAMU de su región?.
29. ¿Cuáles serían las acciones a realizar para que la población reconozca y valore al SAMU?



GUIAS DE ENTREVISTAS A JEFES DE EMERGENCIA DE HOSPITALES

PPR SAMU

Entrevistado:

Cargo y Hospital visitado.

1. Cómo observa Usted el diseño de Programa presupuestal 104 SAMU y que productos identifica que tengan relación con la emergencia de su Hospital?.
2. Sabía Ud. que la ex CENARUE, fue inscrito al SAMU?. ¿Qué le parece el proceso?¿Identifica algún conflicto?.
3. Sabía Ud. que existe un PpR que permite mejorar la gestión de la emergencia para programar adecuadamente recursos financieros para compra de equipos e insumos médicos, contratación de personal e inclusive optimización de la gestión de residuos sólidos?
4. Sabe Ud. la diferencia entre APNOP y PpR? ¿Cuánto de su presupuesto de emergencia se encuentra dentro del PP 104? Es adecuado su presupuesto? Cuánto del presupuesto que Ud. maneja está en el PP 104?
5. Considera que los productos y las metas propuestas en el PPR SAMU son adecuados?.
6. Considera que el resultado del PP SAMU puede ser alcanzado con los productos actuales?
7. Considera que la organización actual del SAMU, es la más adecuada para conducir las acciones y dar respuesta a las necesidades de la atención de emergencias y urgencias en su región?.
8. ¿A nivel regional se tiene ya organizado el SAMU de su región para poder brindar los servicios del SAMU? Cómo observa el proceso de implementación e integración con el servicio de emergencia hospitalario.
9. ¿Cómo calificaría las acciones del Centro Regulador y de la Unidad de Atención Pre hospitalaria?
10. Se cumple el protocolo de entrega del paciente derivado de atención pre hospitalaria por SAMU en el servicio de emergencia?
11. ¿Qué instituciones, dependencias, o actores puede identificar como los actores involucrados en la implementación del SAMU y qué problemas se vienen generando? En función a este contexto, ¿qué soluciones de pueden proponer para resolver estos problemas?
12. ¿Existe un plan de seguimiento a nivel institucional?, ¿Cuenta con instrumentos de recojo de datos?, ¿Estos instrumentos fueron validados ?¿Cuentan con un aplicativo informático que le permita automatizar el proceso de monitoreo?. ¿Existe nivel de reporte de datos a central de SAMU?.
13. ¿Cuál es el nivel de ejecución presupuestal de los productos evaluados a nivel hospitalario y existe correlación con el informe de metas reportadas con respecto al PIM asignado?
14. Comentarios finales del entrevistado.

Respuestas:



Encuestas/Entrevistas a Usuarios

I. Generales

Lugar: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Servicio: _____ Turno: _____

II. Información sobre el Programa

1. ¿Conoce a qué número(s) llamar en el caso tuviera alguna emergencia o urgencia médica?
 Si ☐ Especifique el número _____ No ☐
2. ¿Ha escuchado hablar del SAMU?
 Si ☐ No ☐
3. ¿Conoce qué actividades o productos realiza u ofrece el SAMU?
 Si ☐ No ☐

III. Motivo de la atención

1. ¿Cuál fue el problema de salud que lo trajo a la emergencia? ¿Cuándo empezó?

2. ¿Cómo considera Ud. el problema que lo trajo a la emergencia?
 - a) Un problema agudo y que amenaza la vida
 - b) Un problema agudo pero que no amenaza la vida
 - c) Un problema que no es agudo y que no amenaza la vida
3. ¿Cómo llegó a la emergencia?
 - a) Acudió directamente, por su cuenta
 - b) Fue trasladado por una ambulancia
 - c) Fue trasladado por una unidad de la policía
 - d) Fue trasladado por una unidad de los bomberos
 - f) Otro (especifique) _____
4. Respecto al traslado por ambulancia
 - a) A qué institución pertenece la ambulancia? _____
 - b) A qué número llamó para el traslado por la ambulancia? _____
5. Si usted acudió por su cuenta ¿Cuánto tiempo transcurrido desde que tomó la decisión de acudir al hospital hasta que llegó al hospital? (en minutos) _____
6. Si fue trasladado por una ambulancia ¿Cuánto tiempo transcurrido desde que llamó a un número de emergencia hasta que llegó al hospital? (en minutos) _____
7. ¿Cuánto tiempo esperó desde que llegó al hospital hasta que lo atendieron? (en minutos)

Para casos que recibieron atención pre-hospitalaria

III. Atención pre-hospitalaria	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
1. La atención recibida en TODO el proceso de atención hasta antes de llegar al hospital, le pareció?					
2. El tiempo de respuesta en TOTAL a Ud., le pareció?					
3. Si algún familiar o amigo presentara un problema similar, ¿le recomendaría utilizar este servicio de atención de emergencias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

III.I Llamada a Central	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
4. La atención recibida por la persona que respondió su llamada,					



le pareció?					
5. La rapidez de respuesta a su llamada telefónica, le pareció?					
6. La orientación que le dieron durante su llamada, le pareció?					
III.II Ambulancia	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
7. El tiempo en que llegó la ambulancia para atender su caso, le pareció?					
8. Los equipos que tenía la ambulancia para atender su caso, le parecieron?					
III.III Personal de la ambulancia	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
9. La calidad de la atención recibida por el personal en la ambulancia, le pareció?					
10. La preparación de los profesionales para manejar su caso, le pareció?					

IV. Atención hospitalaria

	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
1. El tiempo que esperó Ud. desde que llegó al establecimiento hasta que lo atendieron, le pareció?					
2. La atención recibida por el médico en la emergencia, le pareció?					
3. La atención recibida en este establecimiento de salud, le pareció?					

4. Si algún familiar o amigo presentara un problema similar, ¿le recomendaría atenderse en este establecimiento de salud?

Si [] No []

V. Seguros de salud

1. ¿Qué seguros de salud tiene Ud.?

2. En la atención de su problema de salud actual, Ud. pago de su bolsillo

- a) Traslado de Ambulancia b) Consulta médica c) Medicamentos d) Análisis de laboratorio
 d) Rayos/Ecografía f) Procedimientos especiales (tomografía, endoscopia)

VI. Información demográfica

1. Edad del paciente _____
 2. La persona que responde la encuesta es el:
 a) Paciente b) Familiar c) Otra persona (Especificar) _____
 3. Lugar donde ocurrió la emergencia _____
 4. Nivel educativo del paciente _____



Comentarios adicionales:



ANEXO 2: MATRIZ DE EVALUACIÓN

Las preguntas a las que debe responder la evaluación y los métodos que se utilizarán para responder cada una se organizarán en una matriz donde se incluya, para cada pregunta de evaluación consignada en una fila, columnas con la información y/o indicadores requeridos, fuentes de información (bases de datos, investigaciones académicas, evaluaciones, consultorías, documentos de trabajo, etc.) y métodos de recolección de información y método de análisis de datos. Para ello, se utilizará el formato que se presenta en el Anexo 02.

Por otro lado, el estudio se divide en dos etapas, la primera etapa (contenido 1 al 16) se realizó mediante trabajo de gabinete, revisando y analizando documentos, bases de datos, páginas web, búsqueda de literatura científica indexada, entrevistas directas o empleando algunos medios de comunicación como el teléfono y el internet (Skype) y a través de talleres de construcción colectiva. En la segunda etapa (contenido 17 al 45), se realizó a través de trabajo de gabinete, trabajo de campo, donde se entrevistará a actores clave a nivel nacional, regional, distrital y comunal, revisión documentaria, revisión de base de datos, búsqueda de literatura científica indexada, talleres y encuestas en la población beneficiaria para conocer la percepción sobre la calidad de los productos, para esto se usaron los instrumentos de medición de calidad del MINSA. Se encuestará a 8 pobladores de la comunidad, usuarios del SAMU.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones y talleres de validación y presentación de resultados con el Ministerio de Economía y Finanzas y con el Ministerio de Salud. Se tuvo una reunión de socialización y validación de los resultados de la primera parte, la metodología del trabajo de campo y preguntas de evaluación que servirán de insumo para el trabajo de campo. Durante la ejecución de la segunda etapa, que corresponde al trabajo de campo, se realizaron talleres de análisis de restricciones en las regiones seleccionadas, reuniones de socialización de avances y al finalizar una reunión de socialización de resultados ante el MINSA y el MEF. Antes de iniciar el trabajo de campo se realizaron coordinaciones por diversos medios de comunicación con los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales y Direcciones Regionales de Salud para que brinden las facilidades necesarias.



MATRIZ DE EVALUACION

Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
Sección 1: Diseño				
¿Considera que los productos del 6 al 11; 6 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRÍTICOS); 7 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRÍTICOS; 8. ATENCIÓN MÉDICA DE LAS EMERGENCIA O URGENCIA; 9. ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA 10. ATENCIÓN AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADO; 11. ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA; del PP SAMU 104 contribuyen al logro del objetivo del PP-SAMU de disminuir la mortalidad por emergencias o urgencias?	18 al 20	Análisis documental Búsqueda de evidencias, Revisión de datos de mortalidad según tipo de patología atendida. Entrevistas	Diseño de programa, Anexo 2. evaluación independiente	La pregunta está orientada a evaluar el diseño original, y la existencia de productos que exceden el alcance de SAMU y enfocarse en los productos que impactan en el logro del objetivo (Reducir la mortalidad por emergencias y urgencias médicas).
Considerando el análisis realizado en la pregunta anterior, ¿Qué productos que se producen en la actualidad, podrían ser prescindibles? Es posible integrar en un solo producto, por ej, el P1. Llamadas de emergencias, y el P2: Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU? O integrar en solo producto la Atención pre-hospitalaria móvil? O la Atención de las emergencia o urgencias? Considera que sería pertinente reducir el número de actividades por cada producto?	19	Análisis documental Búsqueda de evidencias Entrevistas	Diseño de programa, Anexo 2. evaluación independiente	Según lo planteado en pregunta anterior.



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
¿Se identifica alguna actividad que no se ejecuta en la actualidad y que podría mejorar la obtención del componente? Como considera Ud. la posibilidad de incluir Centro Regulador operativo, y ambulancias operativas, dentro de las actividades del PP SAMU?	20	Análisis documental Búsqueda de evidencias Entrevistas	Diseño de programa, Anexo 2. evaluación independiente	La pregunta explora la posibilidad que se incluyan como subproductos o actividades específicas: Centro Regulador operativo, y ambulancias operativas, dentro de las actividades del PP SAMU (son los que permiten el cumplimiento de los productos).
En función a lo analizado en las preguntas precedentes, considera que el resultado del PP SAMU puede ser alcanzado con los productos actuales? En caso afirmativo, en qué magnitud pueden lograrse este resultado?	21	Análisis documental Búsqueda de evidencias Entrevistas	Diseño de programa, Anexo 2. evaluación independiente	Teniendo en cuenta que el equipo SAMU está rediseñando la IPE, podría validar la consistencia de algunos productos de diseño actual.
¿Cuáles son las principales barreras para determinar en la práctica los diferentes indicadores de los resultados, productos y actividades? ¿Los indicadores son cuantificables? ¿Es factible utilizar las fuentes de información? ¿Por qué no se pueden obtener? ¿Qué otros indicadores, basados en otras experiencias, se utilizan para medir de manera directa o indirecta las actividades, procesos, resultados e impacto del programa? ¿Pueden estos indicadores ser incorporados en el programa? ¿Qué identificadores son factibles de medir en el corto plazo (1 año)?	22 al 24	Revisión y análisis documental Búsqueda en literatura científica indexada Entrevistas	Manual de operaciones SAMU. Revisión de documentos organizacionales (MOF y ROF) de entidades involucradas. MINSAL: DGSP, SAMU, OGPP Resultados de búsqueda de literatura científica indexada en MEDLINE, EMBASE, LILACS, LIPECS,	En la revisión de la lógica horizontal del programa se identificó indicadores que podrían no ser adecuados para medir algunos productos y actividades. La fuente de información de algunos indicadores son registros o preguntas de encuestas nacionales que miden directamente los resultados finales del programa. De otro lado, se observó que no existe información basal sobre la mayoría de indicadores.



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
			SCIELO, EBSCO. MEF: DGPP, Dirección de Presupuesto Temático, Dirección de Calidad de Gasto, Representante y Coordinadores de SAMU en DISASS y DIRESA.	
Sección 2: Implementación				
¿En el nivel nacional, la organización actual del SAMU, es el más adecuado para conducir las acciones a nivel nacional y a su vez, con su Unidad de Atención Pre hospitalaria, y del Centro Regulador, de dar respuesta a las necesidades de la atención de emergencias e urgencias en Lima Metropolitana? ¿Qué se propondría para mejorarlo? ¿A nivel regional se tiene ya organizado el SAMU Regional para poder brindar los servicios del SAMU? ¿Qué estructura organizacional se ha propuesto? Es similar a la del SAMU de Lima Metropolitana? A nivel Regional: Coordina Ud. con el nivel nacional del SAMU?	26	Estudio cualitativo/Entrevistas a profundidad	Coordinadores del SAMU en el MINSA, DIRESAS	Aunque, La estructura organizacional del programa está establecida y determinada, es importante describir cómo funciona y se articulan los diferentes componentes del programa en la práctica. La evaluación de la implementación propuesta considera, la estructura organizacional en relación con los productos de la intervención pública.



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
¿La población potencial y objetivo del SAMU, a nivel de Lima y las regiones donde se ha propuesto el plan de implementación, ha sido bien definida, considerando el tipo de problema y los servicios que el Programa pretende resolver? En función a la realidad de su ámbito, que criterios adicionalmente debieran considerarse para una propuesta más realista?	27 y 28	Estudio cualitativo/Entrevistas a profundidad	Coordinadores del SAMU en el MINSA, DIRESAS	Se requiere precisar mejor la población potencial y objetivo del SAMU, a nivel de Lima y las regiones donde se ha propuesto el plan de implementación
¿Debería focalizarse el programa en un conjunto de patologías de emergencia / urgencias más acotado que esté más relacionado con el resultado específico del PP SAMU?	30	Análisis documental Búsqueda de evidencias Entrevistas	Diseño de programa, Anexo 2. evaluación independiente	Considerando que el SAMU es un programa en implementación y el análisis de su real capacidad para alcanzar el resultado propuesto para el programa.
¿Se cuenta con los recursos suficientes en el Centro Regulador (en Lima/Regiones) para atender las llamadas de emergencias, así como para la Atención médica telefónica de la emergencia? ¿Cuál es la calificación de éstos para la Atención médica telefónica de la emergencia? ¿Cuántas unidades móviles propias tipo I, II y III cuenta el SAMU? ¿Cuentan éstas unidades con el equipamiento completo definido para el tipo I, II y III, según la norma sectorial? ¿Cuántas de las unidades móviles están operativas? ¿Cuántas unidades móviles tiene disponibles a través de los convenios vigentes? ¿Qué cantidad de recursos humanos tiene contratados directamente el SAMU para la operación de las ambulancias? ¿Se cubren los turnos en las 24 horas de atención? ¿Cuál es el nivel de calificación de los recursos humanos con que cuenta para la atención pre-hospitalaria,	31	Análisis documental, Bases de datos de SIGA, SIAF Entrevistas Verificación / Chequeo del flujo de procesos y recursos para los principales productos y actividades del SAMU	Coordinadores del SAMU en el MINSA, DIRESAS	En el contexto de la organización de un programa es importante realizar un seguimiento de los procesos de implementación de los productos y actividades principales, su estado actual y las condiciones necesarias para una adecuada implementación, identificando a los actores y los sistemas de seguimiento. La observación directa de procesos permite este análisis.



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
<p>según la atención requiera soporte vital básico "SVB" o avanzado "SVA"? ¿Cómo condiciona la actual capacidad del PP SAMU en la programación de metas de atención y el logro de los resultados planteados? ¿Se cuenta con el personal suficiente para el seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera? ¿Se han completado las guías técnicas y protocolos en atención pre-hospitalaria y emergencia que se requieren para la operación regular del SAMU? ¿El personal del SAMU ha sido capacitado en estas guías y protocolos específicos?</p> <p>¿Qué procesos están dificultando la provisión de los servicios del SAMU? Para la pronta atención de la emergencia, derivada de la atención pre-hospitalaria brindada por el SAMU, ¿qué factores la están dificultando? ¿Hay alguna otra limitación en los recursos que le esté generando un cuello de botella para la entrega de los servicios que ofrece el SAMU?</p> <p>¿Qué instituciones, dependencias, o actores puede identificar como los actores involucrados en esos problemas que se viene generando? En función a este contexto, ¿qué soluciones de pueden proponer para resolver estos problemas?</p> <p>¿Cuál es el nivel de implementación de nuevas tecnologías y capacitación de los recurso humanos? ¿Qué problemas y dificultades se han presentado? ¿Qué problemas existen en la provisión de bienes y servicios para estos productos?</p> <p>¿En el proceso de implementación de la intervención a nivel regional, cuales son los problemas? ¿Qué soluciones se proponen?</p>				



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
<p>¿Actualmente cuentan con un sistema de seguimiento del Programa SAMU? Que instrumentos conoce y utiliza para el seguimiento? ¿El sistema de seguimiento genera indicadores de producción física y de desempeño pertinente, de calidad, periódico y oportuno? ¿Qué unidad es la encargada de llevar acabo el seguimiento? ¿Los indicadores monitoreados tienen alcance nacional, regional o distrital? ¿La información generada por el sistema de seguimiento está disponible a las unidades orgánicas relevantes de manera oportuna para retroalimentar la toma de decisiones? ¿Se realizan actividades de evaluación periódica de la calidad de la información? ¿Se distribuyen reportes con las cifras requeridas?</p> <p>¿Han sido bien identificadas las fuentes de verificación de los indicadores? ¿Han sido apropiados los métodos de recopilación y análisis de los datos? ¿Existe un plan de seguimiento a nivel institucional y a nivel de las direcciones regionales de salud o a nivel local?, ¿Cuenta con instrumentos de recojo de datos?, ¿Estos instrumentos fueron validados a nivel regional? ¿Cuentan con un aplicativo informático que le permita automatizar el proceso de monitoreo?</p>	32 y 33	Análisis documental Entrevistas	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	No se ha documentado al momento, la disponibilidad de un sistema de seguimiento del Programa SAMU. Incluso no se cuentan con los datos basales. El sistema de seguimiento con reportes periódicos y oportunos es clave para retroalimentar la toma de decisiones.



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
Sección 3: Presupuesto y resultados				
¿En qué regiones donde se efectuó gasto presupuestal en el marco del PP SAMU, estas actividades realizadas estuvieron enmarcadas en la implementación real de un SAMU con las condiciones mínimas? ¿en cuáles de ellas sólo fueron actividades aisladas?	34 y 35	Análisis documental. Revisión detallada de información complementaria para generar indicadores de avance de las actividades. Entrevistas.	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	En el 2013, 12 regiones tienen reportadas actividades de ejecución del PP SAMU; sin embargo, muy pocas estuvieron enmarcadas en la implementación real de un SAMU.
¿Cómo analiza el desempeño logrado por el SAMU Nacional/Regional en el cumplimiento de las metas a nivel de propósito (resultado específico) y de fin (resultado final) para el año 2013? ¿Qué regiones tuvieron logros aceptables en el cumplimiento de sus metas de actividades y productos?	35 y 36	Análisis documental Entrevistas	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	Se busca evaluar el logro, sobre todo en términos del cumplimiento del resultado específico, de reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias.
¿Cuál es el nivel de ejecución presupuestal de los productos evaluados a nivel nacional y en las 12 regiones que tiene reportadas actividades del SAMU, respecto al PIM asignado? ¿Cuáles de estos Gobiernos Regionales son los que menor ejecución presupuestal tuvieron en el último año? ¿En qué productos fueron principalmente los menores logros? ¿Se correlaciona con aquellas en las cuales la implementación real de un SAMU está pendiente?	38 a 41	Análisis documental Entrevistas	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	En el 2013, 12 regiones tienen reportadas actividades de ejecución del PP SAMU; sin embargo, muy pocas estuvieron enmarcadas en la implementación real de un SAMU. Se presume que fueron actividades aisladas (cargadas al PP SAMU) y que la implementación real de un SAMU está pendiente



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
¿Cuál es el nivel de ejecución presupuestal según fuentes de financiamiento y genéricas de gasto? En las DIRESAs/DISAs seleccionadas ¿Cuáles son las causas internas y externas que favorecen /desfavorecen una adecuada ejecución presupuestal? ¿Cómo se ha dado la ejecución presupuestal de los Productos 1 al 5 que forman parte principal de la atención pre-hospitalaria? ¿En qué regiones se ven las mayores dificultades?	38 a 41	Análisis documental Entrevistas Trabajo de campo	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	En el 2013, 12 regiones tienen reportadas actividades de ejecución del PP SAMU; sin embargo, muy pocas estuvieron enmarcadas en la implementación real de un SAMU
¿Qué esquema operativo considera podría plantearse para mejorar la eficiencia y generar un menor costo unitario de las acciones del SAMU, y así alcanzar las metas planteadas por el programa? ¿Qué tanto los costos se pueden reducir al articular el SAMU con el sistema de referencias del MINSA?	44	Análisis documental Comparación de sistemas de costo y financiamiento con otros países. Entrevistas	Coordinadores del SAMU, DIRESA/DISA, Redes, Miro Redes, Representante de Gobierno Regional	Se requiere analizar las acciones actuales y proponer mejoras para mejorar la eficiencia y generar un menor costo unitario de las acciones del SAMU
¿Qué logros de SAMU harían que este sea sostenible en escenario de cambio de gobierno y políticas públicas? Dado el resultado actual del programa, ¿es sostenible de expansión del SAMU a todas las regiones? El proceso de implementación del SAMU, se ha producido de acuerdo a la programación establecida por el nivel nacional del SAMU? Según el análisis de la implementación actual, qué condiciones son claves para que los productos/actividades claves del PP se ejecuten y con ello se alcance el resultado.	46	Revisión y análisis documentario	Comparación con modelos exitosos	Los cambios de gobierno (nacional y regional) y de políticas pudieran afectar la consolidación del SAMU.
¿Cómo establecer carta de ciudadanía que haga de programa SAMU al 2016, un programa valorado por la población?	46	Revisión y análisis documentario	Comparación con modelos exitosos	Los cambios de gobierno (nacional y regional) y de políticas pudieran afectar



Preguntas de evaluación	Contenido	Método de análisis	Fuentes de Información	Justificación
		Entrevistas		la consolidación del SAMU.
¿Cuáles son las condiciones mínimas para la expansión del SAMU en las regiones? ¿Cuáles serían los productos/actividades que deberían ser implementados en primera instancia?	47	Revisión y análisis documentario Entrevistas	Comparación con modelos exitosos	Es indispensable una evaluación de las condiciones mínimas para la expansión del SAMU en las regiones



ANEXO 3 A: DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE ENTREGA LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA DE EVALUACIÓN

PRODUCTOS

- **PRODUCTO 1: 3000280. Atención de llamadas de telefónicas al “106”.**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe que él o un tercero se encuentra ante una situación emergencia médica.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Servicio de respuesta a llamadas telefónicas que opera las 24 horas del día. Incluye de manera automática la identificación inmediata del teléfono que usa el notificante y su ubicación geográfica. El servicio o se ofrece en español, quechua, aymara y otros idiomas extranjeros (inglés).

- **PRODUCTO 2: 3000281. Atención Medica Telefónica De La Emergencia Y Despacho De La Unidad Móvil SAMU**

Grupo beneficiario: Personas que por sus propios medios o mediante terceros notificaron al servicio “106” una situación de emergencia médica.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: A través del teléfono [y por medio del notificante de la emergencia], médicos calificados realizan la evaluación de la necesidad clínica de la persona afectada en el lugar del incidente.

Para esta evaluación los médicos responsables de la atención aplican un sistema de protocolos médicos y triaje aprobados por el MINSA, el cual incluye: i) Un cuestionario bien sistematizado y validado de preguntas a realizar al notificante; ii) Una lista de instrucciones bien sistematizadas a ser comunicadas al notificante mientras el servicio de ambulancia se desplaza al lugar del incidente; y, iii) Priorización de la emergencia y la configuración de los niveles y modo de la respuesta en términos del tipo de servicio de ambulancia a ser despachado (con Apoyo Vital Básico o con Apoyo Vital Avanzado), los recursos adicionales (tipo de vehículo, personal, equipos, procedimientos, tratamientos) y la determinación y coordinación del destino final de la emergencia para su tratamiento definitivo.

Los protocolos médicos abordan las siguientes condiciones de emergencia:



Tabla 42. Lista de Protocolos para condiciones de emergencia

1 Dolor abdominal / Problemas	20 Sobre exposición a calor / frío
2 Reacciones alérgicas / animales Picaduras / envenenamiento	21 Hemorragia / Sangrados / Laceraciones
3 Mordeduras de animales / ataques	22 Incidente en áreas inaccesibles / entrapamientos
4 Asalto / Asalto Sexual	23 Sobredosis / envenenamiento (ingestión)
5 Dolor de espalda (Non-Traumatic/Non-Recent)	24 Embarazo / Parto / Aborto Involuntario
6 Problemas para respirar	25 Psiquiatría / intento de suicidio
7 Quemaduras/ Explosiones	26 Persona agudamente enfermo
8 Intoxicación por monóxido de carbono / inhalación	27 Trauma penetrante con arma blanca / arma de fuego
9 Paro cardíaco o respiratorio / Muerto	28 Accidente cerebrovascular (ACV)
10 Dolor de pecho	29 Accidentes de Tránsito / Transporte
11 Ahogado	30 Accidentes con lesiones traumáticas
12 Convulsiones / ataques convulsivos	31 Persona con pérdida conciencia
13 Problemas en pacientes diabéticos	32 Problema desconocido
14 Ahogamiento / Duceo / Accidente	33 Traslado de pacientes entre establecimientos de salud
15 Electrocución / Rayo	34 Notificación automática de accidentes (cuando se implemente)
16 Problemas de los ojos / lesiones	35 Referencia de primer nivel
17 Caídas	
18 Dolor de cabeza	
19 Problemas del corazón	

Este listado puede incluir nuevas condiciones en función de las circunstancias locales, como por ejemplo con la aparición brotes epidémicos u otros eventos catastrófico (el caso del virus influenza tipo A sub tipo H1N1).

- **PRODUCTO 3: 3000282. Coordinación Y Seguimiento De La Atención De Las Emergencias O Urgencias Y De Su Cobertura Financiera (Protección Financiera).**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que inicio la atención de una condición de emergencia médica prioridad III o IV a través del servicio “106”.

La definición de prioridad I o II es conforme lo establece la Norma Técnica de Salud 042-MINSA/DGSP-V.01 aprobada con la RM 386-2006/MINSA.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega asistencia directa al paciente o a sus familiares o a sus cuidadores sobre lo siguiente:

- Información respecto la situación de salud del paciente y las necesidades clínicas
- Coordina/informa/resuelve respecto de la cobertura del seguro (la protección financiera de la emergencia)
- Coordina/informa los traslados hacia la institución y las interinstitucionales (referencias) generados como resultado de la atención de la emergencia.



d. Coordina el acceso a los servicios de salud que el paciente requiere durante la hospitalización y rehabilitación (incluye exámenes auxiliares especializados).

- **PRODUCTO 4: 3000283. Atención Prehospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Básico "SVB"**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el despacho inmediato al lugar del incidente del servicio de ambulancia con capacidades para realizar la atención prehospitalaria que incluye la realización procedimientos de Apoyo Vital Básico en el lugar del incidente y durante el traslado hacia el destino definitivo para la atención hospitalaria de la emergencia. Este servicio se encuentra en estado de alerta las 24 horas del día todos los días del año, listo para ser activado en respuesta a una llamada al "106" calificada de emergencia médica . El servicio es realizado por personal de salud (médicos) con competencias en la provisión de procedimientos de Apoyo Vital Básico, el cual ha sido calificado por el MINSA o por instituciones autorizadas para calificar.

- **PRODUCTO 5: 3000284. Atención Pre hospitalaria Móvil De La Emergencia Con Soporte Vital Avanzado "SVA"**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el despacho inmediato al lugar del incidente del servicio de ambulancia con capacidades para realizar la atención pre hospitalaria que incluye la realización procedimientos de Apoyo Vital Avanzado en el lugar del incidente y durante el traslado hacia el destino definitivo para la atención hospitalaria de la emergencia. Este servicio se encuentra en estado de alerta las 24 horas del día todos los días del año, listo para ser activado en respuesta a una llamada al "106" calificada de emergencia médica . El servicio es realizado por personal de salud (médicos) con competencias en la provisión de procedimientos de Apoyo Vital Avanzado, el cual ha sido calificado por el MINSA o por instituciones autorizadas para calificar.

- **PRODUCTO 6: 3000285. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Estables (No Críticos).**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de un paciente hacia o desde



establecimiento de salud o entre establecimientos de salud, por razones médicas que no son el resultado directo de un súbito o inesperado deterioro en las condiciones de salud del paciente, y que no requiere tratamiento inmediato por no encontrarse en peligro su vida o su integridad física o estar ante condiciones potencialmente mortales. Esto incluye a pacientes que están siendo dados de alta del hospital, pero no pueden usar medios convencionales de transporte, o aquellos que requieren exámenes y tratamiento especializados que solo están disponibles en determinados hospitales. Este servicio se entrega de manera programada las [12 horas del día] y los [siete] días de la semana. Según la condición clínica del paciente, recursos adicionales son incluidos, tales como, personal de salud, la administración de tratamientos y la realización de procedimientos. Este servicio es realizado por personal de salud (enfermera o técnico) con competencias en la provisión de cuidados básicos, que incluye: uso del desfibrilador automático, monitoreo e interpretación del EKG, administración de sintomáticos para una variedad de emergencias médicas (oxígeno, antihistamínicos, salbutamol, aspirina, nitroglicerina, naloxone, óxido nítrico y soluciones endovenosas), realizar la inmovilización en caso de trauma incluyendo la inmovilización cervical.

- **PRODUCTO 7: 3000286. Transporte Asistido (No Emergencia) De Pacientes Críticos.**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de un paciente entre Unidades de Cuidados Intensivos. Esto incluye la provisión de servicios especializados de cuidados intensivos durante el traslado y que por las condiciones críticas de salud del paciente se encuentran en alto riesgo de deterioro durante el traslado. Este servicio se entrega de manera [programada] las [24 horas del día] y los [siete] días de la semana. Según la condición clínica del paciente, recursos adicionales son incluidos, tales como, personal de salud, equipos especializados entre otros. Este servicio es realizado por personal de salud (médico especialista en UCI y enfermera especialista) con competencias en el cuidado y atención de pacientes en cuidados intensivos.

- **PRODUCTO 8: 3000287. Atención Médica De La Emergencia O Urgencia**

Grupo Beneficiario: Población en situación de emergencia /Urgencia de tipo (médica no quirúrgica) PRIORIDAD I Y II.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención hospitalaria de la emergencia y urgencia médica, de los pacientes trasladados y coordinados por el SAMU. Entre las principales patologías a intervenir en este producto tenemos: Gastritis aguda y úlcera péptica, hemorragias digestivas agudas, cuerpo extraño en aparato digestivo, síndrome doloroso de espalda, heridas, contusiones y traumatismos complicados, lesión de partes blandas de miembro



superior y miembro inferior, intoxicación aguda por sustancias tóxicas, desorden cerebral vascular isquémico, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedades isquémicas del corazón, litiasis urinaria, cuerpo extraño en aparato respiratorio y otras patologías catalogadas como urgencia o emergencia.

- **PRODUCTO 9: 3000288. Atención Quirúrgica O De Trauma De La Emergencia O Urgencia**

Grupo Beneficiario: Población en situación de emergencia /Urgencia de tipo (medica no quirúrgica) PRIORIDAD I Y II.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención hospitalaria de la emergencia y urgencia médica, de los pacientes trasladados y coordinados por el SAMU, que podrían requerir intervención quirúrgica. Entre las principales patologías a intervenir en este producto tenemos: Apendicitis aguda, colecistitis complicada, obstrucción intestinal, fractura de extremidades complicadas, traumatismo intracraneal, traumatismo múltiple severo, fractura de columna y pelvis, quemaduras de II y III grado, desorden vascular cerebral hemorrágico y otras patologías quirúrgicas.

- **PRODUCTO 10: 3000289. Atención Ambulatoria De Urgencias (PRIORIDAD III O IV) En establecimientos de salud I-4.**

Grupo Beneficiario: Población en situación de Urgencia, tipo PRIORIDAD I Y II.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Atención médica en los establecimientos de salud I-4, que se encuentran en zonas de fácil acceso a hospitales de nivel II y III, para brindar una atención oportuna y accesible a una población con necesidad de atención, incluyendo a los pacientes coordinados y trasladados por el SAMU y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta con referencia a consulta externa o referido a un centro hospitalario de mayor nivel para su tratamiento.

- **PRODUCTO 11: 3000290. Atención Ambulatoria de Urgencias (PRIORIDAD III O IV) en establecimientos de salud I-2 y I-3**

Grupo Beneficiario: Población en situación de emergencia /Urgencia de tipo (medica no quirúrgica) PRIORIDAD I Y II.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: atención médica en los establecimientos de salud de forma oportuna y accesible a una población con necesidad de atención, incluyendo a los pacientes coordinados y trasladados por el SAMU, lo que implica el funcionamiento de una oferta



de servicios cuyas instalaciones respondan a servicios de atención de servicios medicas rápidas, ubicados en zonas prioritarias de mayor concurrencia, con un funcionamiento de 12 horas al día con el fin de descongestionar los servicios de emergencia hospitalaria y que de acuerdo a la condición del paciente este será dado de alta o referido a un centro hospitalario de mayor nivel para su tratamiento.

- **PRODUCTO 12: 3000291. Monitoreo, Supervisión, Evaluación Y Control De La Atención Del Programa**

Grupo Beneficiario: Personal del centro regulador, atención pre hospitalaria, SENARUE y planeamiento a nivel nacional, regional y local.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Actividades orientadas al control gerencial por niveles (nacional, regional y local), según corresponda, monitoreo, supervisión y evaluación por los responsables de los procesos.

Monitoreo: Actividad de control gerencial, orientada al proceso continuo y sistemático, mediante el cual se realiza un seguimiento de control de procesos, productos y resultados del proceso, así como el grado de cumplimiento de las metas físicas y financieras, y la efectividad de los recursos programados para cada una de las actividades nacionales, regionales y locales.

Supervisión: Actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, y se realiza con el objetivo de verificar los procesos de gestión, organización y prestación que desarrolla el personal de salud en los diferentes niveles según corresponda e identificar necesidades de fortalecimiento de las competencias de recurso humano.

Evaluación: Actividad realizada por el equipo de gestión nacional y regional, la misma que permite disponer de un juicio de valor, al comparar los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares), demuestra el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos por el Programa Presupuestal, determina de manera sistemática, periódica y objetiva, la relevancia, eficacia y eficiencia e impacto de las intervenciones a luz de los resultados (inmediato, intermedio y final) deseados.

- **PRODUCTO 3000292. Desarrollo De Normas Y Guías Técnicas En Atención Pre hospitalaria Y Emergencia**

Grupo Beneficiario: Prestadores de salud (IPRESS) públicos y privados y centros reguladores.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Consiste en el proceso a seguir para documentos normativos dirigidos a



establecer criterios técnicos y administrativos, que contribuyan a mejorar técnica y administrativamente, la operatividad y funcionamiento de los centros reguladores, atención pre hospitalaria y los servicios de emergencia de los EESS.

SUB PRODUCTOS

- **SUB- PRODUCTO: Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Básico para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación emergencia**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de pacientes hacia establecimiento de salud o entre establecimientos de salud, por razones médicas que no son el resultado directo de un súbito o inesperado deterioro en las condiciones de salud del paciente, y que no requiere tratamiento inmediato por no encontrarse en peligro su vida o su integridad física o estar ante condiciones potencialmente mortales. Este servicio se entrega de manera [programada] las [24 horas del día] y los [siete] días de la semana. El servicio es realizado por personal de salud (enfermeras (paramédicos nivel II)) con competencias en la provisión de procedimientos de Apoyo Vital Básico, el cual ha sido “calificado/acreditado/certificado” por el “SAMU/MINSA” o por “instituciones autorizadas” para calificar/acreditar/certificar”.

- **SUB- PRODUCTO : Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación emergencia**

Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de pacientes hacia el establecimiento de salud o entre establecimientos de salud, por razones médicas que no son el resultado directo de un súbito o inesperado deterioro en las condiciones de salud del paciente, y que no requiere tratamiento inmediato por no encontrarse en peligro su vida o su integridad física o estar ante condiciones potencialmente mortales. Este servicio se entrega de manera [programada] las [24 horas del día] y los [siete] días de la semana. El servicio es realizado por personal de salud (enfermeras (paramédicos nivel III)) con competencias en la provisión de procedimientos de Apoyo Vital Avanzado, el cual ha sido “calificado/acreditado/certificado” por el “SAMU/MINSA” o por “instituciones autorizadas” para calificar/acreditar/certificar”.

- **SUB- PRODUCTO: Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación emergencia**



Grupo beneficiario: Personas en situación de emergencia médica

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: El servicio consiste en el traslado de pacientes hacia el establecimiento de salud o entre establecimientos de salud, por razones médicas que no son el resultado directo de un súbito o inesperado deterioro en las condiciones de salud del paciente, y que no requiere tratamiento inmediato por no encontrarse en peligro su vida o su integridad física o estar ante condiciones potencialmente mortales. Este servicio se entrega de manera [programada] las [24 horas del día] y los [siete] días de la semana. El servicio es realizado por personal de salud (médicos (paramédicos nivel III)) con competencias en la provisión de procedimientos de Apoyo Vital Avanzado, el cual ha sido “calificado/acreditado/certificado” por el “SAMU/MINSA” o por “instituciones autorizadas” para calificar/acreditar/certificar”. Adicionalmente incluye:

La administración de tres o más medicamentos EV incluyendo soluciones cristaloides, hipotónica, isotónica, e hipertónicas y los procedimientos de vigilancia y mantenimiento del tubo endotraqueal, desfibrilación manual, descompresión torácica,....)

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Apendicitis aguda**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 1.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Colelitiasis**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 2.



- **SUB- PRODUCTO: Atención de Fractura de extremidades**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 3.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Traumatismo intracraneal**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 4.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Heridas, contusiones y traumatismos superficiales**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 5.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Obstrucción intestinal**



Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 6.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Quemaduras**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 7.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Intoxicación por órgano-fosforados**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 8.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Desorden vascular cerebral isquémico**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.



Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 9.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Traumatismos múltiples severos**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 10.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Insuficiencia respiratoria**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 11.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y



medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 12.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Enfermedad isquémica del corazón**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 13.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Desorden vascular cerebral hemorrágico**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 14.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Litiasis urinaria**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 15.



- **SUB- PRODUCTO: Atención de Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 16.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Fractura de columna y pelvis**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 17.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Síndrome de espalda dolorosa**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 18.



- **SUB- PRODUCTO: Atención de Cuerpo extraño en aparato digestivo**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 19.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Hemorragia digestiva aguda alta**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 20.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Cuerpo extraño en aparato respiratorio**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 21.



- **SUB- PRODUCTO: Atención de Lesiones asociadas a violencia intrafamiliar**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 22.

- **SUB- PRODUCTO: Atención de Otras emergencias**

Grupo beneficiario: Cualquier persona que se encuentra en territorio peruano que percibe la necesidad de requerir atención médica de inmediato y que fue admitido al servicio de emergencia del establecimiento de salud.

Descripción de los bienes y servicios que recibe el grupo beneficiario con la obtención del Producto: Se entrega una atención de emergencia que incluye la consulta e interconsultas médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y de laboratorio y medicamentos. El detalle del servicio se encuentra establecido y regulado dentro del Plan de Aseguramiento Universal, codificado bajo el grupo 3 de “condiciones agudas no transmisibles” y con la condición número 23.



ANEXO 3 B: CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y SU CUANTIFICACIÓN DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE ENTREGA LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA DE EVALUACIÓN

ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106" (3000280)

Atención médica telefónica de la emergencia (5002793)

Criterio de programación:

Personas en situación de urgencia o emergencia Prioridad I, II ó III en el ámbito de intervención con énfasis en aquellas poblaciones con alta dispersión, las localizadas en las zonas fronterizas y de conflicto social (VRAE) y poblaciones con alta exposición a eventos de riesgos (grandes ciudades o centros urbanos). Número promedio de emergencias y urgencias según tasa de siniestralidad, en los últimos 3 años.

Despacho de la unidad móvil SAMU (5002794)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia o urgencia Prioridad I o II

Porcentaje histórico de despachos de unidades móviles en relación al número de llamadas pertinentes, en los últimos meses.

COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCIÓN FINANCIERA) (3000282)

Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera (5002795)

Criterio de programación:

Personas en situación de urgencia o emergencia Prioridad I y II que reciben atención pre hospitalaria y son trasladados a los servicios de emergencia en unidades móviles.

Porcentaje histórico de atención pre hospitalaria móvil a establecimientos de salud en relación al total de despachos, en los últimos meses

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB" (3000283)

Servicio de ambulancia con Soporte Vital Básico (SBV) para la atención pre hospitalaria de la emergencia (5002796)



Criterio de programación:

Personas en situación de urgencia o emergencia Prioridad I y II con énfasis en aquellas poblaciones con alta dispersión, las localizadas en las zonas fronterizas y de conflicto social (VRAE) y poblaciones con alta exposición a eventos de riesgos (grandes ciudades o centros urbanos).

Porcentaje histórico de atenciones pre hospitalarias móviles con SVB en relación al total de atenciones pre hospitalarias móviles.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA" (3000284)

Servicio de ambulancia con Soporte Vital Avanzado (SVA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia (5002797)

Criterio de programación:

Personas en situación de emergencia Prioridad I con énfasis en aquellas poblaciones con alta dispersión, las localizadas en las zonas fronterizas y de conflicto social (VRAE) y poblaciones con alta exposición a eventos de riesgos (grandes ciudades o centros urbanos).

Porcentaje histórico de atenciones pre hospitalarias móviles con SVA en relación al total de atenciones pre hospitalarias móviles.

TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRÍTICOS) (3000285)

Servicio de traslado de pacientes estables (no emergencia) (5002798)

Criterio de programación:

Personas en situación de no emergencia estables que requieren transporte asistido.

Promedio histórico de transportes asistidos de pacientes estables (no emergencia), en los últimos 3 años.

Servicio de ambulancia con Soporte vital básico (SVB) para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación de emergencia (5002799)

Criterio de programación:

Población en situación de dependencia (no emergencia) estable que requiere transporte asistido.

Promedio histórico de transportes asistidos con SVB (no emergencia), en los últimos 3 años.

TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRÍTICOS (3000286)



Servicio de traslado de pacientes en situación crítica (5002800)

Criterio de programación:

Población hospitalaria en situación crítica de no emergencia que requiere transporte asistido.
Promedio histórico de transportes asistidos de pacientes críticos (no emergencia), en los últimos 3 años.

Servicio de ambulancia con Soporte Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia (5002801)

Criterio de programación:

Población hospitalaria en situación crítica de no emergencia que requiere transporte asistido.
Promedio histórico de transportes asistidos con SVA I (no emergencia), en los últimos 3 años.

Servicio de ambulancia con Soporte Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia (5002802)

Criterio de programación:

Población hospitalaria en situación crítica de no emergencia que requiere transporte asistido.
Promedio histórico de transportes asistidos con SVA II (no emergencia), en los últimos 3 años.

ATENCIÓN MÉDICA DE LA EMERGENCIA Y URGENCIA (3000287)

Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación (5002803)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación, en los últimos 3 años.

Hemorragia digestiva aguda alta (5002804)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Hemorragia digestiva aguda alta, en los últimos 3 años.

Cuerpo extraño en aparato digestivo (5002805)

Criterio de programación:



Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Cuerpo extraño en aparato digestivo, en los últimos 3 años.

Síndrome de espalda dolorosa (5002806)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Síndrome de espalda dolorosa, en los últimos 3 años.

Heridas, contusiones y traumatismos superficiales (5002807)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Heridas, contusiones y traumatismos superficiales, en los últimos 3 años.

Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior (5002808)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior, en los últimos 3 años.

Intoxicación aguda por órganos fosforados (5002809)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Intoxicación aguda por órganos fosforados, en los últimos 3 años.

Desorden vascular cerebral isquémico (5002810)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Desorden vascular cerebral isquémico, en los últimos 3 años.

Insuficiencia respiratoria aguda (5002811)



Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Insuficiencia respiratoria aguda, en los últimos 3 años.

Enfermedad isquémica del corazón (5002812)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Enfermedad isquémica del corazón, en los últimos 3 años.

Litiasis urinaria (5002813)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Litiasis urinaria, en los últimos 3 años.

Cuerpo extraño en aparato respiratorio (5002814)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo médica (no quirúrgica) Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Cuerpo extraño en aparato respiratorio, en los últimos 3 años.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA O EN TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA (3000288)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Apendicitis aguda, en los últimos 3 años.

Colelitiasis (5002816)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Colelitiasis, en los últimos 3 años.

Obstrucción intestinal (5002817)



Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Obstrucción intestinal, en los últimos 3 años.

Fractura de extremidades (5002818)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II
Promedio histórico de atenciones por Fractura de extremidades, en los últimos 3 años.

Traumatismo intracraneal (5002819)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II
Promedio histórico de atenciones por Fractura de extremidades, en los últimos 3 años.

Traumatismos múltiples severos (5002820)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II
Promedio histórico de atenciones por Traumatismos múltiples severos, en los últimos 3 años.

Fractura de columna y pelvis (5002821)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Fractura de columna y pelvis, en los últimos 3 años.

Quemaduras (5002822)

Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.
Promedio histórico de atenciones por Quemaduras, en los últimos 3 años.

Desorden vascular cerebral hemorrágico (5002823)



Criterio de programación:

Población en situación de emergencia/urgencia de tipo quirúrgico Prioridad I o II.

Promedio histórico de atenciones por Desorden vascular cerebral hemorrágico, en los últimos 3 años.

ATENCIÓN AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS (3000289)

Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos hospitalarios diferenciados autorizados (5002824)

Criterio de programación:

Personas en situación de urgencia Prioridad III o IV.

Promedio histórico de atenciones de urgencia prioridad III o IV, en los últimos 3 años.

ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCION AMBULATORIA (3000290)

Atención de urgencias (prioridad III o IV) en Módulos de Atención Ambulatoria (5002825)

Criterio de programación:

Personas en situación de urgencia Prioridad III o IV.

Promedio histórico de atenciones de urgencia prioridad III o IV en pacientes con enfermedad crónica (HTA, DM, IRC) en los servicios de emergencia, en los últimos 3 años.

MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA (3000291)

Monitoreo de la atención pre hospitalaria (5002826)

Criterio de programación:

Personal de centro regulador y de unidades móviles.

01 informe de monitoreo por trimestre

Supervisión de la atención pre hospitalaria (5002827)

Criterio de programación:

Personal de centro regulador y de unidades móviles.



01 informe de supervisión por ámbito de intervención (SAMU NACIONAL: Lima Metropolitana-Callao, Lima Región y regiones. SAMU REGIONAL: Redes, Microrredes y Hospitales).

Evaluación y control de la atención pre hospitalaria (5002828)

Criterio de programación:

Personal de centro regulador y de unidades móviles.

01 informe de evaluación del desempeño del Programa del nivel nacional y regional por semestre

DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (3000292)

Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención pre hospitalaria y emergencias (5002829)

Criterio de programación:

Prestadores de salud (IPRESS) públicos y privados y Centros Reguladores.

Según necesidad

Implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia (5002830)

Criterio de programación:

Prestadores de salud (IPRESS) públicos y privados y Centros Reguladores.

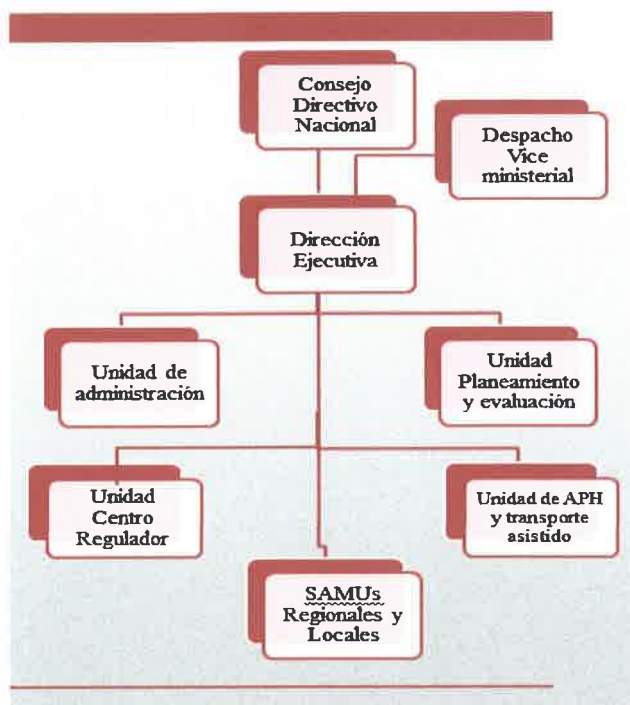
Según necesidad



ANEXO 4: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN DEL SAMU

Estructura Organizacional del Programa Nacional SAMU.

Gráfico 20 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Consejo Directivo Nacional. Está conformado por los actores:

- El Ministro de Salud, quien lo preside; pudiendo ser representado por el Viceministro de Salud
- El Ministro del Interior
- El Ministro de Defensa
- El Presidente Ejecutivo de EsSalud
- El Comandante General del Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú
- El Presidente de la Asamblea Nacional de los Gobiernos Regionales
- El Presidente de la Asociación de Municipalidades del Perú

Son atribuciones del Consejo Directivo Nacional de EL SAMU las siguientes:

- a. Aprobar el Plan de implementación de EL SAMU en el ámbito nacional.
- b. Definir los lineamientos para la articulación de los servicios de atención prehospitalaria de emergencias y urgencias, en el ámbito nacional.



- p. Aprobar los mecanismos y procedimientos para la articulación de la atención prehospitalaria con la atención en los servicios de emergencias de los establecimientos de salud.
- q. Promover la participación en el SAMU, de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Sector Privado, de conformidad con la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud.
- r. Proponer y promover mecanismos de participación de la ciudadanía en EL SAMU.
- s. Monitorear el cumplimiento de los planes operativos y las metas de EL SAMU.
- t. Aprobar la Memoria Anual de EL SAMU presentada y elaborada por la Dirección Ejecutiva.
- v. Gestionar ante el Ministerio de Salud las propuestas normativas que se requieran para el cumplimiento de las funciones de EL SAMU.
- w. Coordinar con los Gobiernos Regionales y locales la ejecución del Plan de implementación de EL SAMU.
- x. Coordinar la aplicación, supervisión y evaluación periódica de los Planes Operativos de ELSAMU.
- y. Elaborar y aprobar el reglamento interno que regirá para su funcionamiento
- z. El Consejo Directivo se sujetará a las disposiciones establecidas en el artículo 95 y siguientes sobre Órganos Colegiados de la Ley N° 27444 Del Procedimiento Administrativo General, hasta la elaboración del Reglamento Interno respectivo.

Dirección Ejecutiva Nacional

La Dirección Ejecutiva estará a cargo de un Director Ejecutivo, designado por el Ministro de Salud mediante Resolución Ministerial y siendo la máxima autoridad ejecutiva y administrativa del Programa, debiendo gestionar el cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo.

Tiene como funciones:

- a. Asegurar el cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo Nacional.
- b. Ejercer las funciones de la Secretaría Técnica del Consejo Directivo.
- c. Planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar el funcionamiento y actividades del Programa siguiendo el Plan de Implementación Nacional, lineamientos, políticas y normas establecidas por el Consejo Directivo Nacional.
- d. Articular las acciones del Programa Nacional con los órganos técnicos del Ministerio de Salud, con los que se relaciona en los diferentes procesos.
- e. Ejecutar los mecanismos de articulación con IPRESS e IAFAS en relación a la atención Pre-Hospitalaria.
- f. Proponer la suscripción de convenios institucionales e intergubernamentales para el logro de los objetivos del programa con Gobiernos Regionales, Locales y entidades afines al Programa.
- g. Establecer mecanismos para velar por el pago de prestaciones en atención pre-hospitalaria y urgencias, en el marco de sus competencias y de acuerdo a la normatividad vigente.



- h. Presentar el Plan de Implementación Nacional del Programa para su aprobación por el Consejo Directivo Nacional.
- i. Proponer al Consejo Directivo Nacional los lineamientos, mecanismos y procedimientos para la articulación de los servicios de atención pre-hospitalaria de emergencias y urgencias, en el ámbito nacional.
- j. Proponer mecanismos de promoción de la participación de la ciudadanía en el Programa Nacional SAMU ante el Consejo Directivo Nacional.
- k. Proponer al Consejo Directivo Nacional los mecanismos para la participación en el Programa Nacional SAMU, de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del sector, sean públicas, privadas o mixtas.
- l. Formular y presentar la Memoria Anual del Programa Nacional SAMU.
- m. Proponer al Consejo Directivo Nacional las actualizaciones o modificaciones que requiera el marco legal del Programa Nacional.
- n. Conducir la ejecución del Plan de implementación y otros planes específicos.
- o. Supervisar y ejecutar los acuerdos del Consejo Directivo Nacional, informando sobre los avances en la implementación de los mismos.
- p. Proponer los documentos normativos y de gestión del Programa, así como en materia de atención pre-hospitalaria y regulación médica de urgencias y emergencias.
- q. Proponer la actualización o modificación del Manual de Operaciones del Programa que resulten necesarias para su aprobación por el Ministerio de Salud.
- r. Ejercer otras funciones que le asigne el Consejo Directivo Nacional.
- s. Contar con el asesoramiento legal correspondiente para el efectivo cumplimiento de sus funciones.
- t. Implementar los mecanismos de Control Interno en las unidades funcionales del Programa.

Unidad de Planeamiento y Evaluación: Es la unidad Funcional de asesoramiento, dependiente de la Dirección Ejecutiva, sus funciones son.

- a. Diseñar el Plan de implementación progresiva del programa y otros documentos de planeamiento que le sean solicitados.
- b. Diseñar e implementar el Programa Presupuestal con enfoque de resultados del Programa Nacional SAMU, en el marco de la normatividad vigente.
- c. Brindar asistencia técnica en la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR) en el ámbito nacional.
- d. Diseñar la línea de base del programa y desarrollar el monitoreo y evaluación correspondiente.
- e. Desarrollar acciones para la evaluación de indicadores del Programa.
- f. Informar a la Dirección Ejecutiva los avances y logros del Programa.
- g. Identificar las necesidades de inversión en coordinación con Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud y gestionar los proyectos de inversión en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública.



- h. Coordinar acciones con la Oficina General de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud a fin de obtener asistencia técnica y/o financiera para el logro de los objetivos del Programa.
- i. Desarrollar los documentos de gestión del Programa.
- j. Elaborar la Memoria Anual del Programa SAMU; así como la Memoria de Gestión quinquenal para fines de transferencia intergubernamental, en coordinación con los órganos que integran el Programa Nacional SAMU.
- k. Elaborar informes, derivados de los procesos de planeamiento, del programa presupuestal, monitoreo y evaluación del Programa.
- l. Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de calidad para la mejora continua de procesos.
- m. Coordinar, formular y proponer los proyectos de guías de la práctica clínica en la atención pre hospitalaria de urgencias y emergencias para su aplicación dentro del ámbito funcional del Programa Nacional SAMU.
- n. Promover el desarrollo de tecnologías en salud y de información y comunicaciones que faciliten los procesos esenciales del Programa Nacional SAMU, en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.
- o. Otras funciones que le asigne la Dirección Ejecutiva.

Unidad de Administración: Es la Unidad Funcional de apoyo, dependiente de la Dirección Ejecutiva, sus funciones son:

- a. Elaborar el cuadro de necesidades, requerimientos de bienes y servicios.
- b. Dirigir y controlar la custodia, el control físico y actualización del inventario de bienes patrimoniales del Programa Nacional SAMU.
- c. Coordinación de cobertura de seguros de acuerdo al tipo de seguros del paciente atendido.
- d. Ejecutar los mecanismos para velar por el pago de las prestaciones brindadas en el marco de Programa Nacional SAMU.
- e. Controlar la calidad de los registros que generan los gastos de operación que demanda el Programa Nacional SAMU.
- f. Desarrollar los perfiles profesionales y técnicos del personal integrante del Programa, en coordinación con la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- g. Elabora y proponer el requerimiento de personal profesional y técnico y presentar a través de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio Salud.
- h. Desarrollar las acciones de inducción y socialización del personal del Programa.
- i. Supervisar y controlar el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo} del personal del Programa Nacional SAMU.
- j. Desarrollar la supervisión en campo y evaluar el desempeño del personal profesional y técnico del Programa Nacional SAMU en coordinación con la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- k. Organizar la capacitación para la mejora de competencias del personal del Programa en coordinación con la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.



- l. Elaborar los requerimientos, especificaciones técnicas y términos de referencia relacionados a los equipos} informáticos y de comunicaciones en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.
- m. Elaborar los requerimientos, especificaciones técnicas y términos de referencia relacionados a los bienes y servicios, relacionados con los equipos biomédicos y electromecánicos con la asistencia técnica de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento y en coordinación de la Oficina General de Administración del Ministerio de Salud.
- n. Coordinar con la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de o de Salud el suministro de bienes y servicios requeridos y el mantenimiento de los equipos informáticos y comunicaciones; y con la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud los equipos biomédicos y electromecánicos, e instalaciones del Programa.
- o. Emitir la conformidad de servicios y bienes recibidos por el Programa.
- p. Proporcionar la información de la gestión del Programa para la página web del Ministerio de Salud de acuerdo a lo establecido en la normatividad, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones.
- q. Diseñar las necesidades de sistemas de registro, procesamiento y reporte de información óptima para el soporte de los procesos del Programa.
- r. Gestionar los sistemas y recursos informáticos de hardware y software, comunicaciones, y servicios informáticos, en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.
- s. Gestionar el sistema de comunicaciones telefónicas y radiales de las transmisiones que utiliza el Programa Nacional Sistema de Atención Móvil de Urgencia - SAMU a nivel intra e interinstitucional, en coordinación con la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud.
- t. Velar por el sostenimiento del Servicio Radial durante la ocurrencia de emergencias masivas.
- u. Coordinar con los órganos técnicos competentes del Ministerio de Salud, las actividades de difusión, información y promoción de las actividades inherentes al Programa Nacional.
- v. Otras funciones que le asigne la Dirección Ejecutiva.



Unidades de Línea

Unidad Centro Regulador (UCR)

Es la Unidad Funcional de línea dependiente de la Dirección Ejecutiva, responsable de apoyar la regulación médica de emergencias y urgencias de la población objeto del Programa Nacional SAMU, concentrar la información sobre la disponibilidad de recursos de los Establecimientos de Salud que integran la red de prestadores, así como de mantener el enlace y coordinación con los diferentes Establecimientos de Salud, a fin de lograr la eficiencia de los recursos humanos y materiales para ofrecer la mejor opción posible a la población y/o pacientes en situación de emergencia o urgencia médica. Sus funciones son:

- a. Coordinar la atención médica con criterios de territorialidad, de traslado de la base de unidades móviles al sitio de la urgencia médica.
- b. Atender la totalidad de Hamadas de auxilio recibida en la UCR, deberá, tipificar, clasificar, registrar y hacer el seguimiento correspondiente.
- c. Coordinar la logística y operatividad, así como la asesoría en la atención pre-hospitalaria de las emergencias y urgencias médicas, con personal profesional competente en atención pre-hospitalaria de las urgencias médicas.
- d. Monitorear y asignar la unidad móvil disponible más adecuada y cercana, para brindar la atención inmediata y apropiada y, de acuerdo a la gravedad del caso coordinar el traslado del paciente al servicio de emergencias del establecimiento de salud para la atención médica, que resulte más conveniente.
- e. Asesorar, brindar apoyo médico y asistencia especializada en la elaboración y aplicación de Guías o protocolos para el manejo de pacientes graves a las ambulancias que lo requieran, por medio de sistemas de comunicación de radio o cualquier otro medio que resulte apropiado.
- f. Articular la respuesta pre hospitalaria con el Establecimientos de Salud correspondiente, para lo cual se debe contar con información en línea de la disponibilidad y capacidad resolutive de los servicios/departamentos de emergencia de la red de servicios de salud en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.
- g. Otras funciones que le asigne la Dirección Ejecutiva.

Unidad de Atención Pre Hospitalaria y Transporte Asistido

Es la Unidad Funcional de línea dependiente de la Dirección Ejecutiva, responsable de la coordinación con las IPRESS públicas, privadas o mixtas, del conjunto de actividades} procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica pre-hospitalaria, para aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental} causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida} así como disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en el Establecimientos de Salud. Sus funciones son:



- c. Proveer a la UCR la información de hallazgos clínicos y en su caso, el diagnóstico presuntivo, el estado psicofísico del paciente, así como las necesidades inmediatas que requieren ser preparadas en el establecimiento para la atención médica al que se dirige; todos estos eventos deben quedar registrados y refrendados en un formato para el control de la atención pre-hospitalaria de las emergencias y urgencias médicas.
- d. Garantizar el transporte asistido de pacientes al servicio de emergencia para la atención médica dependiendo de la territorialidad del UCR, de la causa del evento crítico del paciente, de la ubicación, disponibilidad y capacidad resolutive, considerando los criterios de accesibilidad y oportunidad.
- e. Otras funciones que le asigne la Dirección Ejecutiva.

Unidades Descentralizadas:

SAMUs Regionales: Son unidades dependientes de los Gobiernos Regionales, serán implementados progresivamente y ejecutarán su Plan de Implementación en coordinación con el SAMU Nacional.

SAMUs Locales: Son unidades dependientes de los Gobiernos Locales, serán implementados progresivamente y ejecutarán su Plan de Implementación en coordinación con el SAMU Regional.



ANEXO 6: Levantamiento de observaciones al Informe

Nº	Observaciones de la Unidad de Evaluaciones (DGPP)	Levantamiento de la observación
	<p>Página 12: "Información clave para dimensionar las metas por regiones."</p> <p>Página 17: "Esta sección 1.2.2 ocupa mucho espacio. Se puede ser más esquemático para presentar los puntos resaltantes y dar la información detallada en los anexos."</p> <p>Página 36: Los detalles poner en los anexos, en esta sección dar la información clave para que el lector entienda.</p> <p>Página 41: "Se debe identificar que productos/actividades del PP son entregados por la UCR"</p> <p>Página 41: "Se debe identificar qué productos/actividades del PP son entregados por la UA Pre y transporte"</p> <p>Página 47: "Esta tabla no habla con la siguiente puesto que la población objetivo por producto del PP abarca la población nacional"</p> <p>Página 48: "Ser cuidados con las población objetivo de los productos que presenta números muy grandes"</p> <p>Página 51: "Poner las unidades de las metas puesto que no se entiende que se está midiendo, ¿caso soles?"</p> <p>IDEM para las siguientes tablas."</p> <p>Página 54: "Presentar resumen de la información en tablas que permitan reducir espacio. Los detalles se pueden poner en anexos."</p> <p>Página 61: "Poner un gráfico de l pagina... no se puede leer. Además la cadena debe identificar nivel de GL, GR y GN."</p> <p>Página 62: "Identificar las acciones según actividades/productos del Pp"</p> <p>Página 65: "explicar si esas regiones han sido definidas por el MEF?"</p> <p>Página 66: "¿Qué criterios han dado el orden? ¿La tasa de mortalidad?"</p> <p>Página 68: "Usar gráficos para ver las tendencias por regiones."</p> <p>Página 85: "Los párrafos suenan contradictorios"</p> <p>Página 86: "El análisis no está basado en la disponibilidad de datos a nivel regional y nacional. De esta sección se debería desprender cuántos y cuáles son los indicadores con los que se debería medir el programa</p>	<p>Las observaciones fueron subsanadas e incorporadas en la nueva versión del Primer Informe, y complementariamente en este Segundo informe</p>



ANEXO Nº 7 – TABLAS - PRESUPUESTO Y RESULTADOS

Tabla 43. Gasto total de la intervención pública evaluada por dependencias

(en nuevos soles S/.)

AÑO	Dependencias /direcciones /Areas importantes	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2013	11 011 M. DE SALUD	68,183,110.00	66,189,432.00	97.08%
	99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	2,602,527.00	2,601,570.00	99.96%
	99 441 GOBIERNO REGIONAL ANCASH	2,122,930.00	1,950,885.00	91.90%
	99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	3,866,987.00	3,481,273.00	90.03%
	99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCANELICA	2,223,978.00	2,205,781.00	99.18%
	99 448 GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	3,011,840.00	2,998,639.00	99.56%
	99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	2,405,194.00	2,381,446.00	99.01%
	99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	10,249,953.00	10,200,522.00	99.52%
	99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	2,354,873.00	1,516,113.00	64.38%
	99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	2,374,823.00	2,370,299.00	99.81%
	99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	3,889,099.00	3,845,618.00	98.88%
	99 463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	5,827,325.00	5,719,590.00	98.15%
	99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	8,953,712.00	8,777,818.00	98.04%
	Nivel Gobierno	118,066,351.00	114,238,986.00	96.76%
2014	11 011 M. DE SALUD	81,236,133.00	4,693,924.00	5.78%
	99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	2,793,560.00	504,521.00	18.06%
	99 441 GOBIERNO REGIONAL ANCASH	3,938,518.00	175,029.00	4.44%
	99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	7,182,723.00	568,547.00	7.92%



AÑO	Dependencias /direcciones /Areas importantes	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
	99 445 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	32,875.00	8,554.00	26.02%
	99 446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO	1,752,557.00	108,145.00	6.17%
	99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCavelica	1,198,355.00	0.00	0.00%
	99 448 GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	4,136,932.00	286,078.00	6.92%
	99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	1,447,282.00	29,526.00	2.04%
	99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	12,884,701.00	3,413,406.00	26.49%
	99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	3,282,820.00	368,405.00	11.22%
	99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	1,929,868.00	33,571.00	1.74%
	99 454 GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	406,899.00	20,872.00	5.13%
	99 457 GOBIERNO REGIONAL PIURA	1,735,760.00	1,469.00	0.08%
	99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	3,111,678.00	206,076.00	6.62%
	99 463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	8,889,211.00	5,635,642.00	63.40%
	99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	13,689,777.00	838,655.00	6.13%
	Nivel Gobierno	149,649,649.00	16,892,419.00	11.29%



Tabla 44. Porcentaje del Presupuesto Institucional de Apertura de la Intervención Pública Evaluada en relación al Presupuesto Institucional de Apertura de la Institución Responsable (2012-2014)

Año	Productos	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (S/.)	% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
2013	2106773 MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DEL CENTRO DE SALUD PAUL HARRIS, PROVINCIA DE CHICLAYO	1,579,153.00	0.81%
	2110842 CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL NIVEL III - 1 VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ - DISTRITO DE HUARAZ, PROVINCIA DE HUARAZ - REGION ANCASH	87,745,888.00	44.85%
	2114307 MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS Y DE LA UCI DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE HUARAL	322,922.00	0.17%
	2160513 MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD A TRAVES DE UNIDADES MOVILES A LA POBLACION DE ZONAS DISPERSAS Y EXCLUIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	1,184,999.00	0.61%
	3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	10,360,981.00	5.30%
	3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	11,831,537.00	6.05%
	3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2,216,650.00	1.13%
	3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	17,697,062.00	9.05%
	3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	2,659,749.00	1.36%
	3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	1,770,246.00	0.90%
	3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	2,409,998.00	1.23%
	3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	16,039,685.00	8.20%



Año	Productos	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (S/.)	% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
	3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	24,034,545.00	12.28%
	3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890.00	3.31%
	3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734.00	0.20%
	3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	8,613,761.00	4.40%
	3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	316,547.00	0.16%
	0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	195,651,347.00	100.00%
2014	2147845 MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTIDO DE PACIENTES DE LAS REDES DE SALUD BARRANCA-CAJATAMBO Y HUAURA-OYON	1,553,523.00	1.07%
	2153603 MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASLADO ASISTIDO DE PACIENTES DE LAS REDES DE SALUD HUARAL-CHANCAY Y CANTA, REGION LIMA	754,070.00	0.52%
	2164014 MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGION LA LIBERTAD	9,067,490.00	6.27%
	3000001 ACCIONES COMUNES	17,148,103.00	11.86%
	3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	3,634,942.00	2.51%
	3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	5,810,121.00	4.02%
	3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	10,970,579.00	7.59%
	3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	4,930,906.00	3.41%
	3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	5,973,545.00	4.13%
	3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO	5,824,312.00	4.03%



Año	Productos	Presupuesto Institucional de Apertura correspondiente a la Intervención Pública Evaluada (\$/.)	% Respecto del presupuesto Institucional de la institución responsable
	EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS		
	3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	27,975,987.00	19.34%
	3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	35,324,626.00	24.43%
	3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	7,381,516.00	5.10%
	3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	8,273,293.00	5.72%
	0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	144,623,013.00	100.00%



Tabla 45. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones (2013)

AÑO 2013	3000280 ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	3000281 ATENCIÓN DE MÉDICA TELÉFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPECHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU	3000282 COORDINACI N Y SEGUIMIENTO DE LA EMERGENCIA Y ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCIÓN FINANCIERA)	3000283 ATENCIÓN PREHOSPITALA RIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB"	3000284 ATENCIÓN PREHOSPITALA RIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRÍTICOS)	3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRÍTICOS	3000287 ATENCIÓN MÉDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	3000288 ATENCIÓN QUIRÚRGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	3000289 ATENCIÓN AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADO S AUTORIZADOS	3000290 ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MÓDULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA	3000291 MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA	3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TECNICAS EN ATENCIÓN PREHOSPITALA RIA Y EMERGENCIA
99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	292,150	90,467	23,308	273,306	799,320	11,000	3,576	16,447	961,393	0	2,563	76,814	52,183
99 441 GOBIERNO REGIONAL AICAASH	386,317	107,250	0	889,795	0	182,948	0	50,983	252,899	11,571	0	70,085	630
99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	377,970	870,055	56,730	0	0	154,997	152,574	972,450	1,114,419	300	0	51,050	116,442
99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCABALCA	244,155	232,733	89,048	58,796	925,197	54,912	185,259	70,973	313,698	1,772	0	47,435	0
99 448 GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	61,597	72,664	1,500	0	0	76,827	882,544	2,400	246,800	200	238,170	1,389,282	39,856
99 450 GOBIERNO REGIONAL IQUIMAZ	633,855	682,936	9,100	292,407	109,418	100	157,657	2,900	427,494	0	73,227	8,100	8,000
99 461 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	454,538	540,998	382	520,665	540,926	0	0	10,999	5,480,254	0	578	24,484	450
99 463 GOBIERNO REGIONAL LORETO	386,185	259,796	14,990	1,081,129	2,000	100	800	50,000	551,407	2,000	0	23,476	2,940
99 480 GOBIERNO REGIONAL TACNA	747,912	555,085	3,929	34,076	22,436	0	1,980	1,012,484	1,511,197	0	0	0	0
99 487 GOBIERNO REGIONAL TUMBES	1,415,017	436,223	0	1,669,112	0	9,000	34,045	55,658	377,601	6,300	0	910	1,180
99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	0	239,701	0	0	0	620,569	303,126	2,911,430	4,256,200	619,756	0	2,730	200
99 GOBIERNO REGIONALES	4,999,696	4,087,908	198,987	4,819,286	2,399,297	1,110,453	1,721,561	5,156,724	15,493,362	641,899	314,538	1,694,366	221,881



Tabla 46. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada por Regiones (2014)

	3000001	3000280	3000281	3000283	3000284	3000285	3000286	3000287	3000288	3000289	3000290	0104
	ACCIONES COMUNES	ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MOVIL DE EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	TRANSPORTE ASISTIDO (NO DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS))	TRANSPORTE ASISTIDO (NO DE PACIENTES EMERGENCIA)	ATENCIÓN MEDICA DE EMERGENCIA URGENCIA	ATENCIÓN QUIRURGICA O DE TRAUMA DE EMERGENCIA URGENCIA	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIO S DIFERENCIADO S AUTORIZADOS	ATENCIÓN DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA	REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS
99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	70,894	214,849	101,938	100,310	239,614	21,500	13,500	1,515,493	496,294	17,168	2,000	2,793,560
99 441 GOBIERNO REGIONAL ANCASH	43,200	9,300	250,400	323,640	158,675	54,700	119,036	1,117,978	1,630,775	230,814	0	3,938,518
99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	22,600	119,280	152,887	206,474	0	318,400	174,368	1,747,128	3,852,314	589,272	0	7,182,723
99 445 GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	0	0	0	0	0	0	0	32,875	0	0	0	32,875
99 446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO	36,560	0	2,780	300	2,000	9,700	105,119	102,500	714,170	779,428	0	1,752,557
99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELICA	36,158	130,182	220,346	57,278	293,528	211,449	199,800	27,114	22,500	0	0	1,198,355
99 448 GOBIERNO REGIONAL HUANUCO	1,609,785	73,198	271,851	292,986	0	495,089	677,084	63,691	451,753	200	201,295	4,136,932
99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	41,000	100,000	206,800	372,698	81,000	80,000	2,000	377,607	26,212	0	159,965	1,447,282
99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	234,694	625	646,477	441,074	631	20,000	380,848	1,900,236	192,000	0	626	3,817,211
99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	5,000	0	0	1,000	0	1,732,336	0	1,158,353	386,131	0	0	3,282,820
99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	0	175,000	250,000	542,574	2,000	595,578	1,309	50,000	311,407	2,000	0	1,929,868
99 454 GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS	3,730	0	0	48,622	0	55,654	3,190	36,355	259,348	0	0	406,899
99 457 GOBIERNO REGIONAL PIURA	0	0	0	0	0	0	0	1,735,760	0	0	0	1,735,760
99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	0	95,989	555,085	41,530	22,436	9,000	0	931,063	1,172,075	284,500	0	3,111,678
99 463 GOBIERNO REGIONAL LIMA	231,890	518,706	250,036	417,330	214,184	9,500	108,948	164,152	156,850	264,000	0	2,335,596
99 464 GOBIERNO REGIONAL CALLAO	40,684	27,400	288,006	0	0	490,951	2,104,256	1,455,060	8,753,930	529,490	0	13,689,777
99 GOBIERNOS REGIONALES	2,376,195	1,464,529	3,196,606	2,845,876	1,014,068	4,103,857	3,889,458	12,415,365	18,425,759	2,696,872	363,886	52,792,411



Tabla 47. Programación de producción anual y presupuestal de la Intervención Pública Evaluada (*)

		2013			2014		
		META_FORMUL	PIM	Eje	META_FORMUL	PIM	Eje
3000001 ACCIONES COMUNES	5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	6,915	7,667,169	266,047
	5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	491	7,005,865	13,269
	5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	0	177	1,174,640	16,918
	5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	0	0	0	141	836,732	0
	5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	0	0	0	104	441,285	24,834
	3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0	7,828	17,125,691	321,066
	5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS "106"	135,691,365	6,575,878	6,414,411	72,038,548	3,634,931	142,699
	3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	135,691,365	6,575,878	6,414,411	72,038,548	3,634,931	142,699
	5002793 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	3,570,182	6,860,557	6,783,100	11,420,940	4,259,554	600,955
	5002794 DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	513,416	995,586	995,169	2,421,392	1,784,652	124,015
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	4,083,598	7,856,143	7,778,268	13,842,332	6,044,206	724,970
	5002795 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	259,603	1,941,076	1,935,133	0	0	0
	3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	259,603	1,941,076	1,935,133	0	0	0
	3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	259,603	1,941,076	1,935,133	0	0	0



(PROTECCION FINANCIERA)	COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2013			2014		
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	5002796 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	669,641	15,278,008	15,240,566	22,236,254	10,599,849	835,677
	3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	669,641	15,278,008	15,240,566	22,236,254	10,599,849	835,677
	5002797 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	107,107	4,022,769	3,304,253	115,833	4,947,342	136,734
	3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	107,107	4,022,769	3,304,253	115,833	4,947,342	136,734
	5002798 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES ESTABLES (NO EMERGENCIA)	111,600	4,571,141	4,562,900	85,461	3,040,264	242,741
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	5002799 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SVB) PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE EMERGENCIA	9,090	2,263,175	2,258,117	47,362	3,193,838	228,025
	3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	120,690	6,834,316	6,821,017	132,823	6,234,102	470,766
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	5002800 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES EN SITUACION CRITICA	166,650	1,970,306	1,969,110	44,067	3,884,313	177,115
	5002801 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO I PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	110,703	566,708	564,477	10,962	695,982	45,373
	5002802 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO II PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	9,006	611,787	610,329	42,032	1,242,795	109,713
	3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	286,359	3,148,801	3,143,916	97,061	5,823,090	332,201
	5002803 ATENCION DE PACIENTES CON GASTRITIS AGUDA Y ULCERA PEPTICA SIN COMPLICACION	390,603	4,317,948	4,244,499	1,072,616	5,929,087	1,048,107



	2013			2014		
	53,848	1,607,920	1,510,385	289,962	1,276,595	137,478
5002804 ATENCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA ALTA						
5002805 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO DIGESTIVO	18,753	1,243,743	1,208,858	9,564	1,047,420	95,141
5002806 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ESPALDA DOLOROSA	182,373	1,611,676	1,610,064	492,281	1,105,236	135,445
5002807 TRATAMIENTO DE HERIDAS, CONTUSIONES Y TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	917,097	5,737,815	5,696,151	2,264,226	8,157,397	590,627
5002808 TRATAMIENTO DE LESION DE PARTES BLANDAS DE MIEMBRO SUPERIOR Y MIEMBRO INFERIOR	35,879	1,443,783	1,434,552	53,610	1,473,142	57,646
5002809 TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES POR ORGANO-FOSFORADOS	45,518	1,438,380	1,430,255	23,226	1,782,968	107,081
5002810 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO	10,743	1,156,279	1,133,557	6,896	984,405	67,720
5002811 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	186,398	4,497,494	4,336,475	99,554	2,273,170	167,315
5002812 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	9,127	1,128,783	926,057	9,977	1,134,314	51,298
5002813 TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA	39,341	898,260	893,530	23,314	1,240,941	64,907
5002814 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO RESPIRATORIO	14,947	1,160,776	1,144,083	6,553	1,567,595	88,546
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	1,904,627	26,242,857	25,568,466	4,351,779	27,972,270	2,611,311
5002815 TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA	75,436	3,499,122	3,446,984	85,461	4,826,365	320,377
5002816 TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS	14,660	643,500	643,198	33,178	1,801,756	169,682
5002817 TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL	3,832	1,173,324	1,157,963	5,830	1,371,447	153,409
5002818 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE EXTREMIDADES	126,740	2,049,974	2,037,449	103,961	4,151,333	260,151
5002819 TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS	96,331	2,991,015	2,984,553	89,034	5,033,452	167,932
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA						



		2013				2014			
INTRACRANEALES									
5002820	TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS MULTIPLES SEVEROS	202,757	13,038,306	12,987,854	186,094	11,389,009	632,186		
5002821	TRATAMIENTO DE FRACTURA DE COLUMNA Y PELVIS	3,433	619,012	619,002	4,170	1,288,643	66,833		
5002822	TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	26,508	1,012,902	996,418	49,844	5,155,690	185,696		
5002823	TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO	4,406	532,151	519,206	6,197	994,619	42,951		
3000288	ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	554,103	25,559,306	25,392,627	563,769	36,012,314	1,999,217		
5002824	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	3,312,386	8,032,650	7,552,156	3,557,356	7,386,736	511,174		
3000289	ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	3,312,386	8,032,650	7,552,156	3,557,356	7,386,736	511,174		
5002825	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	28,198	350,338	350,326	952,914	8,248,013	163,593		
3000290	ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	28,198	350,338	350,326	952,914	8,248,013	163,593		
5002826	MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	6,556	4,333,354	3,939,854	0	0	0		
5002827	SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	375	175,065	168,589	0	0	0		
5002828	EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	140	140,119	131,127	0	0	0		
3000291	MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	7,071	4,648,538	4,239,570	0	0	0		
5002829	DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	241	329,559	311,645	0	0	0		
5002830	IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS	140	222,829	220,604	0	0	0		



EMERGENCIA	TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	2013			2014		
	3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	381	552,388	532,249	0	0	0
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS		147,025,129	111,043,068	108,272,959	117,896,497	134,028,544	8,249,408



Tabla 48. Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 –2013 / Programación 2014

	2013			2014
	Meta Fisica_Programada	Meta Fisica_Ejecutada	%Eje_Meta Fisica	Meta Fisica Programada
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	/0	419
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	0	0	/0	33
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	/0	126
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	0	0	/0	38
5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	0	0	/0	23
5002792 SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS 106	7,820,664	407,408	5.21%	8,148,118
5002793 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA	269,264	14,529	5.40%	1,444,389
5002794 DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	58,118	20,308	34.94%	350,356
5002795 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS Y URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA	42,865	5,951	13.88%	0
5002796 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	38,785	10,204	26.31%	992,487
5002797 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA	6,146	1,449	23.58%	16,960
5002798 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES ESTABLES (NO EMERGENCIA)	11,396	10,256	90.00%	19,322
5002799 SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SVB) PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE EMERGENCIA	2,978	5,384	180.79%	11,043
5002800 SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES EN SITUACION CRITICA	26,369	1,638	6.21%	6,579



5002801 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO I PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	11,231	1,077	9.59%	2,764
5002802 SERVICIO DE AMBULANCIA CON APOYO VITAL AVANZADO II PARA EL TRASLADO DE PACIENTES QUE NO SE ENCUENTRAN EN SITUACION DE EMERGENCIA	1,687	1,215	72.02%	5,906
5002808 TRATAMIENTO DE LESION DE PARTES BLANDAS DE MIEMBRO SUPERIOR Y MIEMBRO INFERIOR	8,155	7,224	88.58%	11,292
5002809 TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES POR ORGANO-FOSFORADOS	5,581	1,166	20.89%	4,233
5002803 ATENCION DE PACIENTES CON GASTRITIS AGUDA Y ULCERA PEPTICA SIN COMPLICACION	32,319	10,844	33.55%	116,968
5002806 TRATAMIENTO DEL SINDROME DE ESPALDA DOLOROSA	53,565	50,898	95.02%	95,892
5002813 TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA	7,616	4,066	53.39%	6,109
5002811 TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	19,271	11,359	58.94%	18,395
5002812 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	2,212	1,029	46.52%	3,283
5002807 TRATAMIENTO DE HERIDAS, CONTUSIONES Y TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	109,282	74,817	68.46%	211,145
5002804 ATENCION DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA ALTA	4,781	1,249	26.12%	39,010
5002810 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO	4,161	1,182	28.41%	1,839
5002814 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO RESPIRATORIO	1,927	662	34.35%	2,303
5002805 EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN APARATO DIGESTIVO	2,170	1,213	55.90%	1,542
5002815 TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA	8,572	6,145	71.69%	11,964
5002820 TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS MULTIPLES SEVEROS	24,591	9,927	40.37%	26,586
5002822 TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS	7,321	3,943	53.86%	8,087
5002817 TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL	1,005	750	74.63%	1,321
5002819 TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	12,294	11,072	90.06%	14,039



5002823 TRATAMIENTO DEL DESORDEN VASCULAR CEREBRAL HEMORRAGICO	2,187	623	28.49%	2,393
5002818 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE EXTREMIDADES	15,651	5,654	36.13%	15,805
5002816 TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS	5,433	5,195	95.62%	6,677
5002821 TRATAMIENTO DE FRACTURA DE COLUMNA Y PELVIS	817	433	53.00%	720
5002824 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	200,158	154,789	77.33%	228,575
5002825 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	5,705	1,270	22.26%	83,185
5002826 MONITOREO DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	204	59	28.92%	0
5002827 SUPERVISION DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	68	30	44.12%	0
5002828 EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	24	20	83.33%	0
5002829 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIAS	48	16	33.33%	0
5002830 IMPLEMENTACION DE DOCUMENTOS TECNICOS EN ATENCION PRE HOSPITALARIA Y EMERGENCIA	32	9	28.13%	0

Fuente: SIAF-MEF



ANEXO Nº 8 - ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LITERATURA

La revisión sistemática de la literatura sobre el tema: Servicio de Atención Médica de Urgencias, nos permite tener importante información que debe ser sistematizada para uso de Programa SAMU y capacitación de personal.

1. Para la creación de SAMU Perú se realizó una consultoría que fue solicitada por el Programa Nacional Servicio de Atención Móvil de Urgencias - SAMU - MINSA. Fue preparada por el consultor Luis Cordero Muñoz, con la supervisión de la especialista del PARSALUD II Rossana Geng Olacocha: **Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados del Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU. Publicación web 2011.** Esta consultoría tenía como objetivo Diseñar el Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados del Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU, lo que permitió una propuesta consensuada con el MINSA y el MEF del Diseño del Programa Presupuestal con el Enfoque de Resultados del Sistema de Atención Móvil de Urgencias – SAMU; se detalla en el Anexo 01 del documento.
2. Una de las conclusiones de dicha consultoría fue priorizar en una primera etapa de la implementación del programa al grupo de condiciones de emergencia médica muy sensibles al tiempo y que requieren de una respuesta compleja, en principio estas son las condiciones que constituyen el interés del Programa. El éxito del Programa, en primera instancia, sería medido por reducir la mortalidad de aquellas condiciones que se señalan a continuación: El Trauma severo, específicamente el Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) severo, es la condición de la más alta complejidad clínica y las condiciones más sensibles al tiempo son el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular. Esto está refrendado con literatura referida en dicha consultoría y la que se suma la proporcionada por nosotros.
3. Por otro lado el INS a través de grupo de expertos emitió el documento: **“Evidencias - Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU)”, Norma Técnica 022-2012.** Que tuvo como objetivo revisar la evidencia disponible sobre el Sistema pre-hospitalario teniendo en consideración el Programa Nacional “Sistema de Atención Móvil de Urgencias-SAMU. Se sistematizaron los artículos científicos referentes a evaluación de Servicios Móviles de Emergencia, específicamente en cuanto a los **indicadores utilizados para evaluación de los resultados del programa; evaluación de la relación positiva entre tiempos prehospitalarios prolongados y Mortalidad;** (“es razonable afirmar que un tiempo prehospitalario recortado (por ejemplo por el naciente sistema SAMU) puede tener impacto positivo sobre el manejo del paciente traumatizado y eventualmente sobre la mortalidad”. Recomiendan que la implementación del sistema vaya acompañado con un sistema de monitoreo de todas estas otras variables e indicadores de proceso.

Otro gran grupo de estudios son los que evaluaron el impacto del triaje telefónico de ambulancias en la utilización de las mismas y de los servicios médicos en general. Así como el triaje de campo en el lugar del accidente, llegando a las siguientes conclusiones: La atención pre-hospitalaria (en campo) es el primer acercamiento al paciente traumatizado; este “primer acercamiento” determinará el destino del paciente y podría iniciar una serie de eventos complejos. Estos profesionales son entrenados para atender al paciente, realizar las maniobras de



rescate/resucitación adecuada y según las guías de triaje decidir a donde transportar al paciente traumatizado. Otro objetivo de la revisión sistemática fue Identificar un protocolo de triaje, que sea usado por los despachadores durante las llamadas al servicio de emergencia, que asegure una buena clasificación del nivel de urgencia de los eventos y una atención adecuada a los pacientes. Señala que “el sistema DMP (sistema de despacho medico priorizado) es más efectivo en detectar los casos que requieren asistencia que el DBC (sistema de despacho basado en criterios del despachador. Este aspecto tiene vital importancia para el programa al momento de elegir el sistema a implementar y la capacitación que debe recibir el personal médico y no médico. (Demás esta comentar el sistema de despacho computarizado, alejado a nuestra realidad actual). Siendo sus recomendaciones: “El sistema de despacho médico es un elemento importante que debe estar presente dentro del sistema de emergencia. **El sistema elegido debe estar basado en un protocolo; no puede estar basado únicamente en la experiencia del despachador quien atiende la llamada**”.

4. Otro documento importante de consulta es el **Manual de regulación médica de los SAMU: elementos para la regulación médica de las urgencias**, del Dr. Miguel Martínez Almoyna MCUPH – SAMU de París, el cual tiene importantes aportes y experiencias de organización de centro regulador (equipamiento, recursos humanos, recursos técnicos, y organización y capacitación; y muestra las experiencias internacionales en la implementación de los SAMU.). Un aspecto a resaltar del documento es la definición de modelos de centros de regulación, los indicadores trazadores y la interrelación con los servicios de urgencias médicas hospitalarias. Resalta la necesidad de evaluar la calidad de atención del centro regulador y del servicio de atención móvil de urgencias.
 5. Debemos destacar la publicación de WHO: **A systematic review Public Health of Emergency Operation Centers (EOC)**, Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int). En esta publicación podemos observar una revisión sistemática que de iniciar la búsqueda con 6401 reportes, se queda con 291 que tienen información válida y relevante para sostener las conclusiones y recomendaciones para el funcionamiento de centros de Centros de operaciones de emergencia, que son concebidos para manejar las comunicaciones, la logística y la asignación de recursos para atender las emergencias y desastres aplicables a diferentes escenarios y lugares del mundo. Debemos resaltar como un factor clave del éxito en la implementación la adecuada comunicación y coordinación intra e interinstitucional.
 6. Las siguientes evidencias se refieren a la importancia de la atención oportuna prehospitalaria en las entidades trazadoras: Accidente cerebrovascular, Infarto agudo de miocardio y Traumatismo encefalocraneano, todas las cuales concluyen en que el menor tiempo en la atención prehospitalaria concede mayor sobrevida a estos pacientes.
1. [Triage systems for pre-hospital emergency medical services - a systematic review.](#)

Lidal IB, Holte HH, Vist GE.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013 Apr 15;21:28. doi: 10.1186/1757-7241-21-28. Review.

PMID: 23587133 [PubMed - indexed for MEDLINE] **Free PMC Article**



2. [Prehospital trauma care: a clinical review.](#)

Beuran M, Paun S, Gaspar B, Vartic N, Hostiuc S, Chiotoroiu A, Negoii I.

Chirurgia (Bucur). 2012 Sep-Oct;107(5):564-70. Review.

PMID: 23116846 [PubMed - indexed for MEDLINE] **Free Article**

3. [Standardized prehospital treatment of stroke.](#)

Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG, Glahn J, Grond M, Busse O.

Dtsch Arztebl Int. 2011 Sep;108(36):585-91. doi: 10.3238/arztebl.2011.0585. Epub 2011 Sep 9. Review.

PMID: 21966316 [PubMed - indexed for MEDLINE] **Free PMC Article**

4. Association between prehospital electrocardiogram use and patient home distance from the percutaneous coronary intervention center on total reperfusion time in ST-segment-elevation myocardial infarction patients: A retrospective analysis from the National Cardiovascular Data Registry.

[Mumma BE](#)¹, [Kontos MC](#)², [Peng SA](#)³, [Diercks DB](#)⁴

[Am Heart J](#). 2014 Jun;167(6):915-20. doi: 10.1016/j.ahj.2014.03.014. Epub 2014 Apr 4.

5. Effects of prehospital 12-lead ECG on processes of care and mortality in acute coronary syndrome: a linked cohort study from the Myocardial Ischaemia National Audit Project.

[Quinn T](#)¹, [Johnsen S](#)², [Gale CP](#)³, [Snooks H](#)⁴, [McLean S](#)⁵, [Woollard M](#)¹, [Weston C](#)⁴; [Myocardial Ischaemia National Audit Project \(MINAP\) Steering Group](#)

Heart. 2014 Jun;100(12):944-50. doi: 10.1136/heartjnl-2013-304599. Epub 2014 Apr 14.

Nota: Los artículos completos, referidos en esta revisión y otros adicionales a los mencionados en este acápite se entregan en archivos electrónicos.





PERÚ

Ministerio
de Economía
y Finanzas



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONTRATO N° 002-2014-E/F43.03/SAU

**ADJUDICACION DE MENOR CUANTIA N° 137-2013-EF/43- SEGUNDA CONVOCATORIA
DERIVADA DEL CONCURSO PÚBLICO N° 011-2013-EF/43**

**Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal - EDEP
INTERVENCION PÚBLICA: PROGRAMA PRESUPUESTAL
“REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y
URGENCIAS MEDICAS - SAMU”**

ANEXO 7

Estructura de Documento Corto

Documento de difusión

Equipo de Evaluadores:

- Coordinador: Dr. Enrique Castañeda
- Especialista Sectorial: Dr. Freddy Canchihuaman
- Especialista en Evaluación: Dr. Ricardo Zúñiga

Febrero 2015



Las Evaluaciones de Diseño y Evaluación Presupuestal en el PpR

Las Evaluaciones de Diseño y Ejecución Presupuestal son una de las cuatro herramientas del Presupuesto por Resultados (PpR). Su objetivo es analizar el diseño, la gestión y desempeño (eficiencia, eficacia y calidad) de intervenciones públicas, con la finalidad de que las entidades responsables adopten las mejoras propuestas. Desde el año 2010 se identifica un listado de intervenciones a evaluar en la Ley Anual de Presupuesto Público.

Cada EDEP es encargada a un equipo de evaluadores independientes, que genera recomendaciones para la mejora del desempeño. Posteriormente, sobre la base de esas recomendaciones, el MEF con el sector evaluado negocian la firma de compromisos de mejora de desempeño. Dichos compromisos son sujeto de seguimiento a fin de velar por la implementación de las mejoras en la gestión de la intervención evaluada.

La EDEP del Programa Presupuestal "Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas - SAMU" fue realizada por un panel de expertos independientes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia integrado por los Drs. Enrique Castañeda (coordinador), Freddy Canchihuaman (especialista Sectorial) y Ricardo Zúñiga (especialista en evaluación). Los juicios contenidos en el documento no reflejan necesariamente la visión del MEF.

El presente documento de síntesis tiene por objetivo difundir los resultados del informe final de la EDEP del PP 104 SAMU. El informe final puede ser descargado de la web que indicará el MEF.



I. ANTECEDENTES

1.1 Objetivo de la evaluación

El objetivo de esta evaluación fue analizar el Programa Presupuestal 104 "Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas – SAMU" (PP 104 SAMU), un programa que busca precisamente la disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias en la población peruana. La EDEP del PP 104 SAMU, considera los siguientes objetivos: a) evaluar y determinar si el diseño de las acciones vinculadas con la IPE es el más apropiado para la obtención de resultados esperados, a partir de la identificación de las acciones que se financian con la intervención y su relación con los resultados esperados; y b) evaluar y determinar si las unidades responsables de las acciones vinculadas con la IPE son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (al menor costo) y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad.

La responsabilidad del diseño del PP 104 SAMU se encuentra a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), en tanto que su implementación en Lima Metropolitana se encuentra bajo responsabilidad del propio MINSA, a través del actual Instituto de Gestión de Servicios de Salud, y en fuera de Lima a cargo de los respectivos Gobiernos Regionales (GORE), a través de sus Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA).

La intervención se viene implementando desde el 2011, cuando mediante el Decreto Supremo N° 017-2011-SA, del 23 de noviembre del 2011, se aprobó la creación del Sistema de Atención Móvil de Urgencia – SAMU. Sin embargo es recién en la Ley de Presupuesto Público del año 2013, en que se asignaron recursos al nuevo Programa Presupuestal 104 "Reducción de la mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas – SAMU".

1.2 Resultado del PP 104 SAMU

El resultado específico del PP 104 SAMU es la disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias, y su indicador más adecuado para medir el logro de metas a nivel de propósito (resultado específico), sería la tasa de letalidad de las emergencias por TEC a las 48 horas de sucedido el incidente, que es uno de los indicadores del marco lógico. La forma de construir este indicador es a partir de los registros administrativos de los servicios de emergencia con información de tiempos y de condición del paciente, durante la hospitalización, al alta y su seguimiento posterior. Estos datos no están aún disponibles al 100% en los sistemas de información del Ministerio de Salud y está pendiente aún el reporte del INEI. En tal sentido, la evaluación ha estado más centrada en el diseño y la implementación del PP 104 SAMU.

1.3 Gasto de la IPE

Los recursos asignados (Presupuesto Institucional de Apertura - PIA) para el año 2013 fueron de 195.7 millones de nuevos soles, mientras que para el año 2014 fueron 144.6 millones de soles. El Presupuesto Institucional Modificado (PIM) asignado para el año 2013 fue de 118.1 millones de soles, mientras que para el año 2014 fue de 224.9 millones. Si comparamos las cifras del 2014 s. 2013, observamos que el PIA se ha reducido en este año 2014 en un 26.1% respecto al año 2013. El PIM 2014 es a la fecha del reporte, superior en 90.5 % al PIM con que culminó el año 2013. El nivel de ejecución del Presupuesto en el 2013 fue de 96.8% aunque debe tenerse en cuenta que el PIM se redujo respecto al PIA en 39,7%. El nivel de ejecución del Presupuesto en el 2014 fue de 84.6%.



II. DISEÑO DE LA IPE

2.1 Modelo del PP 104

El servicio médico de emergencia propuesto por el programa tiene tres componentes claves: a) el cuidado en la comunidad, b) el cuidado durante el transporte y c) el cuidado a la llegada al establecimiento de salud.

Los factores asociados a mortalidad y discapacidad por secuelas producidas en situaciones de emergencias y urgencias están agrupados en cuatro: a) las lesiones o accidentes, que de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades se denominan causas externas, b) el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia, c) el uso (sobreuso) de los servicios de emergencia y d) la respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia.

El periodo de tiempo entre la aparición de una emergencia y su atención está relacionado directamente con la sobrevida y el pronóstico. Tres son las principales emergencias sensibles al tiempo, y en el que el riesgo de mortalidad y secuelas se incrementa por cada minuto que transcurre, el Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) severo y moderado, el accidente cerebrovascular y el infarto de miocardio. El retraso en el diagnóstico y tratamiento está relacionado a características socioculturales de la población (ej. creencias), al acceso geográfico a los servicios (ej. zonas rurales) y a la disponibilidad de recursos físicos, financieros y humanos para atender la emergencia.

Existe evidencia que el uso inapropiado de los servicios de emergencia ocasiona sobrecarga de los servicios y la falta de disponibilidad de prestadores para atender las emergencias y urgencias, que incluso pudiera haberse referido oportunamente por la acción del SAMU. Por otro lado, una inadecuada respuesta a la emergencia afecta la toma de decisiones médicas (menor tiempo para el manejo y tratamiento, errores en el diagnóstico y tratamientos y seguimiento, inadecuada comunicación al alta).

Gráfico 1 Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas.



Fuente: Ministerio de Salud. SAMU. 2012



2.2 Actores participantes

Son dos los grupos de actores principales: el Ministerio de Salud (MINSA), quien tiene a su cargo el diseño del PP 104 SAMU, en tanto que su implementación en Lima Metropolitana se encuentra bajo responsabilidad del propio MINSA, a través del actual Instituto de Gestión de Servicios de Salud, y en fuera de Lima a cargo de los respectivos Gobiernos Regionales (GORE), a través de sus Direcciones o Gerencias Regionales de Salud (DIRESA/GERESA).

2.3 Población potencial objetivo

La población potencial beneficiaria de una intervención para el manejo de emergencias y urgencias en el contexto del Perú, estará constituida por personas que reconocen se encuentran ante una situación de emergencia médica identificadas por las propias personas o por terceros. Esta información podría ser complementada con la obtenida de las atenciones de emergencias y urgencias de los hospitales y centros de salud más importantes de Lima y de cada región

Tabla 1. Población que reporta accidentes y que los considera importantes.

DETALLE	2008	2009	2010
Población total	29,309,035	29,613,816	29,923,470
Numero de accidentes	323,310	392,059	539,302
Accidentes no triviales	282,371	309,485	418,068
Siniestralidad	1.0%	1.0%	1.4%
Atendidos en un EE.SS	188,487	222,306	260,804
Cobertura de la atención de accidentes	67%	72%	62%
No atendidos en un EE.SS	93,883	87,179	157,264

Fuente: ENAHO - 2008 al 2010, INEI

2.4 Marco Lógico: Resultados y productos del PP 104 SAMU

Al iniciarse la evaluación se encontraba vigente un marco lógico que planteaba como Resultado Final: Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos. Como Resultado Específico: Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias, y establecía 13 productos⁸, según se describe el cuadro siguiente:

⁸ Anexo 2 – PP 104 SAMU del año 2013



Tabla 2. Marco Lógico 2013 del PP 104 SAMU a nivel de resultados y productos

Objetivos		Indicador de desempeño	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final				
Resultado Final 1	Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos	INDICADOR DE CEPLAN	CEPLAN	Las políticas de prevención contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad
Resultado específico				
Resultado Específico 1	Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias.	<p>Tasa de mortalidad por urgencias o emergencias</p> <p>Tasa de letalidad en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) severo o moderado a las 48 horas de ingresado a los servicios de emergencia.</p> <p>Tasa de discapacidad por urgencias o emergencias</p>	<p>Base de datos SAMU</p> <p>Registros hospitalarios</p> <p>Base de datos ENDES</p> <p>Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO</p>	Las personas responden al tratamiento de manera favorable
Productos				
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "106"	<p>Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas vía telefónica.</p> <p>Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas a través de unidades móviles.</p> <p>Número de atenciones telefónicas de urgencias y/o emergencias.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	Los usuarios reconocen al 106 como el número para atención de urgencias y/o emergencias.
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	<p>Porcentaje de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo</p> <p>Número de atenciones telefónicas atendidas por médico</p> <p>Porcentaje de atenciones realizadas por unidades móviles según protocolo</p> <p>Número de despachos de unidad móvil</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención telefónica de emergencia o emergencia es eficiente.
Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera)	<p>Porcentaje de pacientes con cobertura financiera identificada</p> <p>Número de usuarios a los que se les realizó el seguimiento de cobertura financiera.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	Las coordinaciones y seguimiento son eficientes.
Producto 4	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	<p>Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVB</p> <p>Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVB.</p>	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.



Producto 5	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVA. Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVA.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes estables en relación al total requerido. Número de transporte asistido realizado a pacientes estables.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes críticos en relación al total requerido. Número de transporte asistido a pacientes críticos realizados.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 8	Atención médica de las emergencia o urgencia	Tiempo de respuesta a las emergencias o urgencias médicas en los servicios de emergencia hospitalaria. Porcentaje de atenciones de prioridades III y IV en los servicios de emergencia Número de atenciones hospitalarias de urgencias o emergencias	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
Producto 9	Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	Porcentaje de atenciones quirúrgicas de urgencia o emergencia oportunas según protocolo. Número de atenciones quirúrgicas de emergencia o urgencia.	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
Producto 10	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos hospitalarios diferenciados. Número de atenciones de prioridades III y IV en módulos hospitalarios.	Registro de hospitales	La atención ambulatoria en módulos hospitalarios de urgencias es eficiente
Producto 11	Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos de atención ambulatoria. Número de atenciones prioridades III y IV en módulos de atención ambulatoria.	Base de datos SAMU	La atención en los módulos de atención ambulatoria (extra-hospitalarios) es eficiente.
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	Porcentaje de cumplimiento de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados Número de actividades de supervisión, evaluación y control.	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	Las recomendaciones son implementadas adecuadamente.
Producto 13	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia	Porcentaje de documentos normativos implementados en relación a los existentes. Número de documentos normativos elaborados.	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	La atención ambulatoria de urgencias menores es eficiente.
ACTIVIDADES				
Actividad 1.1	Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106"	Número de atenciones telefónicas de urgencias o emergencias	Informe SAMU	Los operadores atienden las llamadas con eficiencia.
Actividad 2.1	Atención médica telefónica de la emergencia	Número de atenciones telefónicas atendidas por médico	Informe SAMU	La atención médica telefónica es adecuada y oportuna.



Actividad 2.2	Despacho de la unidad móvil SAMU	Número de unidades móviles despachadas	Informe SAMU	La llegada de las unidades móviles son en los tiempos establecidos.
Actividad 3.1	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias y urgencias y de su cobertura financiera	Número de usuarios a los que se les realizó el seguimiento de cobertura financiera.	Informe SAMU	Los aseguradores cubren los costos que le son requeridos, el seguimiento es eficiente.
Actividad 4.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Básico (SVB) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVB.	Informe SAMU	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 5.1	Servicio de ambulancia con soporte Vital Avanzado (SVA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia	Número de atenciones pre-hospitalaria en foco de unidades móviles con SVA.	Informe SAMU	La atención pre-hospitalaria cumple con los estándares establecidos
Actividad 6.1	Servicio de traslado de pacientes estables (no emergencia)	Número de traslados de pacientes estables	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 6.2	Servicio de ambulancia con soporte vital básico (SVB) para el traslado de pacientes que no se encuentra en situación de emergencia.	Número de traslados con SVB	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.1	Servicio de traslado de pacientes en situación crítica	Número de traslado de pacientes con situación crítica	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.2	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado I para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Número de traslado de pacientes con situación crítica AVA I	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 7.3	Servicio de ambulancia con Apoyo Vital Avanzado II para el traslado de pacientes que no se encuentran en situación de emergencia.	Número de traslado de pacientes con situación crítica AVA II	Informe SAMU	La coordinación es efectiva para las referencias
Actividad 8.1	Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.2	Hemorragia digestiva aguda alta	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.3	Cuerpo extraño en aparato digestivo	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.4	Síndrome de espalda dolorosa	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.5	Heridas, contusiones y traumatismos superficiales	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.6	Lesión de partes blandas de miembro superior y miembro inferior	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.7	Intoxicación aguda por organofosforados	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.8	Desorden vascular cerebral isquémico	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.9	Insuficiencia respiratoria aguda	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.10	Enfermedad isquémica del corazón	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento



Actividad 8.11	Litiasis urinaria	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 8.12	Cuerpo extraño en aparato respiratorio	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente al tratamiento
Actividad 9.1	Apendicitis aguda	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.2	Colelitiasis	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.3	Obstrucción intestinal	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.4	Fractura de extremidades	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.5	Traumatismo intracraneal	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.6	Traumatismos múltiples severos	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.7	Fractura de columna y pelvis	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.8	Quemaduras	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 9.9	Desorden vascular cerebral hemorrágico	Número de casos atendidos	Registros hospitalarios	Los usuarios responden adecuadamente a la cirugía
Actividad 10.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos hospitalarios diferenciados autorizados.	Número de atenciones de prioridades III y IV en módulos hospitalarios.	Informe SAMU	Los usuarios hacen uso de los servicios ambulatorios de urgencias o emergencias según el protocolo de atención
Actividad 11.1	Atención de urgencias [prioridad III y IV] en módulos de atención ambulatoria	Número de atenciones prioridades III y IV en módulos de atención ambulatoria.	Informe SAMU	Los usuarios hacen uso de los módulos de atención de urgencias o emergencias según el protocolo de atención
Actividad 12.1	Monitoreo de la atención del programa	Número de informes de monitoreo elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 12.2	Supervisión de la atención pre hospitalaria	Número de informes de supervisión elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 12.3	Evaluación y control de la atención pre hospitalaria	Número de informes de evaluación elaborados.	Informe SAMU	Los informes y recomendaciones son efectuados.
Actividad 13.1	Desarrollo de normas y guías técnicas en Atención pre hospitalaria y emergencias	Número de documentos normativos elaborados o actualizados.	Informe SAMU	Las normas desarrolladas responden se diseñan adecuadamente.
Actividad 13.2	Implementación de documentos técnicos en atención pre hospitalaria y emergencia	Número de documentos normativos implementados.	Informe SAMU	Los documentos son aceptados y aplicados por los prestadores de servicios de salud



Marco Lógico 2014

Este marco lógico fue modificado en transcurso de la evaluación (año 2014), quedando en 11 productos⁹ y que es la que hemos considerado para efectos de la evaluación realizada:

- **Producto 01: ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"**
- **Producto 02: ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MÓVIL SAMU**
- **Producto 03: ATENCIÓN PREHOSPITALARIA MÓVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB"**
- **Producto 04: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con Soporte Vital Avanzado (SVA)**
- **Producto 05: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes estables (no críticos)**
- **Producto 06: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes críticos**
- **Producto 07: Atención Médica de la Emergencia y Urgencia**
- **Producto 08: Atención Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia**
- **Producto 09: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados.**
- **Producto 10: Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria**
- **Producto 11: ACCIONES COMUNES**

Productos en EFP 2015

Por otro lado, para el año 2015, se ha definido una Estructura Funcional Programática que considera sólo 10 productos. Es así que los productos 1 y 2 de diseño inicial se han unido en un solo producto (Atención médica telefónica de la emergencia y urgencia en Centro Regulador) y tiene dos actividades (Servicio de atención de llamadas de emergencias médicas "106" y Atención médica telefónica de la emergencia), separándose el Despacho de la unidad móvil y coordinación de la referencia, como un producto independiente de la atención médica telefónica. Por otro lado los productos 7 y 8 del PP 104 de 2014 se han integrado en uno sólo pasando a ser: Atención de la emergencia o urgencia en el establecimiento de salud (uniendo lo que estaba como Atención médica, y Atención quirúrgica o de trauma de la emergencia o urgencia).

Lógica Vertical del Marco Lógico

El Marco Lógico ha sido construido en base al Modelo de relaciones causales presentado en el Gráfico 1 que establece que los factores asociados a mortalidad y discapacidad por secuelas producidas en situaciones de emergencias y urgencias están agrupados en cuatro: a) las lesiones o accidentes por causas externas, b) el tiempo de acceso al diagnóstico y tratamiento de emergencia, c) el uso de los servicios de emergencia y d) la respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia.

La construcción del marco lógico aunque congruente en su organización vertical no necesariamente responde a una relación directa entre todos los componentes con el resultado final y el objetivo (resultado específico) de la intervención pública evaluada (IPE). En tal sentido, algunos productos y actividades podrían eliminarse y otros integrarse en un solo producto. Algunos productos podrían limitar el logro de otros productos dado el nivel de implementación de la intervención pública. Como se observa en lo descrito en los párrafos previos, en

⁹ Anexo 2 – PP 104 SAMU del año 2014



el desarrollo de la EDEP, y en función a los informes y recomendaciones iniciales de este estudio, la conducción del programa SAMU ha ido adecuando e integrando algunos productos.

III. PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA IPE

3.1 Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

El MINSA estableció mediante la RM 944-2011-MINSA que la Dirección Ejecutiva este a cargo de un Director Ejecutivo, designado por el Ministro de Salud mediante Resolución Ministerial y siendo la máxima autoridad ejecutiva y administrativa del Programa, debiendo gestionar el cumplimiento de los acuerdos del Consejo Directivo. Por otro lado establece la conformación del Programa Nacional SAMU (Lima Metropolitana) y de SAMU regionales y locales.

Al inicio de la presente evaluación, el Programa Nacional SAMU se encontraba adscrito a la Oficina General de Defensa Nacional del Ministerio de Salud, siendo su Director General a su vez Director del SAMU. Sin embargo, dentro del proceso de Reforma del Sector Salud, se ha promulgado el Decreto Legislativo N°1167, donde se crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), como un organismo público ejecutor, adscrito al MINSA, y se dispone que las funciones que desarrolla el Programa Nacional SAMU sean asumidas por dicho Instituto. En el DL 1167 se establece como una de las funciones del IGSS, el de conducir y articular los servicios móviles de emergencias y urgencias a nivel nacional.

A nivel de los SAMU Regionales, y a consideración de los coordinadores de los SAMU Regionales visitados, la ubicación actual de los Programas Regionales SAMU dentro de la organización de la DIRESA/GERESA es pertinente a las funciones que realiza; sin embargo hay consenso que la dependencia de diferentes niveles, ocasiona demoras administrativas, y no permite una rápida capacidad de respuesta ante situaciones de emergencias mayores.

3.2 Problemas en el proceso de obtención y entrega de los bienes y/o servicios

El tema de recursos humanos en número suficiente y con las competencias adecuadas es uno de los factores restrictores para garantizar una buena prestación de los servicios del SAMU. En las regiones evaluadas solo parte del personal inicialmente capacitado permanece en el SAMU. Existen guías y protocolo de atención generales para la atención pre-hospitalaria en relación a la operación del centro regulador. Aunque existe la necesidad de aprobar otras guías para la atención específica de condiciones en el manejo pre-hospitalarias. Existen debilidades en la coordinación entre las acciones del SAMU pre-hospitalario y hospitalario.

3.3 Seguimiento y Evaluación

El seguimiento de la intervención en teoría se realiza a través de indicadores claramente definidos y detallados. No obstante, en la práctica estos indicadores no se han validado y son insuficientes para evaluar los resultados, aceptabilidad o el impacto del programa. La mayoría de los indicadores son de procesos. Aunque a nivel de los SAMU regionales si se realizan reportes periódicos (trimestrales) generados por el Centro Regulador y que se remite al SAMU nacional, sin embargo no se cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación como tal.



IV. PRESUPUESTO Y RESULTADOS

4.1 Proceso de asignación y transferencia de recursos

El proceso de asignación, transferencia de recursos y pagos siguen procedimientos establecidos por el sistema nacional de presupuesto público (programación, formulación, aprobación ejecución y evaluación). En el plan de implementación progresivo a nivel nacional prioriza departamentos con las provincias con mayor pobreza y la más alta siniestralidad para el año 2012. El año 2013 se consideran seis (06) departamentos, el año 2014 otro seis (06) y el años 2015 los siete (07) restantes.

Tabla 3. Presupuesto total al inicio del año (PIA), por regiones, años 2013 y 2014.

PIA PP104 - actividades y proyectos- 2013 -2014		
REGION	PIA 2013	PIA 2014
AMAZONAS	2,610,427.00	2,793,560.00
ANCASH	89,870,231.00	3,938,518.00
AYACUCHO	4,171,258.00	7,182,723.00
HUANCAVELICA	2,223,978.00	1,198,355.00
HUÁNUCO	4,348,125.00	3,904,548.00
JUNIN	2,458,476.00	1,447,282.00
LA LIBERTAD	2,340,566.00	12,884,701.00
LAMBAYEQUE	2,764,152.00	3,282,820.00
LORETO	2,500,342.00	1,929,868.00
TACNA	4,153,152.00	3,133,692.00
LIMA	63,041,733.00	85,385,600.00
CALLAO	15,168,907.00	13,689,777.00
CAJAMARCA		32,875.00
CUSCO		1,752,557.00
MADRE DE DIOS		329,577.00
PIURA		1,736,560.00
TOTAL	195,651,347.00	144,623,013.00

(*) En Lima se considera lo asignado al Pliego MINSA y al Gob. Reg. De Lima

Si bien son 12 Regiones que asignaron presupuesto (PIA) en la partida del PP 104 SAMU, no se puede concluir que efectivamente el Programa SAMU está efectivamente funcionando en la totalidad de esas regiones. Según lo reportado por el Programa SAMU Nacional, en forma real, sólo 4 regiones (Amazonas, Junín, La Libertad y GR de Lima), tenían a fines del 2013, realmente su Sistema Móvil de Urgencias (SAMU) realmente implementado con Central Reguladora y Unidad de Atención Pre-hospitalaria funcionando. Se añaden Callao y Huancavelica, que si han avanzado en el año 2014 en la implementación de los referidos servicios. Sin embargo, debe señalarse que lo descrito en la Tabla 2, incluye asignación total, para actividades y proyectos de inversión. Pero, si sólo consideramos los recursos para actividades (sin incluir los proyectos), se sincera la asignación, sobre todo en el caso del Gobierno Regional de Ancash, que había consignado uno de sus Proyectos (Hospital Ramos Guardia de Huaraz por 87.7 millones) en la categoría Programa Presupuestal 104. Así, el PIA 2013 se reduce de 195,6 MM a sólo 82,0 MM. Esto explicado en su mayor parte por la reducción del PIA del GR de Ancash del total de 89,8 MM a 2,6 MM (sin considerar proyectos), por la razón antes mencionada.



4.2 PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado

Si comparamos las cifras del 2014 s. 2013, observamos que el PIA 2014 se redujo en un 26.1% respecto al año 2013, sin embargo debe recordarse que el monto del PIA 2013 estaba deformado por lo sucedido en Ancash. El PIM 2014 fue superior en 90.5 % al PIM con que culminó el año 2013.

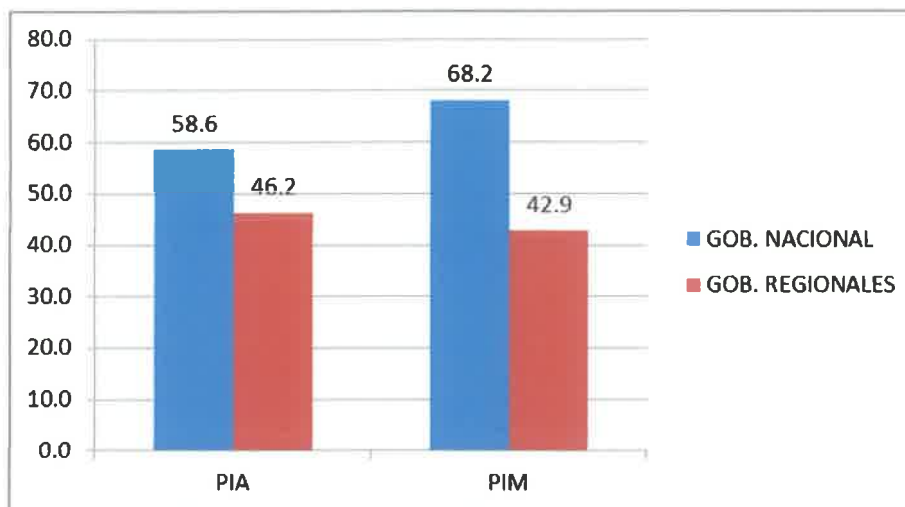
Tabla 4. Gasto total de la intervención pública evaluada

(en S/.)

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2012				
2013	195,651,347	118,066,351	114,238,986	96.8%
2014*	144,623,013	224,863,505	190,138,987	84.6%

* Reporte del SIAF al 31 de diciembre del 2014

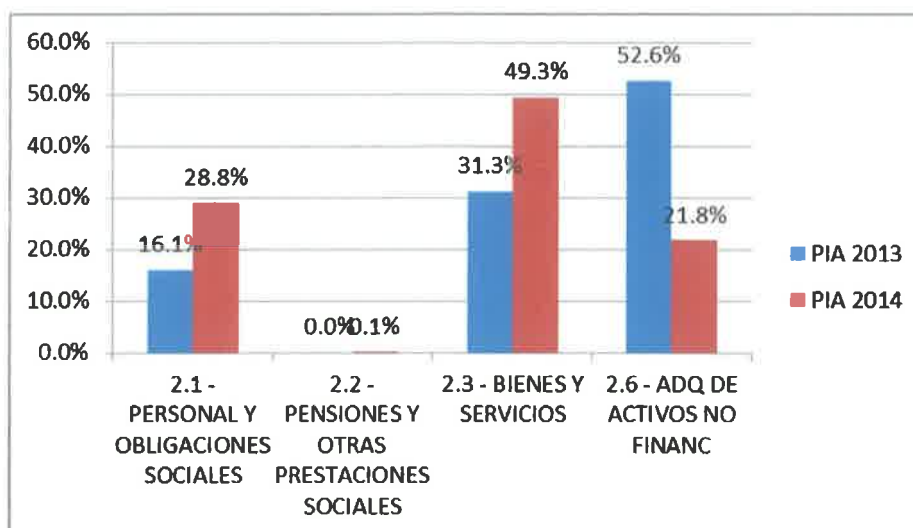
Gráfico 2 - PIA y PIM 2013 - PP 104 SAMU (sólo actividades) por Niveles de Gobierno



Si analizamos la distribución del PIM 2013 y 2014, la distribución es 1ro. La Genérica de gasto 2.3 - BIENES Y SERVICIOS, 2do. La Genérica 2.1 - PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES; y en el tercer lugar la Genérica 2.6 ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS. Esta estructura es similar si observamos la distribución del Presupuesto ejecutado 2013.

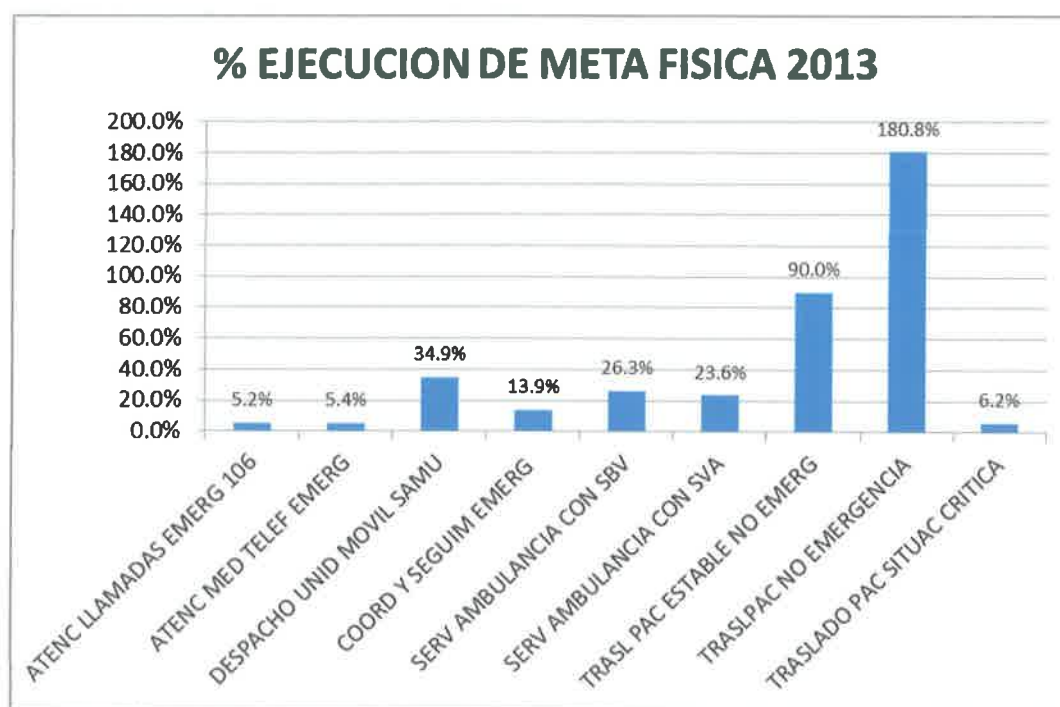


Gráfico 3 - Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Fuente de Financiamiento



4.3 Desempeño de la intervención en cuanto a sus productos y actividades

Gráfico 4 - Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013

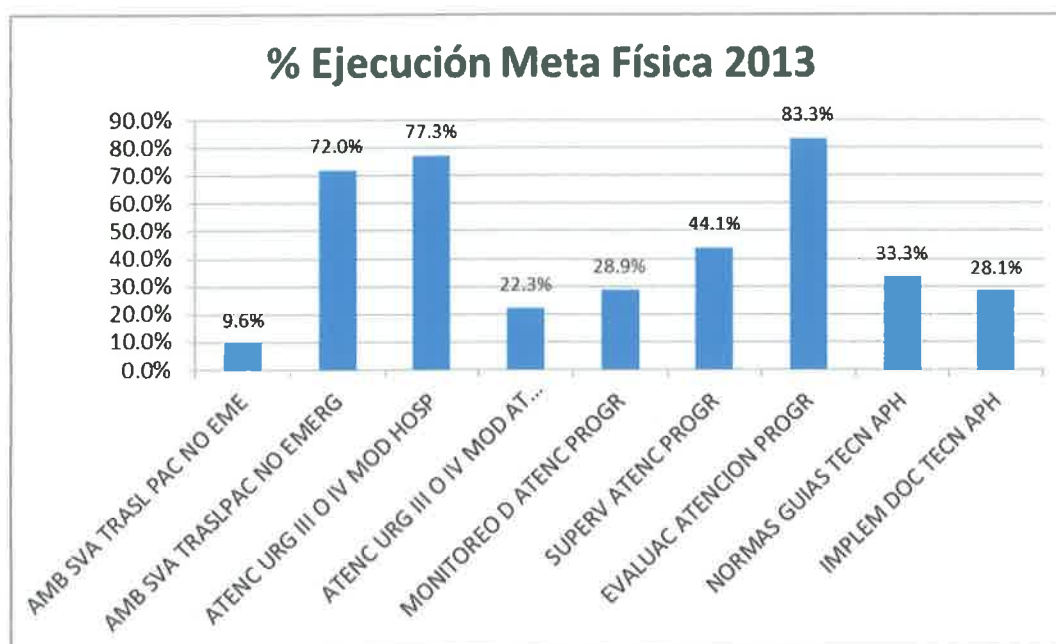


En el Gráfico previo y en el siguiente se muestran un resumen del Cuadro de Programación física de las actividades. Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales actividades del PP 104, entre ellas las actividades SERVICIO DE ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS MEDICAS 106 y para la actividad ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA. Igualmente las actividades de SERVICIO DE AMBULANCIA CON SOPORTE VITAL BASICO (SBV) y SOPORTE VITAL AVANZADO (SBA) PARA LA ATENCION PRE HOSPITALARIA DE LA EMERGENCIA, presentan un porcentaje bajo. Por



el contrario, llama la atención que las actividades de SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES en situación de NO EMERGENCIA, presenten porcentajes de ejecución altos e incluso mayores a lo programado, que no son la razón principal del PP 104 SAMU.

Gráfico 5 - Porcentaje de Ejecución de Metas Físicas PP 104 – año 2013

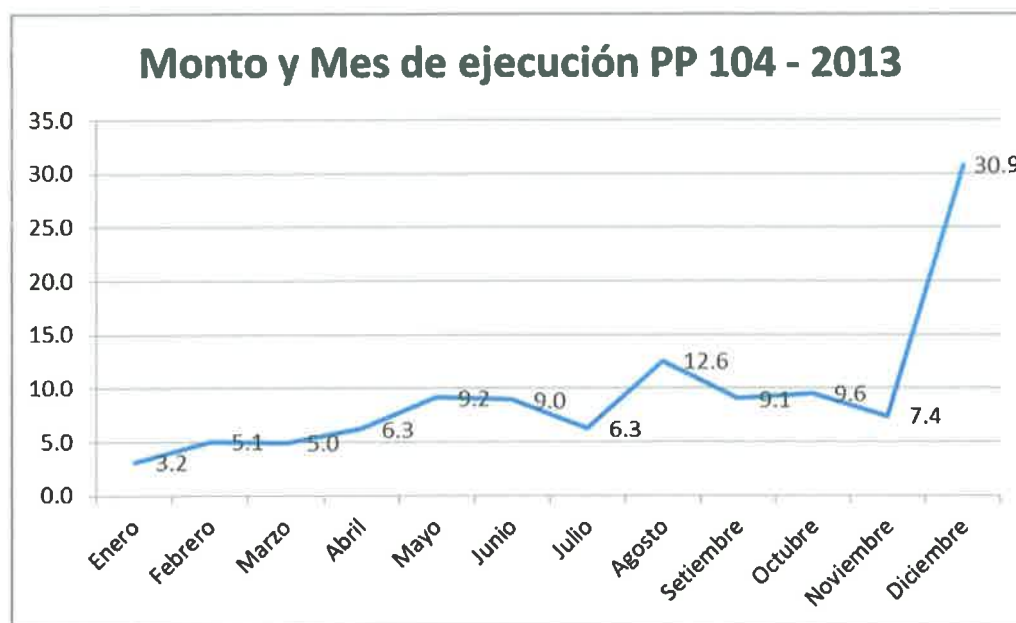


4.4 Desempeño de la intervención en cuanto a su Propósito

El indicador que mejor mediría el logro de metas a nivel de propósito (resultado específico), sería la tasa de letalidad de las emergencias por TEC a las 48 horas de sucedido el incidente, que es uno de los indicadores del marco lógico. La forma de construir este indicador es a partir de los registros administrativos de los servicios de emergencia con información de tiempos y de condición del paciente, durante la hospitalización, al alta y su seguimiento posterior. Estos datos no están disponibles al 100% en los sistemas de información del Ministerio de Salud lo cual no permite hacer la estimación requerida.



Gráfico 6 - Monto y Mes de Ejecución del PIM del PP 104 – año 2013



Según se evidencia en el Gráfico anterior, el 42% de la ejecución del Presupuesto del PP 104 del año 2013 se ha realizado el último trimestre y en particular en el mes de diciembre.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conocidas los principales elementos del diseño, implementación y ejecución presupuestal del PP 104, la evaluación presenta las siguientes conclusiones más relevantes.

Diseño:

- **Problema 1:** La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) plantea una propuesta de intervención muy amplia y no focaliza sus acciones.

Conclusión y Recomendación: El PP 104 SAMU plantea un Marco Lógico con una propuesta de productos demasiado amplia y no focaliza sus intervenciones en componentes relacionados con el logro del resultado específico, lo que reduce sus posibilidades de alcanzar resultados. Se recomienda priorizar la intervención del PP 104 SAMU en productos relacionados a los componentes claves relacionados con el logro del Resultado específico: Atención pre-hospitalaria que comprende 3 componentes claves (Centro Regulador operativo, Transporte Asistido implementado y Atención hospitalaria). Para considerar como Transporte asistido implementado debe cumplir con requerimiento de ambulancias equipadas y con personal de Atención Pre-Hospitalaria (APH). La Atención hospitalaria debe de priorizar la capacidad resolutive para accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y atención de Trauma (TEC).

- **Problema 2:** El PP 104 SAMU considera productos no relacionados directamente al objetivo del programa.

Conclusión y Recomendación: Los productos 5 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes estables - no críticos) y 6 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes críticos) del Anexo 2 del 2014 no contribuyen directamente en el logro del objetivo. Se recomienda que los productos 5 y 6 del PP 104, sean retirados del Programa, o en su defecto ser considerados en una segunda etapa, cuando se tenga fortalecida la red de ambulancias del SAMU. En los productos 7 y 8 se recomienda priorizar la atención hospitalaria del SAMU en mejorar la capacidad resolutive para resolver de manera adecuada aquellas patologías en que la



evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad: Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC). Recomendamos que del listado de actividades deban quedar estas tres patologías mencionadas en el párrafo precedente.

- **Problema 3:** Inclusión de Productos que contribuyen al logro de objetivo, pero no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU

Conclusión y Recomendación: La IPE incluye productos 9 y 10: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados, y Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria, los cuales no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU. Se recomienda mejorar la coordinación con cada Unidad Ejecutora en la fase de programación para determinar las metas a ser incluidas (teniendo en cuenta la creación de los módulos hospitalarios y módulos de atención ambulatoria).

Implementación:

- **Problema 1:** La estructura organizacional para la atención pre-hospitalaria varía en las regiones. Se observó alta rotación de personal y asignación de múltiples funciones al coordinador.

Conclusión y Recomendación: La estructura organizacional de la atención pre-hospitalaria no está claramente definida. En las regiones evaluadas está en un cuarto nivel jerárquico, considerando el primero al Director o Gerente Regional de Salud. Esta posición de dependencia limita las acciones, porque debe pasar por tres niveles burocráticos para canalizar cualquier acción, considerando que es un programa que debe responder a emergencias. Lo más viable y que se recomienda es poder subir al menos un nivel jerárquico en su ubicación en el organigrama de la DIRESA o GERESA.

- **Problema 2:** Limitada articulación con otras instituciones que cuentan con atención pre-hospitalaria a nivel nacional y regional.

Conclusión y Recomendación: Las acciones de coordinación con otros sectores o subsectores que atienden emergencias, y sobre todo en la atención pre-hospitalaria (Ej. ESSALUD, Sanidades FFAA y PNP, Bomberos, Privados) han sido escasas. Fortalecer el trabajo del Consejo Directivo Nacional (MINSA, ESSALUD, M. Defensa, M. Interior, Bomberos, AN Gobiernos Regionales, AN Municipalidades) para articular las acciones y establecer Directivas conjuntas.

- **Problema 3:** Limitada información sobre la infraestructura o capacidad real del sistema de salud para la atención de emergencias y urgencias.

Conclusión y Recomendación: Se requiere un mejor diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud, de las condiciones de su infraestructura, su nivel de equipamiento, de la disponibilidad de personal, y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. Ausencia de un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias. Se recomienda desarrollar un diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud (infraestructura, equipamiento, disponibilidad de personal), y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. Desarrollar, un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias a nivel nacional, articulado con una Plan Multianual de Inversiones que permita ir cerrando las brechas de modo progresivo y realista con la disponibilidad de recursos.

- **Problema 4:** Dificultades en la contratación de personal con competencias para la atención pre-hospitalaria.

Conclusión y Recomendación: La implementación del SAMU requiere profesionales capacitados, con formación en programas acreditados (BLS y ALS). Recomendamos realizar capacitación continua y establecer mecanismos de acreditación. Se sugiere que el SAMU Nacional, pueda establecer convenios con entidades formadoras de profesionales de salud, con los cuales se puedan brindar esta formación y capacitación especializada, y que pudiera ser a su vez fuente de recursos profesionales que pueden luego integrarse al SAMU.



- **Problema 5:** Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU es inexistente y las acciones de seguimiento y evaluación son insuficientes.

Conclusión y Recomendación: No existe un seguimiento adecuado de los casos referidos a los servicios de emergencias. Seguimiento de caso atendido solo registra si fue atendido o falleció. Existen formatos y hojas de reporte, pero no se cuenta con un sistema de seguimiento operando como tal. Solo existen formatos de seguimiento de uso de recursos. No cuentan con software de seguimiento en Regiones. En SAMU Lima existe una aplicación en Excel donde se ingresan datos estadísticos e información de los reportes de producción de regiones. El Programa Nacional SAMU es monitorizado por Equipo SAMU Nacional utilizando la información generada por herramientas generales. Se recomienda fortalecer y consolidar Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU. En particular de los casos referidos a los servicios de emergencias. Desarrollo de un software de seguimiento para Lima y las Regiones. Este software debe tener los principales datos estadísticos y de producción de los establecimientos a nivel nacional, que permita monitorizar el logro de metas físicas.

- **Problema 6:** La población en general desconoce de los servicios del SAMU y el número 106.

Conclusión y Recomendación: La Población desconoce el número 106 y el SAMU aún no es reconocido como servicio. Desarrollar una Estrategia comunicacional a nivel de las regiones donde ya se ha implementado el SAMU, y posteriormente a nivel nacional, cuando se culmine su implementación en todas las regiones. Se buscará que la población conozca de los servicios que brinda el SAMU y posicionar al 106 a nivel de la población. Desarrollar complementariamente una Estrategia comunicacional a nivel de los propios servicios de salud que brindan atención de emergencias y urgencias.

Presupuesto y Resultados:

- **Problema 1:** Regiones con Presupuesto asignado a PP 104 SAMU a actividades dispersas sin priorizar productos y actividades clave del PP SAMU.

Conclusión y Recomendación: Regiones como Ancash, Loreto, Tacna, Huánuco, Ayacucho y Huancavelica tienen asignado Presupuesto al PP 104 SAMU, pero que no tienen aún Centro regulador implementado, Unidad de APH implementada con ambulancias equipadas y personal calificado; por lo que en estas Regiones no puede considerarse como programa SAMU efectivamente implementado. Recomendamos la implementación efectiva de Programa SAMU debe considerar Centro Regulador implementado, Unidad de Transporte Móvil para APH equipada y con personal calificado, como requerimiento mínimo

- **Problema 2:** Problema de sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU considerando que existen diversos pacientes asegurados por otras IAFAs que a través de ésta pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada

Conclusión y Recomendación: La sostenibilidad de la Atención Pre-Hospitalaria del SAMU podría mejorarse, considerando que existen diversos pacientes asegurados por IAFAs que pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada. Un factor clave para la sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU es garantizar el presupuesto para cubrir las remuneraciones del personal de salud a cargo de esta actividad. Recomendamos que SAMU Nacional culmine el estudio sobre la estructura de costos de los servicios de SAMU (especialmente la atención pre hospitalaria), y en base a éste, establezca una Directivas sobre el cálculo de los costos de atención y para la recuperación financiera por prestaciones que se brinden a los usuarios de SOAT, ESSALUD, Seguros privados y Seguros público (SIS). Se debe hacer un balance del patrimonio de ambulancias y equipos adquiridos recientemente para así determinar la brecha actual.

- **Problema 3:** Demora en ejecución presupuestal del PP 104 SAMU.

Conclusión y Recomendación: El 42% de la ejecución del Presupuesto del PP 104 del año 2013 se ha realizado el último trimestre y en particular en el mes de diciembre. Se recomienda mejorar la programación de la ejecución de los recursos, y su oportunidad, en tanto ésta se ha realizado en 42% en el último trimestre.

- **Problema 4:** Diferencias importantes entre Población calculada para las metas de atenciones y las metas físicas alcanzadas.



Conclusión y Recomendación: Población calculada para las metas de atenciones (llamadas de emergencias médicas 106 y Atención médica telefónica de la emergencia, y en Despacho de la unidad móvil SAMU) difiere significativamente con las metas físicas alcanzadas. Recomendamos considerar el uso de datos epidemiológicos de las emergencias para determinar de forma más precisa la población objetivo y la programación de las metas físicas de atención del SAMU. También, considerar la programación en función a los ratios de disponibilidad de recursos (ambulancias y personal) para la atención pre-Hospitalaria. Ej. Número de ambulancias/población objetivo.

- **Problema 5:** Bajo porcentaje de ejecución en la meta física de los principales productos y actividades del PP 104.

Conclusión y Recomendación: Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales actividades del PP 104 como Atención de llamadas de emergencias médicas 106 (5,6%) y Atención médica telefónica de la emergencia (5.4%), Servicio de ambulancia con Soporte Vital Básico (SBV) y Soporte Vital Avanzado (SBA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia. Por el contrario, llama la atención que las actividades de Servicio de traslado de pacientes en situación de no emergencia, presenten porcentajes de ejecución de metas altos e incluso mayores a lo programado, que no son la razón principal del PP 104 SAMU. Se recomienda mejorar la programación de metas físicas, realizando una buena evaluación del nivel de logro de las metas físicas de cada producto, y sincerarlas en la siguiente programación y formulación presupuestal. Generar un plan de asistencia técnica del SAMU Nacional a regiones durante programación y formulación presupuestal.




- **Problema 6:** Limitaciones en disponibilidad de recursos para ambulancias especialmente asignadas a los SAMU Regionales.

Conclusión y Recomendación: Las regiones han venido asignando presupuesto y adquiriendo ambulancias para los establecimientos de salud de su jurisdicción, y también pudieran priorizar ambulancias específicamente para SAMU. Recomendamos coordinación con DIRESAs y Gobiernos Regionales para priorizar la asignación de presupuesto y adquisición de ambulancias para los SAMU Regionales.

- **Problema 7:** Inexistente priorización y asignación presupuestal en las acciones centrales del SAMU, y débil articulación entre las mismas.

Conclusión y Recomendación: No se está priorizando la programación en los tres componentes claves: Centro Regulador, atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria. Recomendamos que SAMU Nacional debe generar compromisos con los GR para que prioricen los tres componentes claves: Centro Regulador, Atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria, en la formulación presupuestal.



 PERÚ	Ministerio de Economía y Finanzas	 UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
<hr/>		
PPT		
<hr/>		
EDEP:		
INTERVENCION PÚBLICA: PROGRAMA PRESUPUESTAL 104		
“REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS		
MEDICAS - SAMU”		
<hr/>		
INFORME FINAL		
<hr/>		
Equipo de Evaluadores:		
Dr. Enrique Castañeda		
Dr. Freddy Canchihuaman		
Dr. Ricardo Zúñiga		
FEBRERO 2015		
<hr/>		
	PpR Presupuesto por Resultados	



	PERÚ Ministerio de Economía y Finanzas		UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
<p align="center">EDEP: INTERVENCION PÚBLICA: PROGRAMA PRESUPUESTAL 104 “REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS - SAMU”</p> <p align="center">INFORME FINAL</p>			
<p align="center">Equipo de Evaluadores: Dr. Enrique Castañeda Dr. Freddy Canchihuaman Dr. Ricardo Zúñiga</p>			
<p align="center">FEBRERO 2015</p>			

	PERÚ Ministerio de Economía y Finanzas		UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
<p align="center">INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA</p> <p align="center">DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA</p>			



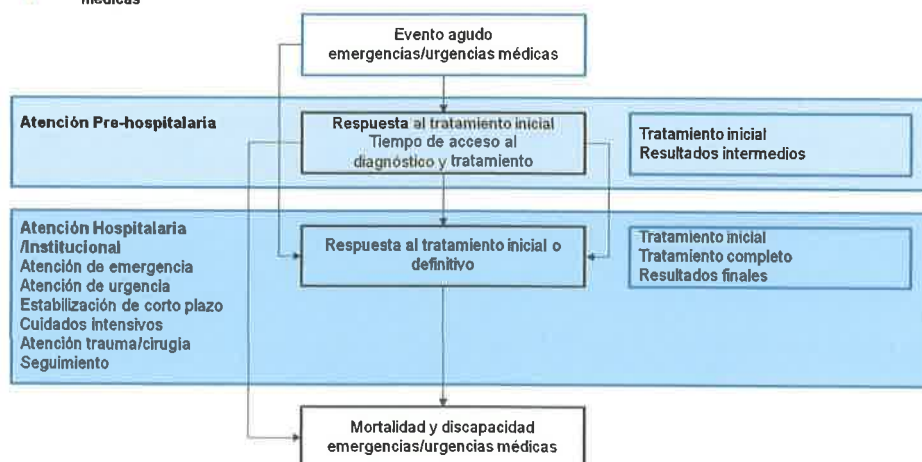
Gráfico N° 1. Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas.



Fuente: Ministerio de Salud. SAMU. 2012

En el Perú, los indicadores de la magnitud de emergencias y urgencias provienen de diversas fuentes. Las tablas muestran la magnitud del problema y su evolución en diferentes periodos. (6,7)

Gráfico N° 2. Modelo. Relaciones causales sobre mortalidad y discapacidad por emergencias y urgencias médicas



Adaptado de:

Anexo 2. Ministerio de Salud. SAMU. 2012; Hirshon JM et al. Health systems and services. WHO. 2013; Department of Health UK. Conceptual model of effective urgent care. 2006; Spaite DW et al. Emergency Medical Services Outcomes Project. Ann Emerg Med. 2001; Sayed MJ. Measuring quality in emergency medical services. Emerg Med Int. 2012.



Descripción de los elementos de la atención de un evento agudo*

Atención pre-hospitalaria. Atención recibida en la comunidad hasta que el paciente llegue a un establecimiento de salud con capacidad de dar atención definitiva. Ejemplos incluyen la atención por parte del personal de ambulancias o evaluación de problemas de salud agudos por profesionales de salud.

Atención hospitalaria. Atención recibida en un establecimiento de salud con capacidad de dar atención inicial o definitiva.

Atención trauma/drogas. Tratamiento de personas con necesidades quirúrgicas agudas, como lesiones que amenazan la vida, apendicitis aguda o hernias estranguladas.

Atención de emergencia. Tratamiento de personas con necesidades médicas y quirúrgicas que amenazan la vida o de alto riesgo, tales como infartos agudos de miocardio o accidentes cerebrovasculares agudos, o la evaluación de los pacientes con dolor abdominal.

Atención de urgencia. Atención ambulatoria en un establecimiento de salud, fuera de los servicios de emergencias de un hospital, por lo general si cita previa. Como la evaluación de una lesión de tobillo o la fiebre en un niño.

Estabilización de corto plazo. Tratamiento de personas con necesidades agudas previo al tratamiento definitivo. Ejemplos incluyen la administración de líquidos intravenosos a un paciente gravemente herido antes de su traslado a una sala de operaciones.

Cuidados intensivos. Atención especializada de los pacientes cuyas condiciones ponen en riesgo la vida y que requieren una atención integral y monitoreo continuo, por lo general en las unidades de cuidados intensivos. Ejemplos incluyen pacientes con problemas respiratorios severos que requieren intubación endotraqueal o pacientes con convulsiones.

Seguimiento. Tratamiento continuo como terapia física y ocupacional.

* Adaptado de Hirshon JM et al. Health systems and services: the role of acute care. BWHO. 2013.



Tabla N° 2. Incidencia mensual de accidentes, busca de atención, utilización de servicios de salud y gasto catastrófico por accidentes. ENAHO 2010.

	Número Accidentes	Incidencia Accidentes (%)	Busca atención (%)	Consulta institucional (%)	Consulta hospitalaria (%)	% gasto en accidentados	Gasto Catastrófico (%)
	(1)	(2)	(3)	(5)	(7)	(9)	(10)
Nacional	539,302	1.8	67.5	48.4	31.5	15.3	37.3
Ambito							
Urbano	427,348	1.9	69.6	48.7	35.9	12.7	35.3
Pol Rural	111,954	1.4	59.5	47.1	14.6	29.0	47.5
Pobre Extremo	25,751	1.0	45.6	29.5	3.1	23.5	48.3
Pobre No Extremo	80,787	1.3	55.7	38.7	12.7	20.0	40.7
No Pobre	432,765	2.0	71.0	51.3	36.7	14.3	36.3

Fuente: ENAHO 2010



Población Potencial

La población potencial beneficiaria de una intervención para el manejo de emergencias y urgencias en el contexto del Perú, estará constituida por personas que reconocen se encuentran ante una situación de emergencia médica identificadas por las propias personas o por terceros.

Tabla. Población que reporta accidentes y que los considera importantes.

Tabla N° 7. Población que reporta accidentes y que los considera importantes.

DETALLE	2008	2009	2010
Población total	29,309,035	29,613,816	29,923,470
Numero de accidentes	323,310	392,059	539,302
Accidentes no triviales	282,371	309,485	418,068
Siniestralidad	1.0%	1.0%	1.4%
Atendidos en un EE.SS	188,487	222,306	260,804
Cobertura de la atención de accidentes	67%	72%	62%
No atendidos en un EE.SS	93,883	87,179	157,264

Fuente: ENAHO - 2008 al 2010, INEI



**Marco Lógico de la Intervención Pública Evaluada: Formulación de fines, propósito, componentes y actividades
(según Anexo 2 – PP 104 SAMU 2013)**



Objetivos		Indicador de desempeño	Medios de verificación	Supuestos importantes
Resultado final				
Resultado final 1	Disminución de la mortalidad por eventos fortuitos	INDICADOR DE CEPLAN	CEPLAN	Las políticas de prevención contribuyen a disminuir las tasas de mortalidad
Resultado específico				
Resultado Específico 1	Disminución de la mortalidad y discapacidad por urgencias o emergencias.	Tasa de mortalidad por urgencias o emergencias Tasa de letalidad en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) leve o moderado a las 48 horas de ingreso a los servicios de emergencia. Tasa de discapacidad por urgencias o emergencias	Base de datos SAMU Registros hospitalarios Base de datos ENDES Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO	Las personas responden al tratamiento de manera favorable
Productos				
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "106"	Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas vía telefónica. Tiempo promedio de respuesta a las emergencias o urgencias médicas a través de unidades móviles. Número de atenciones telefónicas de urgencias y/o emergencias.	Base de datos A. Estadística - SAMU	Los usuarios reconocen al 106 como el número para atención de urgencias y/o emergencias.
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	Porcentaje de llamadas telefónicas atendidas por médico según protocolo Número de atenciones telefónicas atendidas por médico Porcentaje de atenciones realizadas por unidades móviles según protocolo Número de despachos de unidad móvil	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención telefónica de emergencia o emergencia es eficiente.



Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera)	Porcentaje de pacientes con cobertura financiera identificada Número de usuarios a los que se les realizó el seguimiento de cobertura financiera.	Base de datos A. Estadística - SAMU	Las coordinaciones y seguimiento son eficientes.
Producto 4	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVB Número de atenciones pre-hospitalarias en foco de unidades móviles con SVB	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 5	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	Porcentaje de atenciones pre-hospitalarias móviles según protocolo con SVA. Número de atenciones pre-hospitalarias en foco de unidades móviles con SVA.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención móvil de urgencia o emergencia es eficiente.
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes estables en relación al total requerido. Número de transporte asistido realizado a pacientes estables.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	Porcentaje de transporte asistido realizado a pacientes críticos en relación al total requerido. Número de transporte asistido a pacientes críticos realizados.	Base de datos A. Estadística - SAMU	La atención de referencias y contrareferencias son eficientes.
Producto 8	Atención médica de la emergencia o urgencia	Tiempo de respuesta a las emergencias o urgencias médicas en los servicios de emergencia hospitalaria. Porcentaje de atenciones de prioridades III y IV en los servicios de emergencia Número de atenciones hospitalarias de urgencias o emergencias	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.



Producto 9	Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	Porcentaje de atenciones quirúrgicas de urgencia o emergencia oportunas según protocolo. Número de atenciones quirúrgicas de emergencia o urgencia.	Registro de hospitales	La atención hospitalaria de urgencias o emergencias es eficiente.
Producto 10	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos hospitalarios diferenciados. Número de atenciones de prioridades III y IV en módulos hospitalarios.	Registro de hospitales	La atención ambulatoria en módulos hospitalarios de urgencias es eficiente
Producto 11	Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria	Porcentaje de prioridades III y IV atendidas según protocolo en módulos de atención ambulatoria. Número de atenciones prioridades III y IV en módulos de atención ambulatoria.	Base de datos SAMU	La atención en los módulos de atención ambulatoria (extra-hospitalarios) es eficiente.
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	Porcentaje de cumplimiento de informes de control (monitoreo, supervisión y evaluación) elaborados. Número de actividades de supervisión, evaluación y control.	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	Las recomendaciones son implementadas adecuadamente.
Producto 13	Desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia	Porcentaje de documentos normativos implementados en relación a los existentes. Número de documentos normativos elaborados.	Base de datos Unidad de planeamiento y Evaluación del SAMU	La atención ambulatoria de urgencias menores es eficiente.

Productos Marco Lógico (Anexo 2 PP 104 – 2014)



Productos ML-2014

- P01: Atención de llamadas de emergencias "106"
- P02: Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU
- P03: Atención prehospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"
- P04: Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con Soporte Vital Avanzado (SVA)
- P05: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes estables (no críticos)
- P06: Transporte asistido (no emergencias) de pacientes críticos
- P07: Atención Médica de la Emergencia y Urgencia
- P08: Atención Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia
- P09: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados.
- P10: Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria
- P11: Acciones Comunes (Monitoreo, Supervisión, Evaluación, Desarrollo de normas y guías técnicas)



EFP 2015

3000001 ACCIONES COMUNES

3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA
MOVIL DE LA EMERGENCIA CON
SOPORTE VITAL BASICO "SVB"

083 PACIENTE ATENDIDO

3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA
MOVIL DE LA EMERGENCIA CON
SOPORTE VITAL AVANZADO
"SVA"

083 PACIENTE ATENDIDO

3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO
EMERGENCIA) DE PACIENTES
ESTABLES (NO CRITICOS)

083 PACIENTE ATENDIDO

3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO
EMERGENCIA) DE PACIENTES
CRITICOS

083 PACIENTE ATENDIDO

3000288 ATENCION AMBULATORIA DE
URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV)
EN MODULOS HOSPITALARIOS
DIFERENCIADOS AUTORIZADOS

083 PACIENTE ATENDIDO

3000290 ATENCION DE URGENCIAS
(PRIORIDAD III O IV) EN
MODULOS DE ATENCION
AMBULATORIA

083 PACIENTE ATENDIDO

3000684 ATENCION MEDICA TELEFONICA
DE LA EMERGENCIA Y
URGENCIA EN CENTRO
REGULADOR

006 ATENCION

3000685 DESPACHO DE LA UNIDAD
MOVIL Y COORDINACION DE LA
REFERENCIA

006 ATENCION

3000686 ATENCION DE LA EMERGENCIA
O URGENCIA EN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD

006 ATENCION



PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA



Estructura organizacional y mecanismos de coordinación



Focalización/priorización y afiliación

Proyección de la población demandante potencial a nivel nacional

De part. latino n.º	DEMANDA POTENCIAL DE ATENCIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA			
	2012	2013	2014	2015
AMAZONAS	5.167	5.190	5.211	5.230
ANCASH	19.240	19.352	19.462	19.568
APURIMAC	6.633	6.666	6.703	6.736
AREQUIPA	27.056	27.357	27.662	27.967
AYACUCHO	12.209	12.347	12.485	12.622
CAJAMARCA	8.644	8.677	8.707	8.734
CALLAO	24.162	24.502	24.843	25.186
CUSCO	23.301	23.453	23.601	23.744
HUANCAVELICA	6.079	6.128	6.176	6.222
HUANUCO	20.915	21.082	21.244	21.401
ICA	14.519	14.670	14.820	14.968
JUNÍN	30.568	30.706	31.023	31.246
LA LIBERTAD	28.103	28.457	28.812	29.166
LAMBAYEQUE	8.708	8.783	8.858	8.931
LIMA	224.163	227.633	231.164	234.729
LORETO	24.084	24.262	24.531	24.780
MADRE DE DIOS	1.737	1.781	1.825	1.869
MOLLEQUE	4.971	5.026	5.078	5.131
PASCO	6.387	6.434	6.481	6.528
PIURA	8.889	8.954	9.136	9.211
PUNO	18.165	18.331	18.500	18.673
SAN MARTÍN	7.863	7.976	8.086	8.198
TACNA	2.759	2.795	2.831	2.867
TUMBES	1.909	1.936	1.963	1.988
UCAYALI	7.130	7.221	7.310	7.398
TOTAL	544.361	550.925	557.519	564.104

Proyección de la población demandante objetivo a nivel nacional

Departamento	DEMANDA OBJETIVO DE ATENCIONES DE URGENCIA Y/O EMERGENCIA			
	2012	2013	2014	2015
AMAZONAS	4.455	4.475	4.489	4.505
ANCASH	15.774	15.864	15.956	16.043
APURIMAC	5.931	5.963	5.993	6.022
AREQUIPA	17.909	18.109	18.310	18.512
AYACUCHO	11.384	11.514	11.643	11.771
CAJAMARCA	8.644	8.677	8.707	8.734
CALLAO	19.227	19.497	19.766	20.043
CUSCO	17.298	17.814	18.027	18.136
HUANCAVELICA	5.096	5.137	5.177	5.216
HUANUCO	13.681	13.791	13.897	13.989
ICA	11.389	11.508	11.625	11.741
JUNÍN	21.841	22.104	22.267	22.429
LA LIBERTAD	18.643	19.881	20.138	20.389
LAMBAYEQUE	7.681	7.747	7.813	7.877
LIMA	172.838	175.622	178.347	181.094
LORETO	19.174	19.387	19.580	19.791
MADRE DE DIOS	1.766	1.791	1.825	1.859
MOLLEQUE	3.974	4.017	4.058	4.102
PASCO	5.387	5.437	5.477	5.518
PIURA	6.780	6.837	6.890	6.948
PUNO	16.664	16.816	16.971	17.130
SAN MARTÍN	6.201	6.290	6.378	6.466
TACNA	2.584	2.628	2.663	2.698
TUMBES	1.402	1.422	1.441	1.460
UCAYALI	6.368	6.508	6.588	6.668
TOTAL	621.888	626.902	632.052	637.130



Bienes y servicios provistos a la población organizacional y mecanismos de coordinación



Caracterización y cuantificación de los bienes y/o servicios provistos a la población atendida y que se tiene previsto atender

Producto		2013	2013	2013	2014	2015
		Meta Ejecutada	Meta Programada	% de Ejecución	Proyección	Proyección
Producto 1	Atención de llamadas de emergencias "906"	1,001,688	18,568,738	11	12,451,407	19,399,243
Producto 2	Atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil SAMU	163,353	425,380	67	483,192	586,643
Producto 3	Coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (producción financiera)	10,480	57,256	53	65,037	78,961
Producto 4	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico "SVB"	29,570	18,361	77	43,575	52,904
Producto 5	Atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital avanzado "SVA"	1,101	18,894	22	21,462	26,057
Producto 6	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes estables (no críticos)	20,820	23,732	88	16,957	32,729
Producto 7	Transporte asistido (no emergencia) de pacientes críticos	7,151	6,259	114	7,110	8,632
Producto 8	Atención médica de la emergencia o urgencia	238,448	1,349,557	18	1,532,970	1,861,179
Producto 9	Atención quirúrgica de la emergencia o urgencia	57632	436,377	13	495,684	601,809
Producto 10	Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III o IV) en módulos hospitalarios diferenciados autorizados	ND	ND	ND	ND	ND
Producto 11	Atención de urgencias (prioridad III o IV) en módulos de atención ambulatoria	ND	ND	ND	ND	ND
Producto 12	Monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa	290	64	453	13	88



PRESUPUESTO Y RESULTADOS



Tabla N° 19 Implementación del Programa en Regiones

La implementación del SAMU en Regiones ha sido propuesta por el MINSA de la siguiente manera:

2013	2014	2015
<ul style="list-style-type: none"> • Amazonas • Ancash • Ayacucho • Huancavelica • Huánuco • Junín • La Libertad • Loreto • Tacna • Lima • Callao * 	<ul style="list-style-type: none"> • Cajamarca • Cusco • Lambayeque • Madre De Dios • Piura 	<ul style="list-style-type: none"> • Apurímac • Arequipa • Cerro de Pasco • Ica • Puno • San Martín • Tumbes • Ucayali



Tabla N° 22. GASTO TOTAL DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA

(en S/.)

AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2012				
2013	195,651,347.00	118,066,351.00	114,238,986.00	96.76%
2014*	144,623,013.00	149,649,649.00	16,892,419.00	11.29%

* Reporte del SIAF al 31 de enero del 2014



Tabla N° 24. GASTO TOTAL DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA POR DEPENDENCIAS
(en S/.)

AÑO	Dependencias / Direcciones / Áreas importantes	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2013	11 011 M DE SALUD	68,183,110.00	66,189,432.00	97.08%
	99 440 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS	2,602,527.00	2,601,570.00	99.96%
	99 441 GOBIERNO REGIONAL ANKASH	2,122,930.00	1,950,885.00	91.90%
	99 444 GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO	3,866,987.00	3,481,273.00	90.03%
	99 447 GOBIERNO REGIONAL HUANCAYELICA	2,223,978.00	2,205,781.00	99.18%
	99 448 GOBIERNO REGIONAL HUAMUCCO	3,011,840.00	2,998,639.00	99.56%
	99 450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	2,405,194.00	2,381,446.00	99.01%
	99 451 GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD	10,249,953.00	10,200,522.00	99.52%
	99 452 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE	2,354,873.00	1,516,113.00	64.38%
	99 453 GOBIERNO REGIONAL LORETO	2,374,823.00	2,370,299.00	99.81%
	99 460 GOBIERNO REGIONAL TACNA	3,889,099.00	3,845,618.00	98.88%
	99 463 GOBIERNO REGIONAL TUMBES	5,827,325.00	5,719,590.00	98.15%
	99 464 GOBIERNO REGIONAL TUCUMÁN	8,953,712.00	8,777,818.00	98.04%
	Nivel Gobierno	118,086,351.00	114,238,986.00	96.70%



Tabla N° 27. Gasto de Producción de los productos de la Intervención Pública Evaluada (2013-2014)

	2013		
	PIA	PIM	EJEC
3000001 ACCIONES COMUNES	0	0	0
3000280 ATENCION DE LLAMADAS DE EMERGENCIAS "106"	10,360,981	6,575,878	6,414,411
3000281 ATENCION MEDICA TELEFONICA DE LA EMERGENCIA Y DESPACHO DE LA UNIDAD MOVIL SAMU	11,831,537	7,856,143	7,778,268
3000282 COORDINACION Y SEGUIMIENTO DE LA ATENCION DE LAS EMERGENCIAS O URGENCIAS Y DE SU COBERTURA FINANCIERA (PROTECCION FINANCIERA)	2,216,650	1,941,076	1,935,133
3000283 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL BASICO "SVB"	17,597,062	15,278,008	15,240,566
3000284 ATENCION PREHOSPITALARIA MOVIL DE LA EMERGENCIA CON SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA"	2,659,749	4,022,769	3,304,253
3000285 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES ESTABLES (NO CRITICOS)	1,770,246	6,834,316	6,821,017
3000286 TRANSPORTE ASISTIDO (NO EMERGENCIA) DE PACIENTES CRITICOS	2,409,998	3,148,801	3,143,916
3000287 ATENCION MEDICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	16,039,685	26,242,857	25,568,466
3000288 ATENCION QUIRURGICA O DE TRAUMA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA	24,034,545	25,559,306	25,392,627
3000289 ATENCION AMBULATORIA DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS HOSPITALARIOS DIFERENCIADOS AUTORIZADOS	6,475,890	8,032,650	7,552,156
3000290 ATENCION DE URGENCIAS (PRIORIDAD III O IV) EN MODULOS DE ATENCION AMBULATORIA	391,734	350,338	350,326
3000291 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DE LA ATENCION DEL PROGRAMA	8,613,761	4,648,538	4,239,570
3000292 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN ATENCION PREHOSPITALARIA Y EMERGENCIA	316,547	552,388	532,249
0104 REDUCCION DE LA MORTALIDAD POR EMERGENCIAS Y URGENCIAS MEDICAS	104,818,385	111,043,068	108,272,959



Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago

Presupuesto total (PIA) al inicio del año, años 2013 y 2014

PIA PP104 - actividades y proyectos- 2013 -2014

REGION	PIA 2013	PIA 2014
AMAZONAS	2,610,427.00	2,793,560.00
ANCASH	89,870,231.00	3,938,518.00
AYACUCHO	4,171,258.00	7,182,723.00
HUANCAVELICA	2,223,978.00	1,198,355.00
HUÁNUCO	4,348,125.00	3,904,548.00
JUNIN	2,458,476.00	1,447,282.00
LA LIBERTAD	2,340,566.00	12,884,701.00
LAMBAYEQUE	2,764,152.00	3,282,820.00
LORETO	2,500,342.00	1,929,868.00
TACNA	4,153,152.00	3,133,692.00
LIMA	63,041,733.00	85,385,600.00
CALLAO	15,168,907.00	13,689,777.00
CAJAMARCA		32,875.00
CUSCO		1,752,557.00
MADRE DE DIOS		329,577.00
PIURA		1,736,560.00
TOTAL	195,651,347.00	144,623,013.00

(*) En Lima se considera lo asignado al Pliego MINSA y al Gob. Reg. De Lima



Criterios de asignación, transferencia de recursos y/o modalidad de pago

Presupuesto (PIA) – sólo actividades, al inicio del año, años 2013 y 2014

PIA PP104 - solo actividades - 2013 -2014

REGION	PIA 2013	PIA 2014
AMAZONAS	2,610,427	2,793,560
ANCASH	2,124,343	3,938,518
AYACUCHO	4,171,258	7,182,723
CAJAMARCA		32,875
CUSCO		1,752,557
HUANCAVELICA	2,223,978	1,198,355
HUANUCO	4,348,125	3,904,548
JUNIN	2,458,476	1,447,282
LA LIBERTAD	2,340,566	3,817,211
LAMBAYEQUE		3,282,820
LORETO	2,500,342	1,929,868
MADRE DE DIOS		329,577
PIURA		1,736,560
TACNA	4,153,152	3,133,692
LIMA	62,718,811	83,078,007
CALLAO	15,168,907	13,689,777
TOTAL	82,040,870	133,247,930

(*) En Lima se considera lo asignado al Pliego MINSA y al Gob. Reg. De Lima



PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado
Gasto total de la intervención pública evaluada

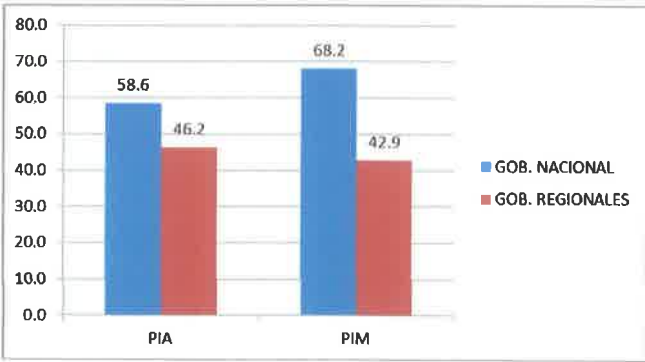
(en S/.)

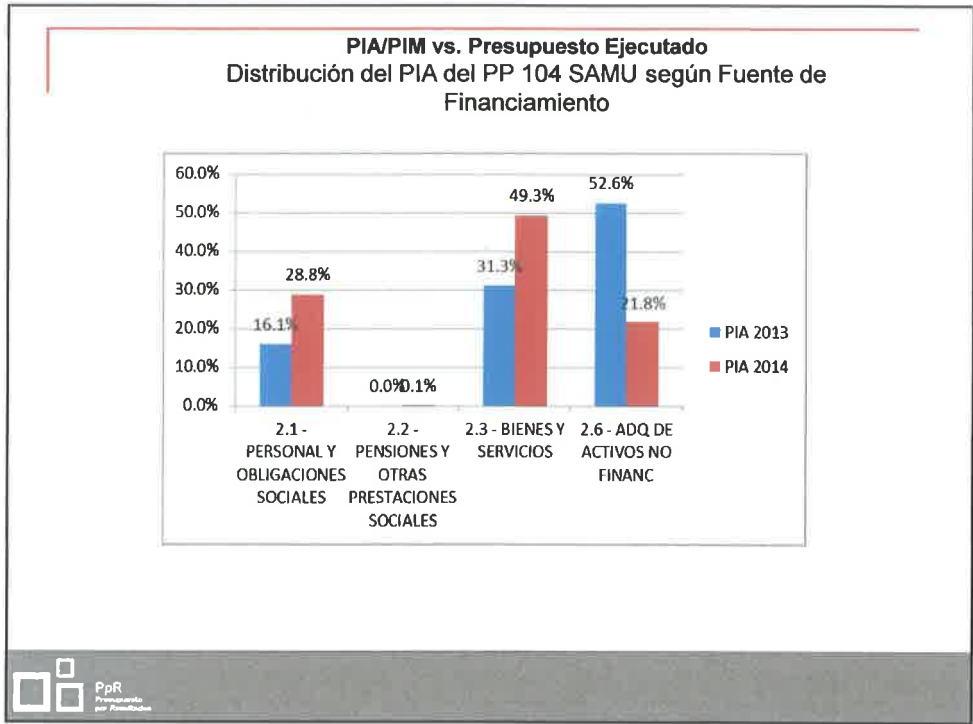
AÑO	Presupuesto Inicial de Apertura (PIA)	Presupuesto Inicial Modificado (PIM)	Presupuesto Ejecutado (PE)	PE/PIM
2012				
2013	195,651,347	118,066,351	114,238,986	96.8%
2014*	144,623,013	224,863,505	190,138,987	84.6%

* Reporte del SIAF al 31 de diciembre del 2014



PIA/PIM vs. Presupuesto Ejecutado
PIA y PIM 2013 - PP 104 SAMU (sólo actividades) por Niveles de Gobierno





TEMAS DE EVALUACIÓN

PpR
Presupuesto por Resultados



RESUMEN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- **Diagnóstico de la situación inicial**
 - Una limitante importante del programa es la falta de medición de la cobertura en la atención de urgencias y emergencias. Y del impacto del programa. La implementación es gradual y la medición de resultados de impacto del programa es probable que se observe a largo plazo.
 - Es importante revisar y evaluar la necesidad de incluir algunos productos y actividades en el contexto de los componentes esenciales de un servicio de atención de emergencias y urgencia
 - Los componentes mínimos de un sistema de servicio de atención de emergencias incluyen:
 1. Flota de vehículos. Estructura de vehículos disponibles y su equipamiento.
 2. Personal Calificado. Recursos humanos y entrenamiento.
 3. Sistema de Comunicación. Sistema que integra la atención, a través de centro regulador. Infraestructura, sistema de Información y comunicación.



Diagnóstico de la situación inicial

- Productos directamente relacionados con la IPE son: atención de llamadas de emergencias, atención médica telefónica de la emergencia y despacho de la unidad móvil, coordinación y seguimiento de la atención de las emergencias o urgencias y de su cobertura financiera (protección financiera), atención pre-hospitalaria móvil de la emergencia con soporte vital básico y avanzado. Además de los productos como el monitoreo, supervisión, evaluación y control de la atención del programa y el desarrollo de normas y guías técnicas en atención pre-hospitalaria y emergencia.
- Los productos 5 y 6 del Anexo 2 del 2014 (traslado de pacientes -no emergencias-) no contribuyen directamente en el logro del objetivo y pueden distorsionar el cumplimiento de metas.
- Los productos 7 y 8 (Atención Médica / Quirúrgica o de Trauma de la Emergencia y Urgencia) incluyen actividades que no tienen relación directa con el logro del objetivo del programa.



➤ **Diseño de la Intervención: Lógica vertical del marco lógico**

"Sobre uso de los servicios de emergencia"

- Existe evidencia que éste ocasiona sobrecarga y la falta de disponibilidad para atender las emergencias y urgencias.
- Sin embargo, las causas y por tanto las soluciones de este problema son diversas, complejas y requieren intervenciones sectoriales y multisectoriales que están fuera del alcance de las acciones del propio PP SAMU.

Respuesta al tratamiento definitivo de la emergencia

- Para ser coherente con Marco Lógico y Resultado Especifico se debe priorizar el reforzamiento y mejora de la capacidad resolutive de red de servicios de las emergencias y urgencias, en las patologías con evidencia (TEC, IMA, ACV).

Agrupar algunos de los productos del PP SAMU

- Analizar la posibilidad de agrupar los productos del PP SAMU dependiendo del nivel de atención: por ejemplo: "atención pre-hospitalaria"; "atención hospitalaria", "transporte asistido", "atención de las urgencias y emergencias"
- Igualmente, se debería preguntar si es pertinente reducir el número de actividades por cada producto.



➤ **Diseño de la Intervención: Lógica vertical del marco lógico**

Pertinencia de las actividades diseñadas para el logro de los componentes

- En Producto: P7. ATENCIÓN MÉDICA DE LAS EMERGENCIA O URGENCIA; y P8. ATENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA EMERGENCIA O URGENCIA, considerando que las patologías documentadas con evidencia, en su relación: periodo de tiempo entre la emergencia y su atención vs sobrevida y el pronóstico, son principalmente tres (TEC ACV e infarto de miocardio). Evaluar si es conveniente acotar la atención del SAMU a aquellas patologías en que la evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad o utilizarlas como elementos a trazar para evaluar el programa.



➤ **Lógica horizontal del marco lógico**

- La matriz de indicadores se obtiene de diferentes fuentes, CEPLAN, ENDES, ENAHO, Base de datos e informes del SAMU y registro hospitalarios.
- 1. No existe información basal de los indicadores.
- 2. Varios indicadores podrían no ser adecuados para medir apropiadamente los diferentes componentes y generar vacíos.
- 3. La fuente de información y la validez de los indicadores no es apropiadamente descrita. Ejemplo: los registros hospitalarios.
- 4. Incluir en diseño un grupo de enfermedades trazadoras que dependen de tiempo de atención pre-hospitalaria. Proponemos las siguientes:
 - Traumatismo Encéfalo-Craneano (TEC)
 - Infarto agudo de miocardio (IMA)
 - Accidente cerebro-vascular (ACV)



**PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN
DE LA
INTERVENCIÓN PÚBLICA EVALUADA**



Estructura Organizacional en Regiones

- A nivel de la Región Amazonas, el SAMU está organizado a través de una Coordinación Regional del SAMU, que depende directamente de la Dirección de Servicios de Salud, que pertenece a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Amazonas
- En La Libertad:



Estructura Organizacional en Regiones

- A consideración de los coordinadores de los SAMU Regionales visitados, la ubicación actual del Programa Regional de SAMU dentro de la organización de la DIRESA/GERESA es pertinente a las funciones que realiza; sin embargo hay consenso que en relación a la gestión, sin embargo, la dependencia de diferentes niveles, ocasiona demoras administrativas, y no permite una rápida capacidad de respuesta ante situaciones de emergencias mayores



Focalización

- Según lo recogido en regiones visitadas, se ha considerado en una primera fase, focalizar las acciones en la zona urbana de las provincias donde se encuentra la capital regional.
- Aún así, la cobertura es parcial, debido a los recursos insuficientes para la APH



Evaluación del proceso de obtención y entrega de los bienes y/o servicios

- En las regiones visitadas, los presupuestos aprobados son insuficientes para el cumplimiento de metas y para cubrir con los gastos en recursos humanos y logísticos, en ninguno se tiene certeza sobre poder cubrir los gastos hasta fin de año.
- En ambas regiones: central telefónica y la Línea 106 (número enmascarado)
- En Trujillo: no se cuenta con Médico Supervisor, ni con operador . Año 2013 se inició en Set. con personal para 3 ambulancias (24 h), luego en 2014 se redujo a 1. Se tenía al inicio ambulancias prestadas por Hospitales. Luego se adquirió 1 ambulancia equipada
- En Amazonas: se cuenta con Dos ambulancias, una rural y otra urbana, ambas de tipo II prestadas por Hospitales.



Evaluación del proceso de obtención y entrega de los bienes y/o servicios

- En Amazonas: El personal recibió al inicio del programa dos capacitaciones del SAMU Central soporte vital básico, avanzado y sobre las operaciones del SAMU. En estos seis meses rotación: Doce personas nuevas se han integrado que No han recibido capacitación formal, sólo replicas del personal que recibió la capacitación inicial.
- En Trujillo: Ambulancia tipo II completamente equipada según norma técnica y otra tipo I rural en préstamo por Hosp. Belén (sin equipamiento). En 2013 tenían tres ambulancias prestadas pero dos se devolvieron en 2014 por falta de recursos Humanos. Calificación del personal: Los Médicos Reguladores: si tiene capacitación, al igual que el Despachador. Médico Supervisor en 2013: si había recibido capacitación, pero se perdió este recurso por limitación de presupuesto.



Principales dificultades que limitan la provisión de servicios del SAMU

- En Amazonas: falta de convenios con otras instituciones como los Bomberos. Ambulancias que son prestadas. Falta de coordinación entre el componente pre-hospitalario y hospitalario. Falta de capacitación continua del personal. Sistema de referencia y CR también ahora es parte de las actividades del SAMU. Falta en la delimitación del alcance del programas, de las funciones y de las responsabilidades
- Compartido: la pobre difusión del programa SAMU y número 106 a la población. Presupuesto insuficiente para RRHH, productos e insumos
- Los criterios para definir la población y estimar las metas en cada región no han sido claros. Aunque puede resultar difícil estimar la población que requiere de la atención de emergencias, una alternativa plausible es buscar otras fuentes. (Ej. atenciones en emergencias, estudio de línea de base, etc).
- El tamaño de la población, la situación geográfica, la accesibilidad debe ser considerada en la implementación del SAMU en cada región. Adecuar el SAMU a las características propias de cada localidad y región.



Funciones y actividades de seguimiento y evaluación

- Compartido: Existen reportes periódicos (trimestrales) pero no propiamente un sistema de Monitoreo y Evaluación.
- Se utilizan Formatos y hojas de trabajo que son monitorizados por C. regulador. Seguimiento de caso atendido se realiza solo si fue atendido o falleció.
- No cuentan con software de seguimiento.



Limitaciones en el proceso de implementación de PP104 SAMU

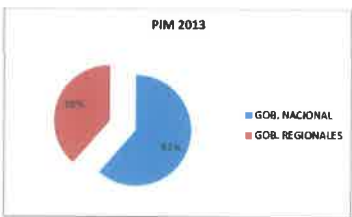
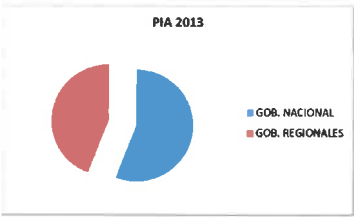
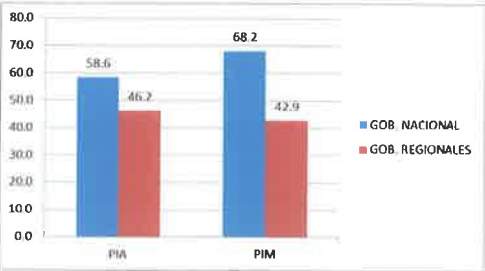
- Movilización de nivel de dependencia: Desde su creación el PP104 SAMU ha pasado por varias dependencias (en el lapso de menos de 3 años), siendo inicialmente adscrito a la Oficina de Defensa Nacional, luego a la Dirección de Atención de las personas de MINSA y hace unos meses es adscrito al nuevo Instituto de Gestión de Servicios de Salud (creado por DL 1167 el 7-12-13).
- Esta situación ha generado periodos de inactividad e incapacidad de ejecutar el presupuesto asignado y de cumplir con las actividades programadas de asistencia técnica a las regiones.
- Consideramos que en esta nueva ubicación debe fortalecerse su rol de asistencia técnica a las regiones para culminar con la implementación de los SAMU regionales (centro regulador y red de ambulancias) y establecer niveles de coordinación e integración con los servicios de emergencia de Lima Metropolitana, para clarificar su rol principal de Atención Pre hospitalario.



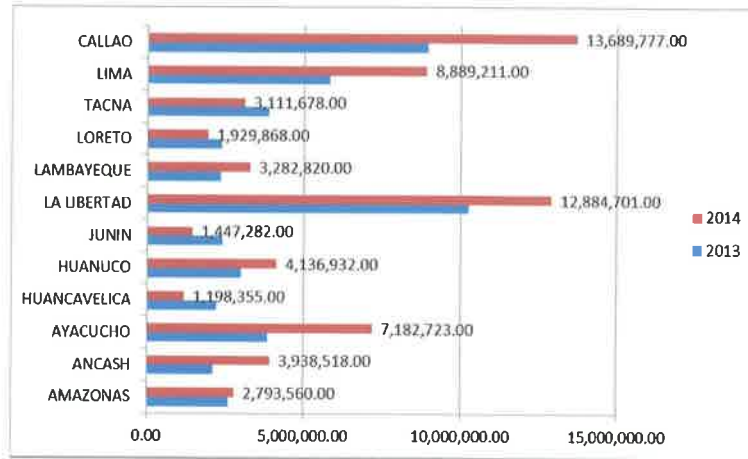
PRESUPUESTO Y RESULTADOS



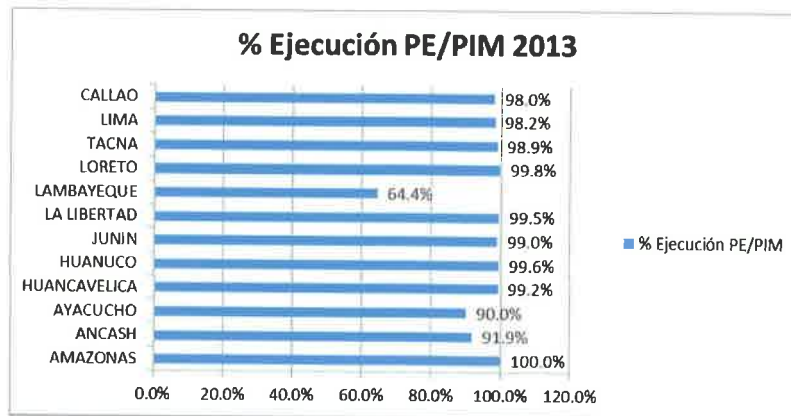
PIA y PIM 2013 - PP 104 SAMU (sólo actividades) por Niveles de Gobierno (en millones)



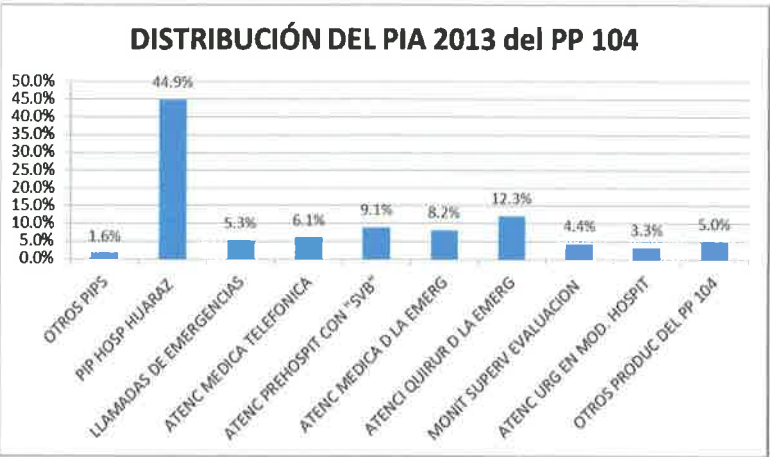
PIM 2013-2014 - PP 104 SAMU por Regiones



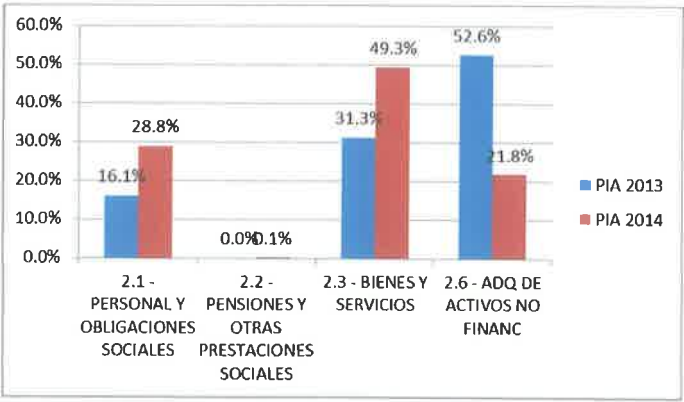
Porcentaje de Ejecución PE/PIM 2013 - PP 104 SAMU por Regiones

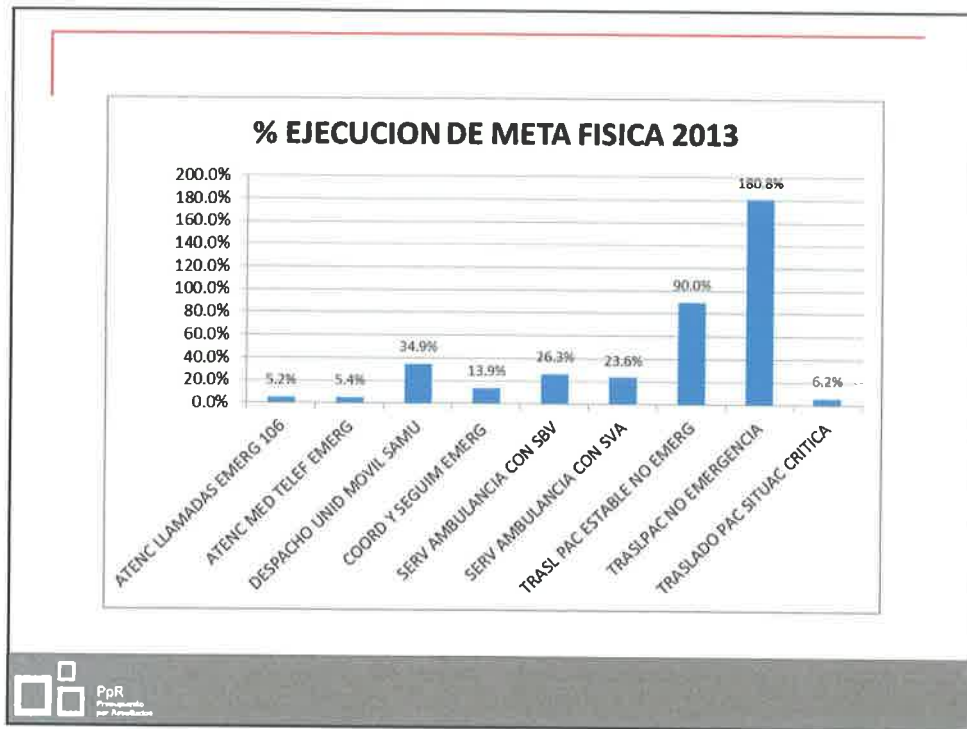


Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Productos y proyectos



Distribución del PIA del PP 104 SAMU según Fuente de Financiamiento





Monto y Mes de Ejecución del PIM del PP 104 – año 2013



**PRINCIPALES PROBLEMAS,
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES
(Diseño)**



Problema 1: La Intervención Pública Evaluada (PP 104 SAMU) plantea una propuesta de intervención muy amplia y no focaliza sus acciones.

Conclusión y Recomendación: El PP 104 SAMU plantea un Marco Lógico con una propuesta de productos demasiado amplia y no focaliza sus intervenciones en componentes relacionados con el logro del resultado específico, lo que reduce sus posibilidades de alcanzar resultados. Se recomienda priorizar la intervención del PP 104 SAMU en productos relacionados a los componentes claves relacionados con el logro del Resultado específico: Atención pre-hospitalaria que comprende 3 componentes claves (Centro Regulador operativo, Transporte Asistido implementado y Atención hospitalaria). Para considerar como Transporte asistido implementado debe cumplir con requerimiento de ambulancias equipadas y con personal de Atención Pre-Hospitalaria (APH). La Atención hospitalaria debe de priorizar la capacidad resolutive para accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y atención de Trauma (TEC).



Problema 2: El PP 104 SAMU considera productos no relacionados directamente al objetivo del programa.

Conclusión y Recomendación: Los productos 5 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes estables - no críticos) y 6 (transporte asistido - no emergencias - de pacientes críticos) del Anexo 2 del 2014 no contribuyen directamente en el logro del objetivo. Se recomienda que los productos 5 y 6 del PP 104, sean retirados del Programa, o en su defecto ser considerados en una segunda etapa, cuando se tenga fortalecida la red de ambulancias del SAMU. En los productos 7 y 8 se recomienda priorizar la atención hospitalaria del SAMU en mejorar la capacidad resolutive para resolver de manera adecuada aquellas patologías en que la evidencia sustenta que su pronta atención reduce la mortalidad o discapacidad: Accidente cerebrovascular, Infarto de miocardio y atención de Trauma, (TEC). Recomendamos que del listado de actividades deban quedar estas tres patologías mencionadas en el párrafo precedente.



Problema 3: Inclusión de Productos que contribuyen al logro de objetivo, pero no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU

Conclusión y Recomendación: La IPE incluye productos 9 y 10: Atención ambulatoria de urgencias (prioridad III y IV) en Módulos Hospitalarios Diferenciados autorizados, y Atención ambulatoria de Urgencias (Prioridad III o IV) en Módulos de Atención ambulatoria, los cuales no dependen directamente de la capacidad de gestión de la Gerencia de SAMU. Se recomienda mejorar la coordinación con cada Unidad Ejecutora en la fase de programación para determinar las metas a ser incluidas (teniendo en cuenta la creación de los módulos hospitalarios y módulos de atención ambulatoria).



PRINCIPALES PROBLEMAS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES (Implementación)



Problema 1: La estructura organizacional para la atención pre-hospitalaria varía en las regiones. Se observó alta rotación de personal y asignación de múltiples funciones al coordinador.

Conclusión y Recomendación: La estructura organizacional de la atención pre-hospitalaria no está claramente definida. En las regiones evaluadas está en un cuarto nivel jerárquico, considerando el primero al Director o Gerente Regional de Salud. Esta posición de dependencia limita las acciones, porque debe pasar por tres niveles burocráticos para canalizar cualquier acción, considerando que es un programa que debe responder a emergencias. Lo más viable y que se recomienda es poder subir al menos un nivel jerárquico en su ubicación en el organigrama de la DIRESA o GERESA.



Problema 2: Limitada articulación con otras instituciones que cuentan con atención pre-hospitalaria a nivel nacional y regional.

Conclusión y Recomendación: Las acciones de coordinación con otros sectores o subsectores que atienden emergencias, y sobre todo en la atención pre-hospitalaria (Ej. ESSALUD, Sanidades FFAA y PNP, Bomberos, Privados) han sido escasas. Fortalecer el trabajo del Consejo Directivo Nacional (MINSA, ESSALUD, M. Defensa, M. Interior, Bomberos, AN Gobiernos Regionales, AN Municipalidades) para articular las acciones y establecer Directivas conjuntas.



Problema 3: Limitada información sobre la infraestructura o capacidad real del sistema de salud para la atención de emergencias y urgencias.

Conclusión y Recomendación: Se requiere un mejor diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud, de las condiciones de su infraestructura, su nivel de equipamiento, de la disponibilidad de personal, y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. Ausencia de un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias. Se recomienda desarrollar un diagnóstico de las áreas de emergencias y urgencias del sistema de salud (infraestructura, equipamiento, disponibilidad de personal), y en general de su capacidad para la atención de emergencias y urgencias. Desarrollar, un Plan Maestro de fortalecimiento de los servicios de emergencias y urgencias a nivel nacional, articulado con una Plan Multianual de Inversiones que permita ir cerrando las brechas de modo progresivo y realista con la disponibilidad de recursos.



Problema 4: Dificultades en la contratación de personal con competencias para la atención pre-hospitalaria.

Conclusión y Recomendación: La implementación del SAMU requiere profesionales capacitados, con formación en programas acreditados (BLS y ALS). Recomendamos realizar capacitación continua y establecer mecanismos de acreditación. Se sugiere que el SAMU Nacional, pueda establecer convenios con entidades formadoras de profesionales de salud, con los cuales se puedan brindar esta formación y capacitación especializada, y que pudiera ser a su vez fuente de recursos profesionales que pueden luego integrarse al SAMU.



Problema 5: Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU es inexistente y las acciones de seguimiento y evaluación son insuficientes.

Conclusión y Recomendación: No existe un seguimiento adecuado de los casos referidos a los servicios de emergencias. Seguimiento de caso atendido solo registra si fue atendido o falleció. Existen formatos y hojas de reporte, pero no se cuenta con un sistema de seguimiento operando como tal. Solo existen formatos de seguimiento de uso de recursos. No cuentan con software de seguimiento en Regiones. En SAMU Lima existe una aplicación en Excel donde se ingresan datos estadísticos e información de los reportes de producción de regiones. El Programa Nacional SAMU es monitorizado por Equipo SAMU Nacional utilizando la información generada por herramientas generales. Se recomienda fortalecer y consolidar Sistema de Monitoreo y Evaluación del PP 104 SAMU. En particular de los casos referidos a los servicios de emergencias. Desarrollo de un software de seguimiento para Lima y las Regiones. Este software debe tener los principales datos estadísticos y de producción de los establecimientos a nivel nacional, que permita monitorizar el logro de metas físicas.



PpR
Peru
República

Problema 6: La población en general desconoce de los servicios del SAMU y el número 106.

Conclusión y Recomendación: La Población desconoce el número 106 y el SAMU aún no es reconocido como servicio. Desarrollar una Estrategia comunicacional a nivel de las regiones donde ya se ha implementado el SAMU, y posteriormente a nivel nacional, cuando se culmine su implementación en todas las regiones. Se buscará que la población conozca de los servicios que brinda el SAMU y posicionar al 106 a nivel de la población. Desarrollar complementariamente una Estrategia comunicacional a nivel de los propios servicios de salud que brindan atención de emergencias y urgencias.



PpR
Peru
República



**PRINCIPALES PROBLEMAS,
CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES
(Presupuesto y Resultados)**



Problema 1: Regiones con Presupuesto asignado a PP 104 SAMU a actividades dispersas sin priorizar productos y actividades clave del PP SAMU.

Conclusión y Recomendación: Regiones como Ancash, Loreto, Tacna, Huánuco, Ayacucho y Huancavelica tienen asignado Presupuesto al PP 104 SAMU, pero que no tienen aún Centro regulador implementado, Unidad de APH implementada con ambulancias equipadas y personal calificado; por lo que en estas Regiones no puede considerarse como programa SAMU efectivamente implementado. Recomendamos la implementación efectiva de Programa SAMU debe considerar Centro Regulador implementado, Unidad de Transporte Móvil para APH equipada y con personal calificado, como requerimiento mínimo.



Problema 2: Problema de sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU considerando que existen diversos pacientes asegurados por otras IAFAs que a través de ésta pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada.

Conclusión y Recomendación: La sostenibilidad de la Atención Pre-Hospitalaria del SAMU podría mejorarse, considerando que existen diversos pacientes asegurados por IAFAs que pueden cubrir la prestación pre-hospitalaria brindada. Un factor clave para la sostenibilidad de la atención pre-hospitalaria del SAMU es garantizar el presupuesto para cubrir las remuneraciones del personal de salud a cargo de esta actividad. Recomendamos que SAMU Nacional culmine el estudio sobre la estructura de costos de los servicios de SAMU (especialmente la atención pre hospitalaria), y en base a éste, establezca una Directivas sobre el cálculo de los costos de atención y para la recuperación financiera por prestaciones que se brinden a los usuarios de SOAT, ESSALUD, Seguros privados y Seguros público (SIS). Se debe hacer un balance del patrimonio de ambulancias y equipos adquiridos recientemente para así determinar la brecha actual.



Problema 3: Demora en ejecución presupuestal del PP 104 SAMU.

Conclusión y Recomendación: El 42% de la ejecución del Presupuesto del PP 104 del año 2013 se ha realizado el último trimestre y en particular en el mes de diciembre. Se recomienda mejorar la programación de la ejecución de los recursos, y su oportunidad, en tanto ésta se ha realizado en 42% en el último trimestre.



Problema 4: Diferencias importantes entre Población calculada para las metas de atenciones y las metas físicas alcanzadas.

Conclusión y Recomendación: Población calculada para las metas de atenciones (llamadas de emergencias médicas 106 y Atención médica telefónica de la emergencia, y en Despacho de la unidad móvil SAMU) difiere significativamente con las metas físicas alcanzadas. Recomendamos considerar el uso de datos epidemiológicos de las emergencias para determinar de forma más precisa la población objetivo y la programación de las metas físicas de atención del SAMU. También, considerar la programación en función a los ratios de disponibilidad de recursos (ambulancias y personal) para la atención pre-Hospitalaria. Ej. Número de ambulancias/población objetivo.



PpR
Peruana de
Población y
Reproducción

Problema 5: Bajo porcentaje de ejecución en la meta física de los principales productos y actividades del PP 104.

Conclusión y Recomendación: Se evidencia bajo porcentaje de ejecución en la meta física de las principales actividades del PP 104 como Atención de llamadas de emergencias médicas 106 (5,6%) y Atención médica telefónica de la emergencia (5.4%), Servicio de ambulancia con Soporte Vital Básico (SBV) y Soporte Vital Avanzado (SBA) para la atención pre hospitalaria de la emergencia. Por el contrario, llama la atención que las actividades de Servicio de traslado de pacientes en situación de no emergencia, presenten porcentajes de ejecución de metas altos e incluso mayores a lo programado, que no son la razón principal del PP 104 SAMU. Se recomienda mejorar la programación de metas físicas, realizando una buena evaluación del nivel de logro de las metas físicas de cada producto, y sincerarlas en la siguiente programación y formulación presupuestal.. Generar un plan de asistencia técnica del SAMU Nacional a regiones durante programación y formulación presupuestal.



PpR
Peruana de
Población y
Reproducción



Problema 6: Limitaciones en disponibilidad de recursos para ambulancias especialmente asignadas a los SAMU Regionales.

Conclusión y Recomendación: Las regiones han venido asignando presupuesto y adquiriendo ambulancias para los establecimientos de salud de su jurisdicción, y también pudieran priorizar ambulancias específicamente para SAMU. Recomendamos coordinación con DIRESAs y Gobiernos Regionales para priorizar la asignación de presupuesto y adquisición de ambulancias para los SAMU Regionales.



PpR
Presupuesto
por Resultados

Problema 7: Inexistente priorización y asignación presupuestal en las acciones centrales del SAMU, y débil articulación entre las mismas.

Conclusión y Recomendación: No se está priorizando la programación en los tres componentes claves: Centro Regulador, atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria. Recomendamos que SAMU Nacional debe generar compromisos con los GR para que prioricen los tres componentes claves: Centro Regulador, Atención pre-hospitalaria, y la atención hospitalaria, en la formulación presupuestal.



PpR
Presupuesto
por Resultados



Gracias



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Unidad de Consultoría y Asesoría de Proyectos
Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro
Teléfono: 626-9400 anexo 1120

