



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**INFORME DE DESEMPEÑO AL II  
SEMESTRE 2009 DEL  
PLAN ESTRATÉGICO  
SECTORIAL MULTIANUAL  
DEL SECTOR SALUD**

**SEPT-OCT 2010**

## **I. PRESENTACIÓN**

El Ministerio de Salud como órgano del Poder Ejecutivo de conformidad a las normas emitidas por el Ministerio de Economía y Finanzas, elaboró el Plan Estratégico Sectorial Multianual para el período 2008 – 2011 el mismo que se enmarca en los Lineamientos de Política del Sector Salud 2007-2020 del Plan Nacional Concertado de Salud, que delinea la estrategia a seguir hasta el 2020

El Plan Estratégico Sectorial Multianual 2008-2011, se basó para su elaboración en las directivas emitidas por el Ministerio de Economía y Finanzas recogiendo el conjunto de propuestas de acción de las instituciones que conforman el sector público de salud A nivel central empezando por el Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, convertida ahora en la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

La Evaluación se centra en reportar los avances en la consecución de los objetivos estratégicos, y para ello se vale de un conjunto de indicadores que permiten medir el avance hacia el logro de los objetivos estratégicos.

Normalmente los indicadores en salud que miden de manera más directa los objetivos estratégicos son los indicadores de primer nivel. Por ejemplo, los objetivos estratégicos prioritarios como la reducción de la mortalidad materna o la mortalidad infantil o la desnutrición crónica en menores de 5 años se miden con indicadores de primer nivel, es decir: las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y la prevalencia de desnutrición en menores de cinco años.

Existen indicadores de segundo tercer y cuarto nivel que permiten medir indirectamente el avance hacia el logro de los objetivos estratégicos proporcionando indicios de que se está en curso, en el camino correcto para lograr los resultados o que nos indican que debemos reforzar o corregir rumbos para encaminar las acciones en dirección al logro de los objetivos estratégicos trazado.

Un indicador de segundo nivel es, por ejemplo: la proporción de partos institucionales, pues se sabe que la atención profesional del parto tiende a reducir significativamente el riesgo de muerte de la madre, de tercer nivel puede ser medir la proporción de mujeres que acceden a: atenciones prenatales que permiten anticipar riesgos y complicaciones en el parto, atención por personal calificado en el parto, atención post parto y de cuarto nivel proporción de mujeres que reciben los complementos como las vacunas anti tétano, el ácido fólico, sulfato ferroso, alimentación adecuada, entre otros.

En tal sentido poco importa medir las acciones, los productos o actividades salvo que nos indiquen que contribuyen directamente a mejorar los resultados intermedios, camino a lograr los objetivos estratégicos.

A fin de asegurar un alineamiento con el Plan Nacional Concertado de Salud 2007 – 2020, que es el documento de orientación más importante del sector, se ha optado por presentar los lineamientos y los objetivos de política del mencionado plan e inmediatamente presentar los Objetivos Estratégicos del PESEM 2008-2011 relacionados.

En la medida que el PESEM no sigue el mismo orden en que se presentan los lineamientos y objetivos en el Plan Nacional Concertado de Salud -PNCS se pone, en paréntesis, el orden en que cada Lineamiento aparece en PNCS.

La evaluación desarrolla en primer lugar la situación de los objetivos estratégicos del Pliego 11 que aparecen en letras color azul y luego los objetivos específicos. Seguidamente se evalúa el cumplimiento de los objetivos estratégicos de los organismos públicos adscritos al sector, relacionados al objetivo estratégico del Pliego 11.

## **II AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SECTORIALES**

### **Lineamiento de Política de Salud 2007-2020 (LPS-2007-2020)**

#### **1. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (2 en LPS2007-2020)**

***Objetivos Sanitarios Nacionales 2007-2020 relacionados con el Lineamiento de Política de Salud 2.***

Objetivo 4 Controlar las enfermedades transmisibles: Controlar la Tuberculosis, la infección por el virus del VIH-SIDA y la Malaria

Objetivo 5 Controlar las enfermedades transmisibles regionales: Controlar el Dengue, Leishmaniasis y enfermedad de Chagas

Objetivo 7 Controlar las enfermedades crónico degenerativas: Prevención y control de la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y enfermedades cardiovasculares

### **Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

1. Priorizar las intervenciones de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida saludables y entornos saludables ((Indicador: Incidencia de casos de TB pulmonar BK+) Pliego 11
2. Fortalecer las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables

## TUBERCULOSIS

<sup>1</sup>En el Perú cada hora cuatro a seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contrae la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina. El MINSA, hasta diciembre de 2008, había notificado 202 casos de TB extremadamente resistente (TB XDR), enfermedad producida por cepas mutantes que se han hecho resistentes a las drogas más efectivas para curar a la TB MDR como son: las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, levofloxacina o moxifloxacina) y una de las tres drogas inyectables de segunda línea (kanamicina, capreomicina o amikacina), lo que hace a estas cepas virtualmente incurables, transmisibles y altamente mortales. Para la OMS y el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC) un sólo caso de TB XDR y quienes estuvieron en contacto con él, deben ser manejados como una situación de emergencia sanitaria.

Si consideramos que cada persona que enferma de TB sin tratamiento efectivo, contagia el bacilo tuberculoso a entre 10 a 15 personas cada año, y que las cepas resistentes y extremadamente resistentes se transmiten de la misma manera que las cepas sensibles, las cifras de ciudadanos infectados por el bacilo tuberculoso resistente a drogas, pero que aún no han desarrollado la enfermedad activa en Perú, son alarmantes. Por todo ello se considera que el real diagnóstico de este escenario epidemiológico en el Perú, es el de una epidemia no controlada de TB MDR/XDR. Esta realidad nacional es la más grave en todo el continente americano, siendo sólo semejante a lo que sucede en países africanos, países pobres de Asia y las ex repúblicas socialistas soviéticas

La gravedad de la epidemia de TB MDR/XDR en Perú, se refleja en la aparición de casos primarios de TB XDR en niños, lo que denota transmisión activa y reciente de la enfermedad, ya que han sido contagiados por adultos dentro de sus domicilios. El control de la tuberculosis y sus formas resistentes, está lejos de lograrse en el Perú por factores asociados a la pobreza y la migración son problemas nacionales que condicionan el hacinamiento que no permite cumplir con la indicación efectiva de aislamiento del caso índice, produciéndose contagio y nuevos casos de TB y TB MDR/XDR dentro del grupo familiar. Estos pacientes circulan libremente y se movilizan utilizando el aglomerado servicio de transporte público, poniendo en riesgo a quienes comparten el mismo espacio reducido y no ventilado. Un estudio realizado en Lima Este encontró un riesgo de hasta 4 veces de contraer TB activa si se viaja en el transporte público tipo “combis”.

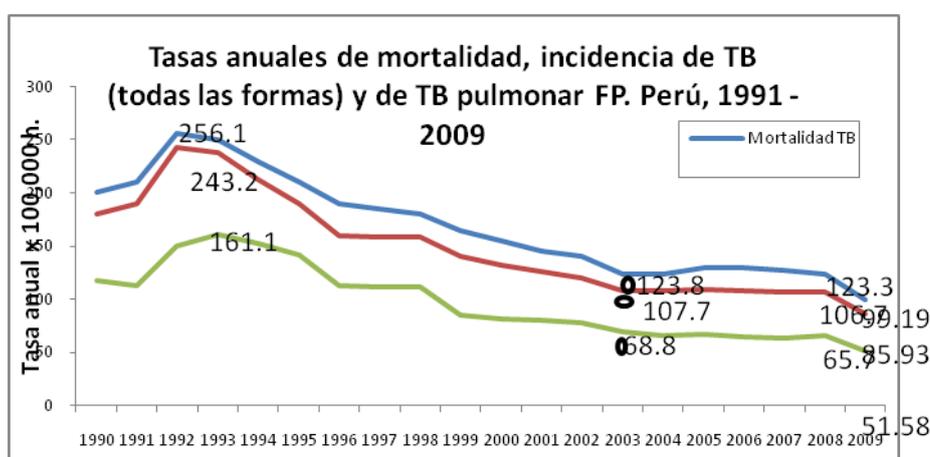
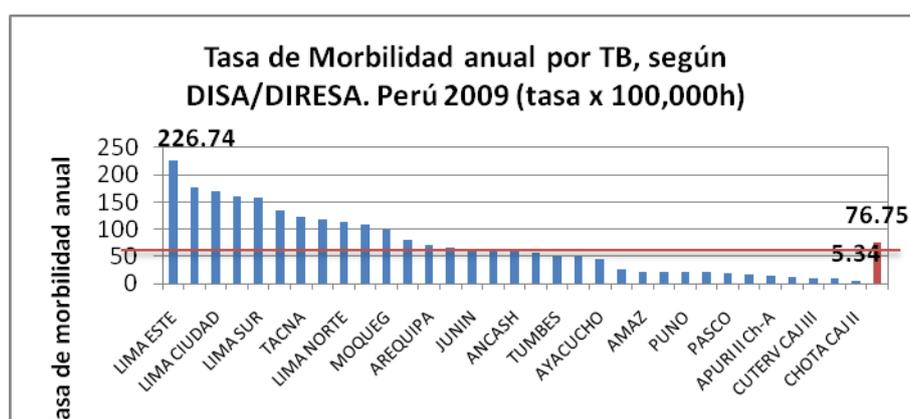
---

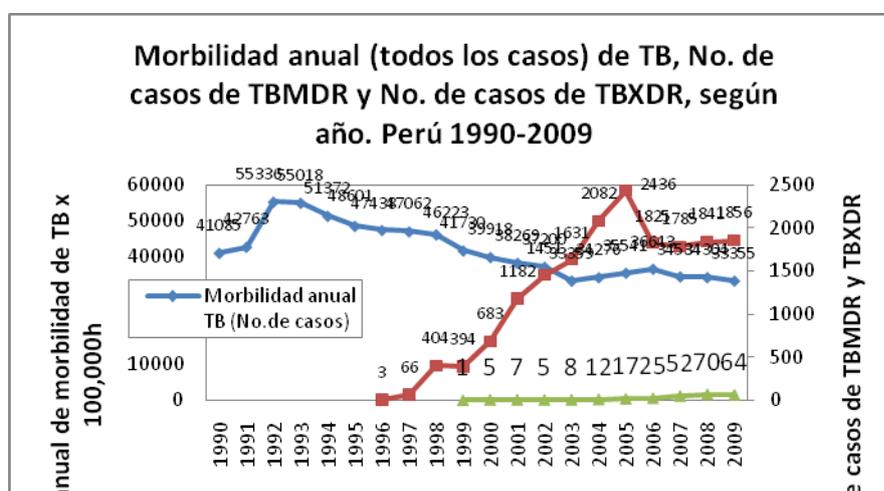
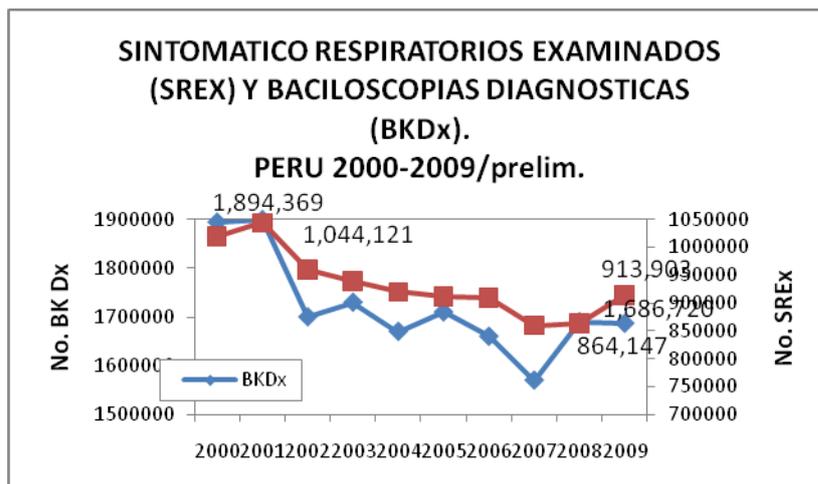
<sup>1</sup> Del Castillo, Hernán, Mendoza-Ticona, Alberto, Saravia, Juan Carlos *et al.* Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, jul./set. 2009, vol.26, no.3, p.380-386. ISSN 1726-4634. Este y los textos siguientes tomados de:

El primer nivel de atención, que actualmente es responsable del manejo de los pacientes con TB MDR y TB XDR, no tiene los recursos suficientes para tratar esta enfermedad tan compleja. A pesar de que la TB es una de las enfermedades más prevalentes e importantes para la salud pública en el Perú, no es una enfermedad de notificación obligatoria en el actual sistema de la Dirección General de Epidemiología del MINSA. Se presentan una serie de gráficos sobre la evolución y tendencias de la TBC.

Los expertos que sostienen que aún no se ha sido capaz de abordar el problema y tomar medidas efectivas para impedir que sigan ocurriendo casos de TB MDR y TB XDR. La población y las autoridades no están siendo informadas de la dimensión del costo en vidas que viene cobrando esta epidemia y el riesgo en el que se encuentra la ciudadanía al no prevenir este daño, ya que los pacientes con esta enfermedad continúan en sus domicilios contagiando a sus familiares y diseminando los bacilos tuberculosos resistentes en la comunidad. Se presenta una serie de gráficos que muestran la busca, evolución y tendencia de la TBC.

El Ministerio de Salud viene tomando medidas con el establecimiento de centros especializados en la detección y el tratamiento de los TBCMDR y TBCXMDR que estarán ubicados en las instalaciones de hospitales en los conos de Lima Metropolitana

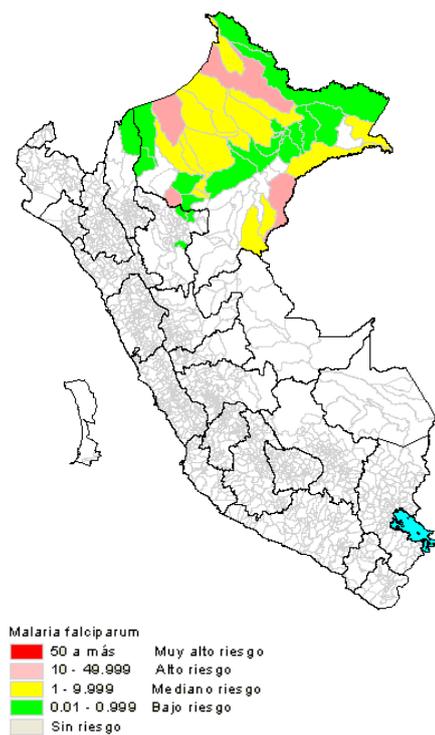
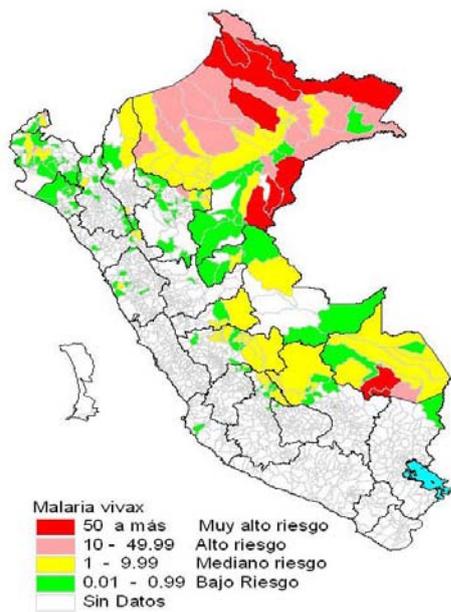




## MALARIA

La malaria en el Perú es endémica en algunas zonas de costa norte y la selva. El 75 % del territorio nacional es considerado como zona de riesgo en la que vive el 35% de la población. El 90% son casos de malaria por Plasmodium vivax. En los últimos 5 años a ocurrido 24 muertes por malaria por Plasmodium falciparum

Se tienen identificadas tres zonas de transmisión: La región costa norte, la región selva amazónica y la región selva central. En el 2008 los casos autóctonos de malaria fueron notificados de 26 Direcciones de Salud que incluye a 93 provincias y 307 distritos Solamente 62 distritos reportaron casos de malaria por Plasmodium falciparum)



Lo que muestra este cuadro es que hay una tendencia a la disminución de casos año a año

### Determinantes de transmisión de malaria

- El clima cálido y lluvias intensas que determinan la formación de criaderos y crecimiento de la vegetación.
- La vivienda sin protección.
- La alta tasa de migración en zonas de

transmisión y viceversa • Grandes extensiones de cultivo de arroz colindante o cercano a centros poblados. • Aspectos culturales de la población que es renuente de la población a adoptar medidas de protección personal.



Uno de los grandes problemas que viene generando el calentamiento del planeta es la proliferación de insectos transmisores de enfermedades como el dengue, la bartonelosis o la temida malaria. El cambio climático no es palpable y sus efectos son a mediano y largo plazo. El dengue y la malaria son enfermedades que se distribuyen en zonas tropicales y el zancudo que las transmite es más vulnerable al cambio climático. El calentamiento global irá aumentando en valles interandinos y los insectos ampliarán su ámbito de dispersión. En el norte del país el riego por inundación desperdicia agua y propicia la reproducción del mosquito transmisor de la malaria. Ante esta situación ha surgido una iniciativa que promueve una nueva forma de riego para los cultivos de arroz y que de paso, ha reducido la reproducción del zancudo transmisor de la malaria. Se trata del sistema de riego con secas intermitentes.

La iniciativa promueve el cambio de la forma de riego tradicional de los cultivos de arroz por inundación permanente de las pozas a un esquema con periodos de secas, el uso de semilla certificada, y la utilización racional de agroquímicos.

## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del año 2009 (al 02/01/2010) los servicios de salud del país han notificado 3'556 230 atenciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que no son neumonías en menores de 5 años, 3,7 % menos que el mismo periodo del 2008 y 8,8 % menos que el 2007, con una Incidencia Acumulada (IA) actual de 13 142,0 atenciones por cada 10 000 menores de 5 años. El valor notificado registrado en el canal endémico de las IRA en la SE 52 nos mantiene en zona de seguridad, cifra esperada (Fig. 1). En el periodo analizado del total de atenciones por IRA el 1,11 % representan episodios de neumonías.

FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2009 - MINSA – Dirección General de Epidemiología (DGE) – Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

Figura 1: Canal endémico de las IRA en menores de 5 años, por SE, Perú 2009 – SE 52

Hasta la SE 52, se registraron 39 495 episodios de neumonías en el Sistema de Vigilancia de la Dirección General de Epidemiología, 7,9 % menor para el mismo periodo del año 2008 y 14,4 % menos que en el 2007. La IA de las neumonías en el país es de 146,0 episodios por cada 10 000 niños menores de 5 años. La Razón de Neumonías/IRA a la SE 52-2009 es de 1/90, para el 2008 fue 1/86 y en el 2007 fue 1/85. El valor notificado de neumonías en la semana 52 nos ubica en la zona de seguridad en el canal endémico (Fig. 2). En la SE 52 el 40,8 % de las neumonías fueron neumonías graves (NGR) y las acumuladas en el año representan el 39,3 %.

Neumonías y defunciones en menores de 5 años por año. Perú, 2006 – 2009  
(Acumulado SE 01 a 52)

DEPARTAMENTOS	Neumonías				Defunciones			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Amazonas	1075	1026	898	851	3	11	8	8
Ancash	1452	1258	1282	1197	26	26	22	17
Apurímac	1351	1263	1117	875	5	5	11	10
Arequipa	2890	2509	2711	2364	14	15	17	15
Ayacucho	793	713	816	476	5	18	10	10
Cajamarca	2634	2428	2513	2315	49	35	27	23
Callao	1268	1308	1488	1333	4	2	0	0
Cusco	2679	2536	2035	1889	28	37	36	42
Huancavelica	1118	1037	1090	952	41	43	46	33
Huánuco	2820	2299	2302	1655	30	30	29	49
Ica	785	718	848	503	3	1	1	0
Junín	1632	1449	1606	1137	35	34	29	34
La Libertad	2250	1605	1538	1198	11	5	5	11
Lambayeque	1172	837	817	893	0	3	1	11
Lima	11144	11230	9993	886	4 68	56	28	26
Loreto	4400	4352	3105	4276	24	8	24	31
Madre de Dios	237	330	220	250	4	0	2	0
Moquegua	214	176	147	211	5	2	0	1
Pasco	935	967	903	743	10	18	10	16
Piura	3101	2698	2500	2234	18	22	14	12
Puno	2024	1948	1513	1664	80	63	84	91
San Martín	1159	1252	1129	1016	4	9	0	7
Tacna	293	276	159	162	0	0	0	0
Tumbes	129	200	221	177	1	2	3	2
Ucayali	2196	1717	1935	2260	7	16	7	15
<b>Perú</b>	<b>49751</b>	<b>46132</b>	<b>42886</b>	<b>39495</b>	<b>475</b>	<b>461</b>	<b>414</b>	<b>464</b>

Fuente: RENACE/Dirección General de Epidemiología - MINSA, 02/01/2010

El número de muertes acumuladas en menores de 5 años por neumonía entre la SE 1 y 52 del 2009 es de 464, la tasa de mortalidad por neumonía es 17,1 por cada 100 000 niños menores de 5 años. La distribución porcentual de estas defunciones es en un 55,8 % (259) fuera de los servicios de salud (extra-hospitalarias) y el 44,2 % (205) dentro de los servicios (intra-hospitalarias)

El número de neumonías en menores de 5 años entre la SE 1 y 52 (2009) se mantiene como el menor en los 4 años comparados. El número de defunciones notificadas en el acumulado 2009 es un 2,3 % menor que las defunciones notificadas el año 2006, un 0.7 % mayor que el año 2007 y un 12,1 % mayor que el 2008.

Defunciones por neumonía según etapa de vida Perú 2009 (Acumulado SE: 01 a 52)

Región	Niños menores de 5 años		Niños de 5 a 9		Adolescentes de 10 a 19		Adultos de 20 a 59		Adultos de 60 a más		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Amazonas	8	8	0	4	0	1	0	0	10	5	18	18
Ancash	22	17	0	1	0	1	1	5	8	5	31	29
Apurímac	11	10	0	0	0	0	2	1	14	7	27	18
Arequipa	17	15	0	0	2	2	17	26	59	76	95	119
Ayacucho	10	10	1	1	0	0	0	1	3	1	14	13
Cajamarca	27	23	0	0	0	2	0	0	0	0	27	25
Callao	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4	4	4
Cusco	36	42	0	0	2	1	3	6	33	17	74	66
Huancavelica	46	33	1	2	0	0	9	5	36	38	92	78
Huanuco	29	49	1	0	0	0	0	3	12	11	42	63
Ica	1	0	1	0	0	0	3	1	8	3	13	4
Junín	29	34	0	1	0	3	0	3	13	21	42	62
La Libertad	5	11	0	0	1	0	0	2	15	13	21	26
Lambayeque	1	11	0	1	0	0	0	0	0	0	1	12
Lima	28	26	0	1	3	3	7	15	39	65	77	110
Loreto	24	31	0	4	0	0	1	5	4	12	29	52
Madre de Dios	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1
Moquegua	0	1	0	0	0	1	3	3	6	10	9	15
Pasco	10	16	0	1	0	0	0	1	1	2	11	20
Piura	14	12	0	0	0	0	0	0	0	0	14	12
Puno	84	91	0	3	1	2	15	22	52	38	152	156
San Martín	0	7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	9
Tacna	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
Tumbes	3	2	0	0	0	0	0	0	1	1	4	3
Ucayali	7	15	0	0	0	0	0	1	1	0	8	16
PERÚ	414	464	4	19	9	17	62	102	319	331	808	933

## CHAGAS

En la última década existen algunas evidencias que hacen pensar que la enfermedad de chagas puede considerarse una enfermedad emergente en la Amazonía peruana, por las siguientes razones. En primer lugar, se han identificado focos de transmisión en zonas con

antecedentes de casos, como en Utcubamba en el valle interandino de Amazonas, la seroprevalencia promedio en menores de 15 años fue 5,8 % (0-23,5 %) en 724 menores y en Cutervo (Cajamarca) fue 4,8 % (1,44-26,6 %) en 664 menores. Estas tasas de seroprevalencia son cercanas al 30 % en Arequipa antes del inicio del programa de control<sup>7</sup>. En esta área el vector más importante es *Panstrongylus herreri*, que ha logrado domiciliarse.

En segundo lugar, se han identificado nuevos focos de transmisión activa en áreas que no eran consideradas áreas de transmisión, habiéndose reportado 8 casos agudos entre 2006 y 2009, de los cuales cinco pertenecen a la provincia de Datem del Marañón, niños (as) miembros de comunidades nativas, lo que sugiere que es una zona de transmisión activa, probablemente, asociado a vectores silvestres. En ninguna de estas áreas se han realizado intervenciones sanitarias para mejorar el diagnóstico, la prevención y el control de la enfermedad de Chagas. Los hallazgos fueron accidentales y en casi todos se sospechó en malaria.

Se ha planteado que la enfermedad de Chagas es una enfermedad emergente de importancia para la salud pública en los países Amazónicos, asociado a la deforestación selectiva por diferentes actividades y a la migración humana. En la Amazonía del Brasil se han documentado un incremento notable de casos agudos, la mayoría de ellos detectados en brotes por vía oral por consumo de jugo de frutas. Aunque no se han reportado ningún brote de la enfermedad de Chagas por transmisión oral en la Amazonía peruana; sin embargo, existe el riesgo de que ocurran. Por ello, la vigilancia de la enfermedad de Chagas debe priorizar la detección oportuna de los casos agudos, identificar áreas de alta transmisión “hotspot” a través de estudios de la magnitud de la infección humana, la incorporación de la enfermedad de Chagas dentro de la vigilancia del síndrome febril, distribución y monitoreo del comportamiento de los vectores, entrenamiento de los técnicos de laboratorio de malaria para el reconocimiento de *Trypanosoma cruzi*, caracterización de las cepas de *T. cruzi*, patrones de alimentación de la población de la cuenca amazónica, entre otros determinantes. Los casos agudos que se notifiquen en la Amazonía deben ser investigados para descartar la posibilidad de que se trate de un brote y determinar la fuente de infección, éste ha sido la conducta del Ministerio de Salud que ha permitido conocer nuevos focos en la Amazonía.

## FIEBRE AMARILLA

Fiebre Amarilla Selvática (FAS) En el Perú en la semana epidemiológica (SE) 52 en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) no se ha notificado ningún caso probable de fiebre amarilla selvática (FAS) en el Perú. Los casos notificados entre la SE 01 y la SE 52 son 28, de ellos, diecinueve fueron descartados, ocho fueron confirmados y un caso se encuentra como probable en el distrito de Echarate (Cusco), este caso se encuentran en investigación.

Notificación comparativa de casos de Fiebre amarilla. Perú, hasta la SE 52, años 2007 a 2009\*

AÑOS

2007	2008	2009
Notificados : 72	Notificados : 52	Notificados : 28
Confirmados : 27	Confirmados : 17	Confirmados : 08
Probables : 02	Probables : 00	Probables : 01
Descartados : 43	Descartados : 35	Descartados : 19
Defunciones : 24	Defunciones : 09	Defunciones : 06

## DENGUE

El dengue es una enfermedad de notificación obligatoria en el Perú desde su reaparición en 1990; la notificación se realiza en forma semanal a través de la Red Nacional de Epidemiología a la Dirección General de Epidemiología (DGE). En la semana epidemiológica (SE) 52 a nivel del país se ha notificado 61 casos de dengue clásico procedente de la DIRESAs de: Loreto (26 casos), Madre de Dios (19 casos), San Martín (07 casos), Junín (5 casos), Tumbes (02 casos), Amazonas (01 caso) y Lambayeque (01 caso).

Se observa un comportamiento muy irregular de los casos de dengue en el presente año. Por lo regular en el país el incremento de los casos se presenta a partir del 4to trimestre del año y se mantiene esta situación aproximadamente hasta las semanas 14 o 15 del siguiente año. En este año se produce el incremento de los casos de dengue a partir de la SE 42 en región de la selva principalmente con los brotes notificados por la DIRESA de Junín (Satipo) y la de Madre de Dios; asimismo se presenta en este periodo un ligero aumento de los casos en los distritos de la ciudad de Iquitos de la DIRESA de Loreto y el distrito de Callería de la ciudad de Pucallpa de la DIRESA Ucayali.

Actualmente hay una disminución significativa de los casos a nivel del país a partir de la SE 49. Hasta la SE 52 a nivel del país se han notificado 20 554 casos de dengue clásico; 6,495 confirmados, 8 813 están en condición de probables y 5 246 han sido descartados.

Respecto a los casos de Dengue Hemorrágico (DH) hasta el momento se tiene acumulado 11 casos confirmados procedentes de las DIRESAs de: Ucayali (06 casos), Loreto (02 caso), Piura (01 caso), Madre de Dios (01 caso) y Huánuco (01 caso). El último caso de DH y el único fallecido corresponden al paciente de 21 años del distrito de Tambopata, provincia de Tambopata notificado en la SE 46. Asimismo se ha notificado en la SE 52, un caso probable de DH procedente del distrito de Punchana y aun esta en investigación. La incidencia acumulada (IA) del país en la SE 52 es de 54,49 x 100 000 hab. Las DIRESAs que reportan una mayor incidencia acumulada (IA) a la del país, son: Loreto (460,32), Tumbes (411,15), Piura (272,48), Madre de Dios (1255,67), Ucayali (91,88), Lambayeque (59,18), San Martín (86,45) y Amazonas (59,25) Direcciones de Salud con alto riesgo potencial de transmisión.- Son aquellas que por sus características geográficas, epidemiológicas y sociales han presentando en años anteriores, brotes de dengue en estos

meses del año, como la DIRESA de Loreto que actualmente tienen un comportamiento estable con un promedio de 38 casos de dengue por semana en las últimas cuatro semanas.

En Lima Metropolitana hasta SE 52 se han notificado 233 casos confirmados autóctonos de dengue (uno ha sido descartado procedente de la Dirección Regional de Salud de Lima) y 3 casos probables autóctonos de Lima, procedente de los distritos de Comas (02) y Los Olivos (01). Asimismo se han descartado 464 por no cumplir con los criterios de definición de casos de dengue. Según fuente de DIGESA en Lima Metropolitana se realiza la vigilancia entomológica en 59 distritos de los cuales en 23 se ha reportado la presencia de *Aedes aegypti* y la población en riesgo es de 6'465 864 habitantes.

#### INFLUENZA A (H1N1)

En el Perú, se han registrado 9 215 casos confirmados y 208 defunciones por Influenza A (H1N1), con una letalidad de 2,26%. Los casos están distribuidos en todos los departamentos del Perú, el mayor número han sido reportados en Lima con 3 482 casos, seguido por Arequipa con 1 052 casos. Pasco es el departamento que presenta el menor número de casos

De acuerdo a una distribución de los casos en el Perú por cada 10 000 habitantes, Arequipa sería el departamento con mayor incidencia con 8,58 casos por 10 000 hab., y el que menor incidencia tendría sería Ica con 37 casos y 0,51 por 10 000 hab. El sexo femenino representa el 52,22% de los casos, la edad promedio es de 21 años (Rango de 0 a 98 años), el grupo de edad más afectado es entre los 5 a 19 años, con el 45%. Asimismo, en el Perú a la SE 52, Diciembre del 2009, se han confirmado muertes en 19 departamentos.

Casos de Influenza por Departamentos

Departamento	Casos	Casos/10000 hab.
Arequipa	1052	8.58
Apurímac	255	5.79
Madre de Dios	58	5.23
Lambayeque	558	4.85
Junín	474	3.98
Cusco	480	3.88
Ancash	421	3.86
Lima	3482	3.77
Tumbes	70	3.70
La Libertad	591	3,62
Tacna	106	3.46
Ayacucho	219	3.18
Piura	467	2.67
Moquegua	46	2.66
Huancavelica	102	2.12

San Martín	137	1.87
Puno	203	1.52
Cajamarca	174	1.22
Loreto	106	1.08
Amazonas	42	0.99
Pasco	25	0.87
Ucayali	37	0.83
Huánuco	64	0.82
Ica	37	0.51
<b>TOTAL</b>	<b>9,215</b>	<b>3.28</b>

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima, Perú

Muertes por departamentos, Influenza  
A (H1N1) (a la SE 52 Diciembre del 2009)

Departamento	Casos Infu A (H1N1)	Muertes	Muertes x 100casos confirmados
Moquegua	46	4	8.70
Cajamarca	174	10	5.75
Puno	203	9	4.43
Ayacucho	219	9	4.11
Huancavelica	102	4	3.92
Ancash	421	15	3.56
Huánuco	64	2	3.13
Tacna	106	3	2.83
Cusco	480	13	2.71
Ica	37	1	2.70
Lima	3482	87	2.5
Piura	467	9	1.93
Arequipa	1052	18	1.71
Lambayeque	558	7	1.43
La Libertad	591	7	1.18
Junín	474	5	1.05
Loreto	106	1	0.94
Apurímac	255	2	0.78
San Martín	137	1	0.73
<b>PERÚ</b>	<b>9215</b>	<b>208</b>	<b>2.26</b>

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima, Perú

*Oe. Generar evidencias para la prevención y control de riesgos y daños en salud*

Oe. Fortalecer el subsistema de vigilancia basado en laboratorio para el monitoreo del tratamiento en pacientes de VIH-SIDA (Indicador: Porcentaje de pacientes del VIH/SIDA monitorizados por laboratorio con genotipificación)

Se han realizado 120 estudios de monitoreo de la resistencia del VIH/SIDA a drogas antirretrovirales mediante la prueba de genotipificación de muestras provenientes de diversos hospitales de Lima metropolitana. Lo programado fue de 140 pacientes para el 2009 y se han alcanzado 85.7% de los programado.

### **VIH/SIDA -ITS**

El primer caso diagnosticado de SIDA en el Perú fue en 1983 y hasta el 31 de diciembre de 2009, se han reportado 25 mil 636 casos de SIDA y 39 mil 890 casos notificados de VIH<sup>2</sup> pero se estima que más de 100 mil personas estarían infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana hasta el año 2040. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la no existencia de cura para la enfermedad y la relación entre ITS e infección por VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

El impacto individual, social y económico de la infección VIH/SIDA la convierte en la peor epidemia de la era moderna, pues en un futuro próximo no existirán presupuestos públicos capaces de proveer insumos, equipos y personal necesarios para atender a las personas enfermas con las complicaciones propias del estadio SIDA.

### **Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual**

La ENDES 2009 incluye una sección para indagar sobre el conocimiento general de las mujeres acerca de las infecciones transmitidas sexualmente: conocimiento de las distintas infecciones, si han adquirido infecciones en los doce meses anteriores a la encuesta y, en caso positivo, lugar y persona donde buscó tratamiento o consejo y comunicación con el compañero sexual.

A las mujeres entrevistadas se les hizo una serie de preguntas para disponer de información que facilite la estimación de la prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En particular, a cada mujer entrevistada se le preguntó si en los últimos 12 meses le

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología /Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2009.

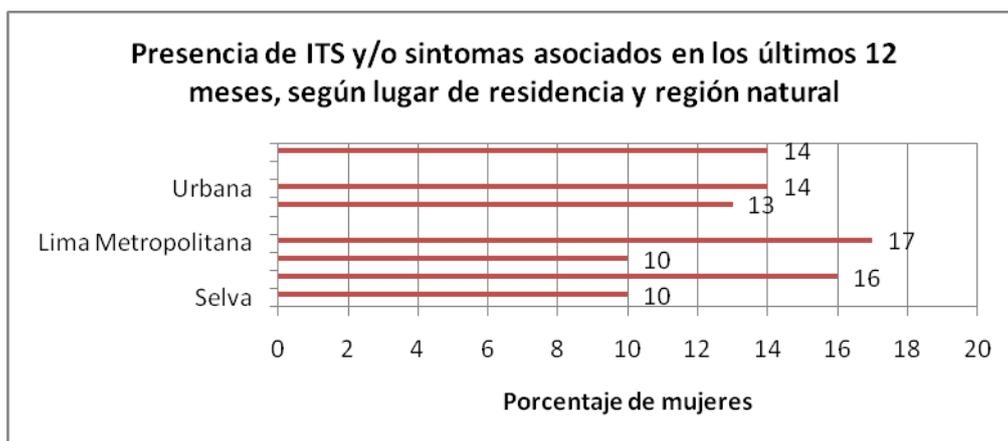
diagnosticaron alguna infección de transmisión sexual, si había tenido algún flujo o secreción genital, si había tenido llaga o úlceras en sus genitales y, a las que tuvieron alguno de esos problemas se les preguntó a quién acudió en búsqueda de consejo o tratamiento.

Entre las mujeres entrevistadas que mantuvieron relaciones sexuales, un 0,6 por ciento informaron haber tenido una ITS y/o síntomas asociados en los 12 meses anteriores a la ENDES Continua 2009 (en la ENDES 2000 fue 0,9 por ciento).

El mayor porcentaje fue en mujeres entre 15 a 19 años (0,9 por ciento), solteras que han tenido relaciones sexuales (0,7 por ciento), del área urbana (0,6 por ciento), en la Selva (0,7 por ciento), con educación secundaria (0,7 por ciento) y del cuarto quintil de riqueza (0,9 por ciento).

Los departamentos con el mayor porcentaje de ITS informada fueron: Huánuco (2,5 por ciento), Ayacucho (1,3 por ciento) y Madre de Dios (1,1 por ciento). Llama la atención que en Amazonas y Cajamarca no se haya identificado algún caso de ITS.

Lo que más se identificó fue el porcentaje de mujeres con una ITS/Flujo, llagas o granos (13,9 por ciento y en la ENDES 2000 fue 25,1 por ciento), sigue el Flujo Vaginal (12,8 por ciento en la ENDES Continua 2009 y 22,9 por ciento en el 2000) y las Úlceras/Llagas genitales (2,1 por ciento, en la ENDES 2000 fue 3,4 por ciento). Es notoria la importante disminución en los porcentajes en relación con la ENDES 2000 (11,2; 10,1 y 1,3 puntos porcentuales, respectivamente).



### Fuente de tratamiento de las ITS

Entre las mujeres que tuvieron una ITS en los últimos 12 meses, el 65,8 por ciento recibió atención por un médico privado y un 76,5 por ciento recibió un consejo o tratamiento de cualquier fuente en comparación con un 13,7 por ciento que no recibió ni consejo ni

tratamiento y un 6,6 por ciento que se auto-recetó. Otras fuentes de atención fueron los curanderos (6,1 por ciento) y las farmacias/boticas (17,9 por ciento).

Es importante mencionar que la atención por un médico privado aumentó de 63,0 por ciento en la ENDES 2000 a 65,8 por ciento (es decir una diferencia de 2,8 puntos porcentuales en la ENDES 2009) y de 13,8 por ciento a 17,9 por ciento para farmacias/boticas en el mismo lapso de tiempo. Por el contrario, la proporción que acudió a curanderos se mantuvo en similar porcentaje.

Las mujeres de 15 a 19 años fueron las que acudieron menos a un médico privado (46,6 por ciento) al igual que las solteras con actividad sexual (54,8 por ciento) y las que viven en área rural (60,9 por ciento), en la Sierra (59,3 por ciento), sin educación (48,5 por ciento) y del quintil inferior de riqueza (56,1 por ciento).

Las que más acudieron a un médico privado fueron las mujeres entre 25 a 29 años (72,1 por ciento), casada/conviviente (68,5 por ciento), de área urbana (67,3 por ciento), en Lima Metropolitana (70,5 por ciento), con un nivel de educación superior (72,8 por ciento) y del quintil superior de riqueza (74,6 por ciento).

A la farmacia/botica acudieron más las mujeres de 15 a 19 años (20,2 por ciento), divorciada/separada/viuda (25,4 por ciento), del área urbana (20,1 por ciento), de la Selva (26,0 por ciento), con educación secundaria (18,6 por ciento) y del cuarto quintil de riqueza (24,6 por ciento).

Al curandero acudieron mayormente mujeres de 40 a 49 años (7,2 por ciento), unidas (6,9 por ciento), del área rural (9,5 por ciento), en la Selva (11,5 por ciento), sin educación (14,5 por ciento) y del segundo quintil de riqueza (9,7 por ciento).

Dado que podían elegirse más de una fuente de atención, es muy probable que las mujeres acudan a cada una de estas fuentes de tratamiento de acuerdo con las circunstancias específicas que deberían evaluarse a futuro ya que son porcentajes nada desdeñables.

### **Conocimiento de VIH/SIDA y otras ITS**

Con relación al SIDA, se indagó sobre la principal fuente de información en el caso de haber oído hablar de la enfermedad, qué debe hacerse para evitar contraer el SIDA, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable, y si cree que el virus del SIDA puede ser transmitido de una madre infectada al niño o niña y en qué momento. Igualmente se les pidió a las mujeres opinar sobre los derechos de las personas infectadas por SIDA a trabajar o llevar una vida en comunidad. También se hicieron preguntas sobre la conducta sexual en los últimos 12 meses (número y tipo de parejas sexuales y uso del condón).

## **Conocimiento de VIH/SIDA y formas de evitar el contagio**

Del total de mujeres entrevistadas en la ENDES Continua 2009, el 94,2 por ciento conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica una mejora de 6,9 puntos porcentuales, en relación con el año 2000 donde el porcentaje era de 87,3 por ciento. El acceso a la información ha mejorado con el tiempo y ha permitido que más mujeres conozcan sobre el tema.

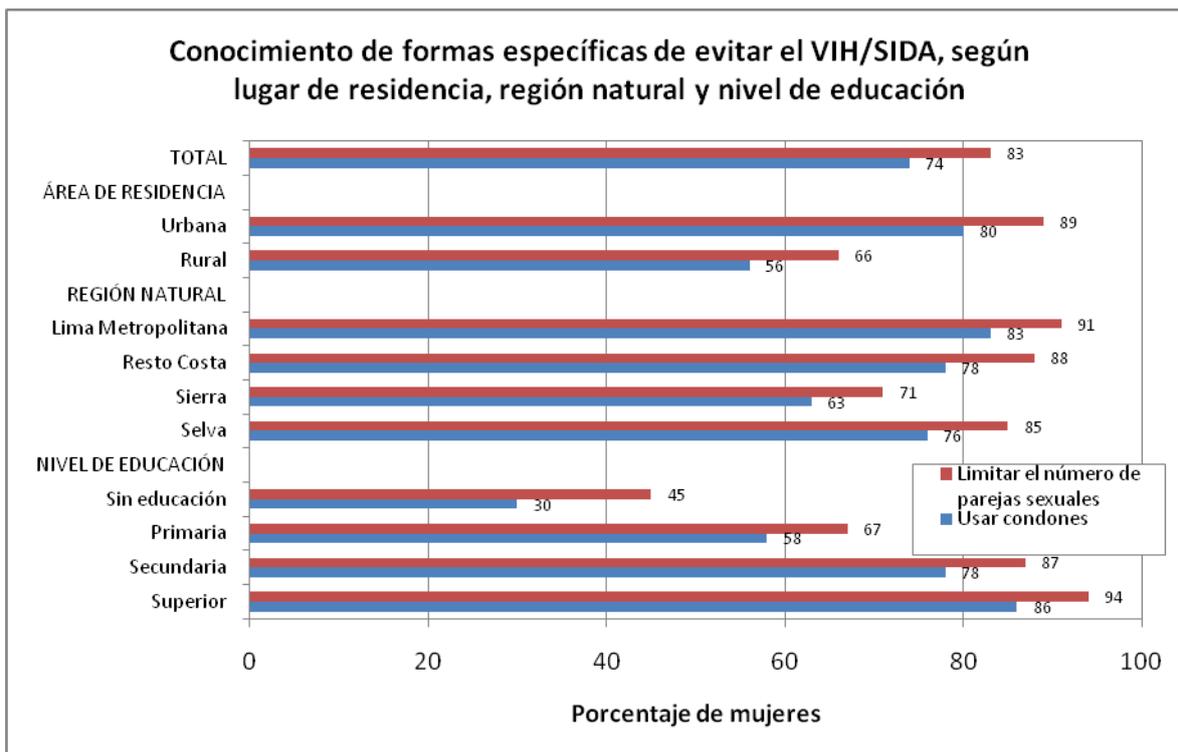
En el año 2009 el 5,7 por ciento de mujeres entrevistadas reconoció que desconocía alguna forma de prevención de las dos consideradas (menor número de parejas sexuales o uso de condones), y en el 2000, esta proporción fue 24,7 por ciento, lo que significa que las mujeres mejoraron su información sobre las medidas de protección.

Con respecto a las mujeres que desconocen el VIH/SIDA, se observa lo siguiente: las mujeres menores de 30 años, solteras, que han tenido relaciones sexuales y que viven en el área urbana tienen mayores conocimientos. En cambio, las mujeres entrevistadas que no tienen educación (39,7 por ciento) y las que pertenecen al quintil inferior de riqueza (24,4 por ciento) constituyen el mayor porcentaje de aquellas que desconocen sobre el VIH/SIDA.

En correlación con lo anterior, Huancavelica fue el lugar con mayor desconocimiento sobre el VIH/SIDA (47,9 por ciento) seguido por Pasco (18,7 por ciento), Apurímac (17,9 por ciento), Cajamarca (17,1 por ciento) y Ayacucho (14,2 por ciento); todos pertenecientes a la Sierra que es la región natural con menor conocimiento en este tema. En efecto, la Sierra tiene el más alto porcentaje de desconocimiento (14,6 por ciento) comparado con Lima Metropolitana (0,3 por ciento), Resto Costa (1,7 por ciento) o la Selva (3,9 por ciento).

Sobre el conocimiento de las formas específicas de prevención, el incremento fue notable. Según ENDES 2009, el 82,9 por ciento de las mujeres conocía que la forma específica de evitar el VIH/SIDA es limitar el número de parejas sexuales o mutua fidelidad y en relación con el año 2000 se aprecia un incremento de 44,8 puntos porcentuales. Asimismo, el conocimiento sobre el uso del condón creció al pasar de 33,3 por ciento en el 2000 al 74,2 por ciento en el 2009.

En general, a pesar de que hay mejoras globales en el conocimiento del VIH/SIDA y sus formas de prevención, es claro que estas se ven mayormente en Lima, en mujeres con mejor nivel educativo, de áreas urbanas y del quintil superior de riqueza. Esto revela brechas que aún deben ser subsanadas a nivel nacional.



### Conocimiento de asuntos relacionados con el VIH/SIDA

El 74,6 por ciento de mujeres entrevistadas en la ENDES Continua 2009 saben que una persona que tiene el virus del SIDA puede parecer saludable, lo cual presenta un incremento de 4,3 puntos porcentuales respecto a la encuesta del 2000. Por lo demás, se debe observar que también existe un incremento de 3,1 puntos porcentuales, entre mujeres que consideran que esto no es así, lo cual constituye un retroceso importante al respecto. También se observa una mejora entre quienes no saben o no tenían información, ya que su porcentaje disminuye en 7,4 puntos porcentuales de la ENDES 2000 a la ENDES Continua 2009.

Las mujeres solteras con actividad sexual estaban mejor informadas al respecto (82,9 por ciento), al igual que las que viven en el área urbana (83,2 por ciento), en Lima Metropolitana (86,8 por ciento) y el Resto Costa (80,9 por ciento), con educación superior (93,1 por ciento) y del quintil superior de riqueza (91,2 por ciento).

El mayor conocimiento en este aspecto lo tienen las mujeres entre 20 a 24 años (77,7 por ciento), en Lima (86,5 por ciento), Tumbes (85,7 por ciento), Madre de Dios y Moquegua (ambos con 81,3 por ciento), y Tacna (80,1 por ciento); y el menor conocimiento fue entre las mujeres de 40 a 49 años (71,5 por ciento), en Huancavelica (34,9 por ciento), Pasco (40,5 por ciento) y Apurímac (43,7 por ciento).

Dado que la infección por VIH/SIDA cursa con un largo periodo asintomático, este ítem es muy importante, ya que el desconocer que una persona aparentemente saludable pueda transmitir esta infección permitiría que muchas mujeres incurran en contactos sexuales de riesgo. Esto es más serio en los lugares donde hay mayor pobreza y menor educación.

También es muy preocupante observar que, respecto a la Transmisión Vertical (Madre a hijo e hija) del VIH, *existe un gran incremento en el porcentaje de mujeres que refirieron que el VIH/SIDA no se puede transmitir en esta condición. De 2,7 por ciento en la ENDES 2000 a 12,1 por ciento en la ENDES 2009, es decir, que hay un aumento de 9,4 puntos porcentuales en la proporción de mujeres que no consideran esta posibilidad, lo que pone en inminente riesgo al niño o niña por nacer en el caso que su madre fuera portadora del VIH.*

Por otra parte, entre las mujeres que identifican las formas de transmisión del VIH de madre a hijo e hija, un 64,1 por ciento menciona que puede ocurrir durante el embarazo o parto y un 37,0 por ciento con la lactancia, habiendo disminuido el grupo que no sabe el mecanismo de transmisión (de 17,4 por ciento en la ENDES 2000 a 9,6 por ciento en la ENDES Continua 2009).

*La importancia del control prenatal en este punto es crucial ya que la identificación de una gestante con VIH permitiría que reciba el tratamiento profiláctico correspondiente (Antirretrovirales, cesárea electiva y lactancia artificial) para disminuir el riesgo en el niño o niña.*

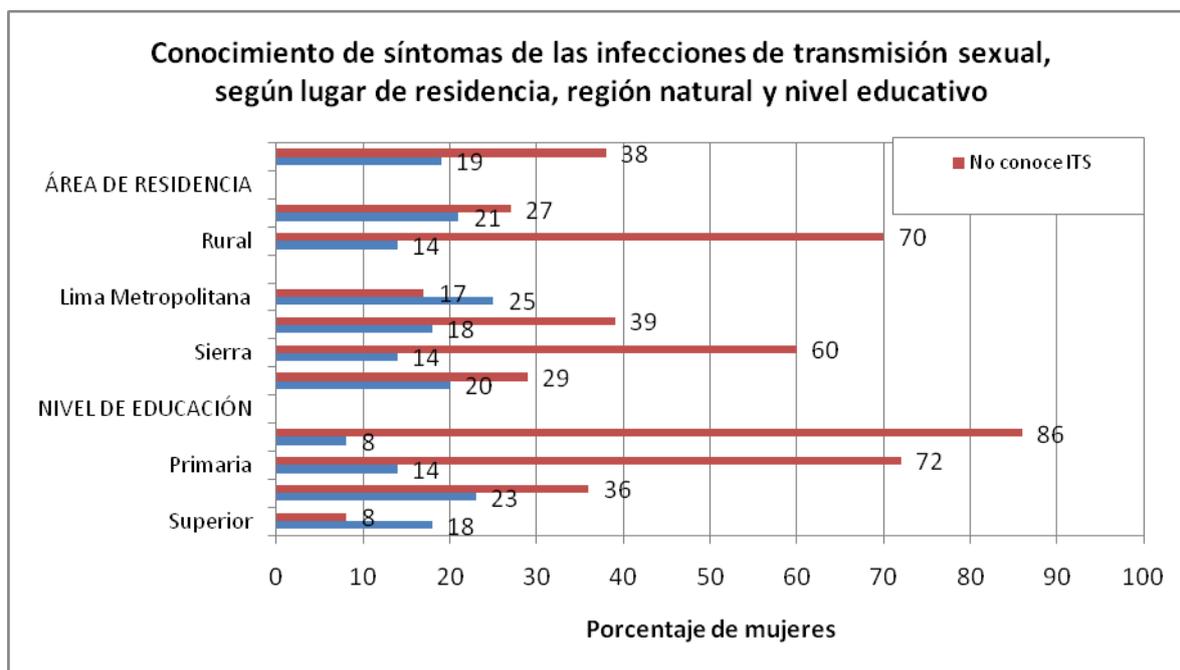
### **Conocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Los programas de control de VIH/SIDA reconocen en la actualidad la importancia de controlar las ITS para reducir la transmisión del VIH. Se reconoce que entre los esfuerzos necesarios, uno de los más importantes es la educación para que la población reconozca los síntomas de las ITS. Asimismo, poco se sabe sobre cómo los hombres y mujeres perciben y responden a las ITS. Por esta razón en la ENDES 2009, al igual que en la anterior encuesta, se preguntó a las entrevistadas si habían oído hablar de otras enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto sexual; cuáles enfermedades conocían; y si conocían síntomas y signos para reconocer que un hombre o una mujer tenían una infección de transmisión sexual.

### **Conocimiento de las ITS y de sus síntomas y signos**

El conocimiento sobre las ITS se ha incrementado en 12,6 puntos porcentuales entre la ENDES 2000 y la ENDES Continua 2009, pero si consideramos que el *38,0 por ciento de las mujeres entrevistadas aún desconocen lo que estas significan, entonces se debe reconocer que existe un grave problema por* las importantes implicancias económicas y sociales que representan. Que más de la tercera parte de la población entrevistada no

conozca de las ITS implica un riesgo potencial de adquirirlas, y esto incluye la posibilidad de padecer secuelas y complicaciones importantes de no atenderlas a tiempo.



El mayor desconocimiento de las ITS se presentó entre las mujeres de 15 a 19 años ya que el 44,1 por ciento de ellas así lo manifiesta. De la misma manera ocurre con el 41,8 por ciento de las mujeres casadas o convivientes.

Asimismo, destacan altas proporciones de mujeres del área rural (69,5 por ciento), de la Sierra (60,0 por ciento), sin educación (85,7 por ciento), educación primaria (71,5 por ciento); del quintil inferior (74,6 por ciento) y segundo quintil de riqueza (58,0 por ciento) por su desconocimiento sobre las ITS. Los departamentos donde hay mayor desconocimiento del tema fueron: Huancavelica (79,3 por ciento), Pasco (73,3 por ciento) y Cajamarca (70,1 por ciento). Es evidente la importancia de revertir estas cifras tan preocupantes.

Un 19,1 por ciento de las mujeres entrevistadas no conocía síntomas de las ITS (10,1 puntos porcentuales más que en el 2000), 16,6 por ciento conocía un síntoma y 26,3 por ciento dos o más síntomas. Son porcentajes bastante bajos ya que significa que una gran mayoría de personas con una ITS no sabría identificarla con el consiguiente riesgo de infectar a otras personas, no recibir un tratamiento oportuno y padecer secuelas o complicaciones a futuro.

En comparación con encuestas anteriores, hay menos mujeres que conocen ITS específicas entre quienes conocen síntomas: en la ENDES 2000 el 63,8 por ciento conocían la sífilis y 58,9 por ciento la gonorrea, en la ENDES 2009 bajó a 44,6 y 43,6 por ciento, respectivamente. Sí hubo una ligera baja en la proporción de mujeres que conocen verrugas genitales/condiloma ya que de 4,4 por ciento pasó a 3,2 por ciento.

Las ITS específicas son mayormente reconocidas en el área urbana (47,5 por ciento para Sífilis, 45,2 por ciento para gonorrea y 19,7 por ciento en chancro), pero “otras ITS” se reconocieron más en el área rural (44,6 por ciento). La sífilis fue más conocida en La Libertad (67,5 por ciento) y la gonorrea en la Selva (63,3 por ciento) particularmente, en Loreto (78,1 por ciento) y Ucayali 74,0 por ciento). El chancro destacó más entre las mujeres de 20 a 24 años (23,7 por ciento), las solteras que han tenido relaciones sexuales (23,9 por ciento), con educación superior (23,6 por ciento), las residentes en la Selva (30,7 por ciento), en Junín (39,5 por ciento), Amazonas (38,1 por ciento), Apurímac (33,2 por ciento) y Ayacucho (31,0 por ciento).

En cuanto a los síntomas y signos específicos que las mujeres entrevistadas con conocimiento de ITS manifestaron, la mayoría refiere que fue el enrojecimiento/picazón en genitales (31,1 por ciento), seguido de úlceras/llagas genitales (20,0 por ciento), inflamación o hinchazón en genitales (19,2 por ciento) y secreción vaginal (18,6 por ciento).

En relación al enrojecimiento/picazón en genitales, se vio más entre las mujeres de 30 a 39 años (34,9 por ciento), no unidas con actividad sexual (36,7 por ciento), que viven en área urbana (32,4 por ciento), en el Resto Costa (33,7 por ciento), con educación superior (39,0 por ciento) y del quintil superior de riqueza (38,5 por ciento).

Las úlceras/llagas genitales se vieron más entre mujeres de 20 a 24 años (22,6 por ciento), no unidas con actividad sexual (24,3 por ciento), que viven en el área urbana (21,2 por ciento), del Resto Costa (22,0 por ciento), con educación superior (27,0 por ciento) y del quintil superior de riqueza (24,9 por ciento).

La secreción por genitales se identificó más en mujeres de 30 a 39 años (22,0 por ciento), no unidas con actividad sexual (21,6 por ciento) y divorciada/separada/viuda (20,3 por ciento), que viven en el área urbana (19,0 por ciento) y en la Selva (21,7 por ciento), con educación superior (24,1 por ciento) y del quintil superior de riqueza (21,8 por ciento).

Aunque no se especifica cuáles son, debemos mencionar, que un importante 24,8 por ciento de las mujeres con conocimiento de las ITS refirió que identifican “otros síntomas”.

Los departamentos que más identificaron el enrojecimiento/picazón en genitales fueron Moquegua (41,1 por ciento) y Ancash (38,8 por ciento), las úlceras/llagas genitales en Amazonas (30,1 por ciento) y la secreción vaginal en Moquegua (30,7 por ciento) y Tacna (30,5 por ciento), departamentos principalmente costeros.

En general se observa que el desconocimiento de las ITS, algunas de ellas específicas, y de sus signos y síntomas fue mayor en la población rural, en la Sierra y la Selva con menor nivel educativo y en situación de pobreza, lo que constituye un gran reto que debe ser

enfrentado lo más pronto posible debido básicamente, al papel que juegan las ITS como factor de riesgo para adquirir el VIH/SIDA o de sufrir secuelas y complicaciones importantes (infertilidad, cáncer genital, abortos, embarazos ectópicos, etc.) que afectan la calidad de vida de las mujeres.

### **Conducta sexual, uso del condón y acceso al condón**

La conducta sexual individual y el uso de condones son determinantes claves del estatus de riesgo de contraer ITS y cuando esta información se agrega a nivel de la población, permite describir el contexto en el cual se deben diseñar e implementar los programas preventivos de VIH/SIDA e ITS, al igual que los programas curativos de ITS y de alivio de VIH/SIDA.

#### Número de parejas sexuales de las mujeres no en unión

La distribución porcentual de mujeres no unidas por el número de personas con quienes tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses muestra que el 71,4 por ciento refirió no haber tenido ninguna pareja sexual (61,4 por ciento en 2000), 26,5 por ciento tuvo una pareja (38,3 por ciento en 2000), 2,2 por ciento tuvo dos o más parejas (0,3 por ciento en 2000).

Las mujeres entre 15 a 19 años fueron quienes más refirieron no haber tenido ninguna pareja sexual (85,8 por ciento), las de 25 a 29 años sólo una pareja (41,2 por ciento) y las de 20 a 24 años refirieron dos o más parejas (3,5 por ciento) en los últimos 12 meses.

El área rural (84,2 por ciento) y la Sierra (81,6 por ciento) fueron los lugares donde hay mayor porcentaje de mujeres que no tuvieron parejas en los últimos 12 meses. Esto también se observa entre las mujeres sin educación (93,3 por ciento) y del quintil inferior de riqueza (85,7 por ciento). Incluso fueron las mujeres sin educación quienes no registraron porcentaje alguno de quienes hayan manifestado haber tenido dos o más parejas sexuales.

Evidentemente, siendo la abstinencia un factor de protección para las ITS y el VIH/SIDA, es importante alentar su práctica entre menores de edad y fomentar el concepto de que a menos parejas sexuales es menor el riesgo de infectarse. El retardo del inicio de vida sexual es un mensaje clave para adolescentes.

#### Número de parejas sexuales de mujeres casadas

Evaluando la distribución porcentual de mujeres actualmente casadas o convivientes por número de personas con las que han tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, se observa que la gran mayoría (97,8 por ciento) refirió haber tenido una sola pareja sexual incluyendo el esposo/compañero, lo cual se refuerza con el gran porcentaje de mujeres que manifiestan no haber tenido parejas sexuales (99,5 por ciento) excluyendo el esposo/compañero.

Un 0,3 por ciento ha tenido dos o más parejas sexuales incluyendo el esposo/compañero y ninguna lo acepta cuando se excluye al esposo/compañero.

Entre las mujeres que, incluyendo al esposo/compañero, aceptaron haber tenido dos o más parejas sexuales, las que tenían más porcentaje se encuentran entre 15 a 19 años (0,7 por ciento), del área urbana (0,3 por ciento), en Lima Metropolitana (0,5 por ciento), con educación superior (0,5 por ciento) y en el cuarto quintil de riqueza (0,6 por ciento).

Los departamentos con mayor porcentaje de mujeres que refieren dos o más parejas fueron Junín y Moquegua (0,6 por ciento en ambos casos), seguido de Loreto (0,5 por ciento), Lima y Tacna (0,4 por ciento cada uno).

Considerando que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo, notamos que entre las mujeres entrevistadas no hay gran intercambio sexual por lo que se mantiene la consideración que la mayoría de mujeres que adquirieron el VIH/SIDA lo hicieron con su única pareja sexual. Al parecer, la monogamia no está protegiendo adecuadamente a la mujer peruana.

#### Conocimiento y uso del condón

Entre las mujeres que ha oído hablar sobre el VIH/SIDA, el 98,3 por ciento conocía sobre condones pero sólo el 9,5 por ciento los utilizó el último mes, y de las mujeres que lo usan como método anticonceptivo (1,8 por ciento) no los usó en su última relación sexual.

El 78,9 por ciento de mujeres conocía que hay fuentes médicas públicas y un 2,9 por ciento fuentes médicas privadas. Un buen porcentaje, 73,0 por ciento, sabía que se adquieren en las farmacias contra un 2,5 por ciento que no conoce fuentes para obtenerlos.

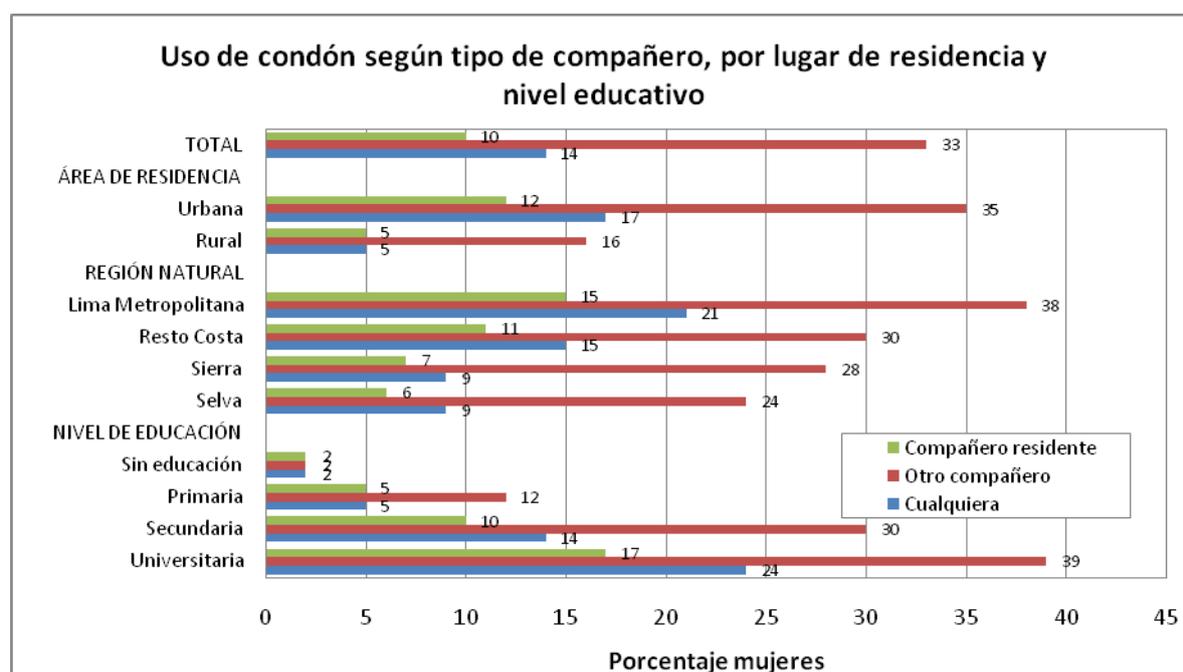
Es importante mencionar que entre mujeres de 20 a 24 años, un 11,9 por ciento reconoció haber utilizado condones en el último mes, antes lo usaron 6,2 por ciento, pero 3,0 por ciento que los usaban como método anticonceptivo no los usaron en su última relación sexual.

Su uso fue mayor entre solteras con actividad sexual (14,8 por ciento) el último mes y 12,2 por ciento antes, en el área urbana el 11,1 por ciento, Lima Metropolitana (13,7 por ciento), en mujeres con educación superior (14,6 por ciento) y del quintil superior de riqueza (15,2 por ciento).

En cuanto al grupo que los usa como método de planificación familiar pero que no los usó en su última relación sexual, fue mayor en el área urbana (2,1 por ciento), Lima Metropolitana y Resto Costa (2,3 por ciento en ambos grupos); en las de educación superior (2,6 por ciento) y quintil superior de riqueza (2,7 por ciento).

Es claro que a pesar de que una gran parte de las mujeres entrevistadas conoce de la existencia de los condones su uso sostenido no es una práctica frecuente, y que las mujeres no unidas son quienes más los usan en comparación con los otros grupos según estado conyugal.

Uso de condón en los últimos doce meses según tipo de compañero



El uso de condones entre las mujeres que tuvieron relaciones en el año anterior la encuesta, de acuerdo con el tipo de compañero, muestra los siguientes porcentajes un 9,8 por ciento usó condones con su esposo o compañero, en el 2000 fue 6,6 por ciento; el 32,5 por ciento los usó con un compañero con el cual no vive, en el 2000 fue 17,9 por ciento; y, un 13,8 por ciento usó condones con cualquier compañero, en el 2000 fue 8,0 por ciento. Es decir, que hubo un incremento en todos los casos, y que el porcentaje de uso es mayor con parejas que no viven con ellas.

El uso de condones con compañero con el cual no vive fue mayor en el área urbana (34,5 por ciento), en Lima Metropolitana (38,1 por ciento), en mujeres con educación superior (38,7 por ciento) y del quintil superior de riqueza (37,5 por ciento).

Asimismo, ocurrió con uso de condones con cualquier compañero en el área urbana (16,9 por ciento), en Lima Metropolitana (20,8 por ciento), en mujeres con educación superior (23,5 por ciento) y del quintil superior de riqueza (23,4 por ciento).

Los datos presentes hacen notar que el uso de condones, cuya validez como método de protección de ITS y VIH/SIDA está por demás comprobado, es mayor con parejas que no

viven con las mujeres entrevistadas y que el conocimiento y acceso a estos, aumenta en tanto mejor sea el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas.

OE

**3. Reducir la morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externos**  
(Indicador: Prevalencia de hipertensión arterial en población adulta y adulta mayor)

**Pliogo 11**

Oe. Reducir la morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externo

OE

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM)<sup>1,2</sup>. Se estima que en las próximas décadas en el Perú ocurrirá un incremento notable de la población adulta y de las tasas de morbilidad por enfermedades crónicas. Diversos estudios han demostrado, por otro lado, que la DM, la intolerancia a la glucosa, la HTA, el tabaquismo y la hipercolesterolemia son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta<sup>3-8</sup>.

Aunque algunos estudios han demostrado que las poblaciones de las grandes alturas exhiben menor prevalencia de DM, HTA, hipercolesterolemia y enfermedad coronaria con relación a poblaciones del nivel del mar<sup>10,11</sup>, se desconoce la frecuencia de dichos factores de riesgo en otras poblaciones peruanas.

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica o de ambas. En la población adulta (Mayor o igual a 20 años) se considera hipertensión cuando la presión sistólica es igual o mayor a 140 mm Hg o la diastólica es mayor o igual a 90 mm Hg. El diagnóstico se establece con uno o dos valores anormales y al menos en dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial pueden asociarse factores de riesgo cardiovascular o compromiso clínico o sub-clínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos).

Uno de cada cinco peruanos presenta hipertensión siendo el sobrepeso y la obesidad el factor de riesgo modificable más frecuentemente asociado. Ocho de cada diez personas con hipertensión no tienen síntomas, mientras dos sí pueden tener dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos y sangrado nasal. La promoción de estilos de vida saludables, principalmente una dieta adecuada, actividad física y bajo consumo de sal contribuirán a su

menor prevalencia. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno disminuirán las complicaciones de los daños no transmisibles.

El estudio de Agusti realizado en varias ciudades del Perú demuestra que el 23.7% de peruanos sufren hipertensión siendo mayor en los varones (27.1%) que en las mujeres (20.4%). La prevalencia en la costa fue de 27.3% en la Sierra 20.4% y en la Selva 22.7%.

**CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL POR ETAPAS DE VIDA  
SEGÚN DEPARTAMENTO. MINSA - 2009**

DEPARTAMENTO	ETAPAS DE VIDA					TOTAL
	00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a	60a y +	
AMAZONAS	49	18	86	1576	4277	6006
ANCASH	32	10	100	1596	4694	6432
APURIMAC	23	23	75	986	3054	4161
AREQUIPA	101	59	404	5018	11291	16873
AYACUCHO	18	15	104	1033	3262	4432
CAJAMARCA	174	51	330	4346	11159	16060
CALLAO	69	64	289	6999	13798	21219
CUSCO	58	48	159	2057	4016	6338
HUANCAVELICA	10	2	60	812	2475	3359
HUANUCO	36	22	106	1179	1838	3181
ICA	69	153	1652	4064	4947	10885
JUNIN	22	16	86	1165	3238	4527
LA LIBERTAD	140	85	345	6390	15883	22843
LAMBAYEQUE	81	240	2870	4546	6352	14089
LIMA	599	617	3770	35165	80269	120420
LORETO	170	69	221	2843	4431	7734
MADRE DE DIOS	2	1	35	377	598	1013
MOQUEGUA	10	4	40	653	1310	2017
PASCO	10	7	39	381	582	1019
PIURA	169	114	1032	5639	8242	15196
PUNO	19	19	112	1001	2963	4114
SAN MARTIN	46	33	174	2206	4001	6460
TACNA	15	12	98	1350	2624	4099
TUMBES	10	6	61	671	1165	1913
UCAYALI	50	28	169	2638	3921	6806
IGNORADO	1	0	0	33	62	96
<b>TOTAL</b>	<b>1983</b>	<b>1716</b>	<b>12417</b>	<b>94724</b>	<b>200452</b>	<b>311292</b>

4. **Desarrollar acciones articuladas y eficaces para la vigilancia y respuesta integral a los determinantes, riesgos y daños de la salud en el contexto de la transición y la acumulación epidemiológica** (Indicador: Porcentaje de intervenciones de respuesta sanitaria realizada sobre la base del Sistema Integral de Inteligencia Sanitaria) Centro Nacional de Salud Pública-INS

El estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones en el Perú ha mostrado la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en la población, porque muestra un nuevo orden de prioridades que se caracteriza por cambios de las causas de muerte que pasan de las causas infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas. Esto se atribuye principalmente a una transición demográfica que se caracteriza por mayores tasas de supervivencia de lactantes y niños e incremento de la edad promedio de la población, en consecuencia se intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes.<sup>3</sup>

La población peruana se encuentra en una transición demográfica porque se ha determinado que existe 1.6% de tasa de crecimiento y 6-8% de mayores de 60 años<sup>4</sup>. Para el año 2007 la tasa de crecimiento demográfico se redujo a 1.5%, la tasa bruta de natalidad a 23.3 por mil, la tasa bruta de mortalidad a 6.2 por mil y la esperanza de vida al nacer alcanzó los 72 años.

En el estudio de carga de enfermedad en el Perú, la mayor carga de enfermedad se debe a las enfermedades no transmisibles que generan una mayor utilización de los servicios de salud, encarecen la atención y exigen mayor capacidad resolutive de los establecimientos.

Cabe destacar que el envejecimiento de la población no sólo ocurre en la zona urbana sino también en la zona rural y en las áreas pobres. En consecuencia, las enfermedades no transmisibles y los accidentes también se están incrementando en esta población vulnerable.

El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos. Casos de hipertensión arterial, obesidad, diabetes, depresión, alcoholismo, asma, osteoartritis requieren de un diagnóstico y manejo adecuados, y si estos no se dan de forma oportuna o con calidad, las secuelas de la enfermedad son mayores. Las consecuencias no fatales de estas enfermedades afectan directamente la productividad y generan mayor pobreza. Este tipo de enfermedades, por lo general, requieren el uso intensivo de servicios y de medicamentos, si el paciente no tiene algún tipo de seguro entonces tiene que afectar la economía familiar. En estos lugares las personas que no reciben atención para estas enfermedades reproducen la historia natural de la enfermedad, haciendo que las secuelas y complicaciones se instalen de forma más precoz y los niveles de discapacidad sean mayores. La evidencia acumulada en los países desarrollados muestra que la prevalencia de enfermedades crónicas y los niveles de discapacidad entre las personas mayores pueden

---

<sup>3</sup> Textos tomados de: Velásquez, Anibal; Seclén y, Poquioma E, Cachay C, Espinoza R. Munayco C. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú: Ajustado con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. MINSA/USAID

<sup>4</sup> INEI(2008). Censo 2007. Perú Crecimiento y Distribución de la Población. Lima: Instituto nacional de Estadística e Informática

reducirse adoptando medidas apropiadas de promoción de la salud y estrategias de prevención de las enfermedades no transmisibles<sup>5</sup>.

El bajo poder adquisitivo de los consumidores, aunado a las fuertes distorsiones de precios en el mercado privado de medicamentos, al ser este segmentado el que tiene menos acceso a la información para tomar decisiones informadas, limita seriamente el acceso<sup>6</sup>.

Asimismo, la escasa disponibilidad de los medicamentos en la red pública de servicios afecta también el nivel de competencia y los precios actuales, además de alentar el crecimiento del mercado informal de medicamentos. Aunque, en los últimos años la disponibilidad de medicamentos se ha incrementado<sup>7</sup> de 16% en 2003 a 80% en 2008.

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM)<sup>1,2</sup>. Se estima que en las próximas décadas en el Perú ocurrirá un incremento notable de la población adulta y de las tasas de morbilidad por enfermedades crónicas. Diversos estudios han demostrado, por otro lado, que la DM, la intolerancia a la glucosa, la HTA, el tabaquismo y la hipercolesterolemia son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta.

Aunque algunos estudios han demostrado que las poblaciones de las grandes alturas exhiben menor prevalencia de DM, HTA, hipercolesterolemia y enfermedad coronaria con relación a poblaciones del nivel del mar, se desconoce la frecuencia de dichos factores de riesgo en otras poblaciones peruanas.

En el país se han realizado diversas investigaciones para determinar el impacto poblacional de los factores de riesgo coronario y cerebro-vascular en diversas comunidades de la costa, sierra y selva, la mayoría de ellas, sin embargo, de manera aislada y con metodología diversa que hace difícil su comparación. No hemos encontrado ningún estudio que haya investigado de manera integral estos factores de riesgo en la población.

## OBESIDAD<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

<sup>6</sup> Grupo impulsor MeTA. Plan de Trabajo MeTA Perú 2009-2010. Documento Base. Lima: DFID

<sup>7</sup> DIGEMID. Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud

<sup>8</sup> [www.nutrinet.org](http://www.nutrinet.org); Director Ejecutivo de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud del Perú

La población escolar en una sociedad es de sumo interés en la Salud y Nutrición Pública de un país y más si se tiene en cuenta que en esta edad se forman hábitos y costumbres que proyectaran una vida saludable o un problema de salud pública. El sobrepeso y la obesidad es una patología compleja, involucra componente genético, ambiental, entre otros, caracterizado por un desbalance energético positivo entre la cantidad de calorías ingeridas y las utilizadas. La persistencia de este estado en el crecimiento y desarrollo del escolar puede llevar a efectos sobre su morbilidad y mortalidad<sup>6</sup> en la edad adulta. Además de los efectos mencionados, la obesidad está asociada a problemas de depresión, pérdida de autoestima y alteración de la imagen corporal.

El ingreso del niño a la pubertad trae diferentes cambios hormonales representados por un cambio acelerado en el crecimiento y la variación en la forma corporal. Se ha encontrado una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes obesos. De persistir los signos y síntomas de esta patología podría desarrollarse, graves enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares que son actualmente las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo.

En el Perú, mediante el estudio de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 20045, se observó que el 11,2% de los adolescentes a nivel nacional presentaron sobrepeso; mientras que a nivel departamental Lima (17,24%) y Tacna (18,34%) mostraron las mayores prevalencias de sobrepeso. Cabe resaltar que las prevalencias de sobrepeso en adolescentes se aprecian una diferencia a favor del área urbana, siendo esta aproximadamente de 6 puntos porcentuales. Al explorar en los departamentos vemos que las mayores prevalencias de sobrepeso para el área urbana se presentan en los departamentos de Lima 22,32% y Moquegua 21,08%, para el área rural se aprecia que los departamentos que tienen las mayores prevalencias son dos Madre de Dios con 14,97% y Tacna con 19,07%.

Ante esta cuadro preocupante, los expertos y educadores debemos tomar la iniciativa de revertir que esta situación del sobrepeso y obesidad en escolares debería controlarse mediante actividades de promoción y prevención que favorezca la creación de hábitos de alimentación saludable, así como también fomentar la actividad física oportuna, más si los escolares pueden ser los mejores interlocutores de generar una corriente social de prevención del sobrepeso y obesidad en su comunidad.

## DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es una enfermedad panmetabólica crónica, encuadrada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles que son las responsables de la pérdida de la mayor cantidad de años potenciales de vida. Es una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad ocupando gran parte de los recursos sanitarios del país.

	DIAGNOSTICO	TOTAL	ETAPAS DE VIDA			
			00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a
	(E10) - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE	2483	85	75	161	1206
	(E11) - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	44013	243	218	883	21767
	(E12) - DIABETES MELLITUS ASOCIADA CON DESNUTRICION	157	15	3	3	75
	(E13) - OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS	1706	123	22	79	758
	(E14) - DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA	49815	484	315	1301	24579

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se estima que aproximadamente un 25 por ciento de las personas adultas en el Perú sufren de hipertensión arterial, enfermedad que se presenta frecuentemente a partir de los 40 años de edad, debido a factores de riesgo como el tabaco, la falta de deporte y los malos hábitos alimenticios. La dolencia se caracteriza por ser silenciosa. La persona sólo se entera que sufre de hipertensión cuando ya existe una complicación como dolores intensos de cabeza, hemorragia cerebral e infarto. De acuerdo a un estudio realizado por el MINSA, considerando las regiones naturales, se estimó que la mayor prevalencia de hipertensión arterial se da en la costa (27.3%) y la sierra es la que presenta menor afectación (18.8%).

Esta enfermedad es considerada como un problema de salud pública. A medida que se aumenta de peso, se eleva la presión arterial. La prevalencia de este trastorno entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. Significa la quinta causa de consulta externa en la población adulta que acude a los establecimientos públicos de salud. La elevada presión arterial no presenta síntomas, por lo que la única manera de detectarla es mediante chequeo médico periódico o diagnóstico que se puede realizar por los antecedentes familiares y personales, una exploración física u otras complementarias.

En la sierra, las ciudades están situadas a diferentes alturas sobre el nivel del mar. En cada región, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes, lo que influye en los factores de riesgo cardiovascular y probablemente en el desarrollo de la aterosclerosis. Al componente socio cultural y al incremento de la población habría que agregar los cambios biológicos por la altura y la predisposición genética.

En el Perú, en las últimas décadas han acontecido importantes cambios en la distribución de la población, con un incremento acelerado, básicamente por una gran migración del campo a la ciudad, de la región andina a la costa, de rural y agrícola a grandes concentraciones urbanas, en busca de mejores niveles de vida.

La hipertensión arterial disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población, por lo que es un reto importante para la salud pública. Para un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial en las diferentes ciudades en las 3 regiones del país, lo que permitirá conocer la realidad

nacional y poder aplicar la prevención, método importante y económico difundido en todo el mundo, responsabilidad que pertenece a los organismos de Salud Pública del Estado.

Distribución de la población por casos de hipertensión según grupo de edad, sexo y región natural

Según selección	Costa		Sierra		Selva	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo etareo						
18-29	1398	22,8	1874	30,7	509	25,2
30-39	1218	19,9	1395	22,3	451	22,4
40-49	1247	20,3	1143	18,7	496	2,6
50-59	1076	17,5	870	14,3	331	16,4
60-69	723	11,8	497	8,1	161	8,0
70-79	387	6,3	293	4,8	53	2,6
>80	86	1,4	69	1,1	15	0,7
Sexo						
Varones	3043	49,6	2991	49,0	1025	50,8
Mujeres	3,43	50,4	3114	51,0	991	49,2
TOTAL	6135	100,0	6105	100,0	2016	100

## NEOPLASIAS MALIGNAS

El cáncer es uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud.

El **cáncer del cuello uterino** tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual por no tener o tener en forma deficiente programas de detección temprana con el PAP, ácido acético o lugol; en las naciones desarrolladas que los tienen, la incidencia y mortalidad ha declinado en forma significativa. Además hoy se cuenta con la vacuna contra el virus del papiloma humano aunque no se encuentra en todos las neoplasias malignas del cerviz uterino.

El **cáncer de colon rectal** se presenta en el 95% de los casos en individuos mayores de 50 años y la edad media en el momento del diagnóstico se sitúa hacia los 70 años. Los principales síntomas de comienzo son las alteraciones del ritmo intestinal durante las últimas semanas, el dolor abdominal y la rectorragia persistente sin síntomas anales. En la mayoría de los casos suelen ser insidiosos.

El **cáncer de mama** es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal—la más frecuente—que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna

La detección temprana del **cáncer de próstata** es muy baja, ya que los pacientes por lo general llegan con enfermedad avanzada; esporádicamente se realizan campañas de cribado del cáncer de próstata que nos permiten detectar esta enfermedad en estadios tempranos. Las tasas de incidencia y mortalidad varían de país en país; probablemente hay un sub-registro en el país, al no contar con registros que muestren la incidencia general. Lo cierto es que no hay órgano que no sea afectado por algún tipo de neoplasia maligna pero los de mayor prevalencia son los de la mama, cuello uterino, estómago, próstata, piel y colon. El cáncer puede presentarse a muy temprana edad como de muestra en una de las siguientes tablas pero es notoria que su mayor incidencia ocurre en los grupos de edad de los 30 a 59 y el de 60 y más.

Nº de casos de neoplasias malignas  
Seleccionadas 2009

Mama	14,761
Cuello Uterino	11,269
Estomago	7,457
Próstata	7,343
Piel	6,245
Colon	4433
Ovarios	3,212
Pulmón	3,072
Recto	1,514
Hígado	1,459
Vesícula Biliar	971
Páncreas	944
Huesos	869
Encéfalo	825
Riñón	810
Testículos	790
Vejiga	641
Esófago	620
Intestino Delgado	179

## CASOS DE TUMORES MALIGNOS SELECCIONADAS

## POR ETAPAS DE VIDA 2009

	0 a 11	12 a 17	18 a 29	30 a 59	60 y más
<b>Mama</b>	104	150	705	10,387	3,430
<b>Cuello Uterino</b>	2	32	813	7,431	2,540
<b>Estomago</b>	28	17	229	2,615	4,570
<b>Próstata</b>	1	7	56	704	6,275
<b>Piel</b>	148	96	328	1,770	3,846
<b>Colon</b>	16	15	182	1,808	2,412
<b>Ovarios</b>	5	39	255	2,094	826
<b>Pulmón</b>	14	16	91	1,390	1,822
<b>Recto</b>	6	2	54	669	780
<b>Hígado</b>	30	43	92	610	746
<b>Vesícula Biliar</b>	5	4	18	372	581
<b>Páncreas</b>	20	12	28	314	573
<b>Huesos</b>	106	144	103	293	201
<b>Encéfalo</b>	68	45	107	364	180
<b>Riñón</b>	5	9	15	390	473
<b>Testículos</b>	12	34	260	369	120
<b>Vejiga</b>	4	1	7	156	478
<b>Esófago</b>	20	5	29	164	402
<b>Intestino Delgado</b>	4	2	13	79	75
<b>Total</b>	<b>1,598</b>	<b>979</b>	<b>3,385</b>	<b>31,981</b>	<b>30,380</b>

Elaboración propia a base de información Oficina de Estadísticas MINSA

*Oe. Promover y fortalecer la incorporación de la interculturalidad (IC) y el uso seguro de terapias alternativas en los servicios de salud.* (Indicador: porcentaje de establecimientos de salud de zonas priorizadas que incorporan prácticas de salud intercultural y uso seguro de las terapias alternativas)

En el 2009 se ha concluido con la incorporación de prácticas de salud intercultural y uso seguro de terapias alternativas en 221 de los 800 establecimientos de salud programados para el quinquenio, es decir el 27.6% y en el acumulado 2007-2009 se ha alcanzado el 45.8% de establecimientos.

En el año 2009 se ha intervenido en 26 brotes epidémicos a nivel nacional que en relación al valor del indicador programado significa un avance del 21.7% del total de 120 intervenciones de respuesta sanitaria programado para el quinquenio 2007-2011. En

términos acumulados de un programado de 60% entre el 2007-2009 se ha alcanzado 54.2%.

Las acciones más relevantes en el año 2009 han sido las intervenciones de respuesta sanitaria en los brotes epidémicos: (i) Dengue en Piura (2), Tumbes y Lima; *Vibrio Parahemoliticus* en Cajamarca y la Libertad; Influenza AH1N1 en Lima, Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Pasco Piura y Tacna; Polivirus vacunal en Junín, Barranca y Tayabamba-La Libertad; *Salmonella* en Ayacucho; Rabia Canina en Puerto Maldonado-Madre de Dios. (ii) Identificación plena de los brotes con una comunicación fluida con las regiones para las acciones directas *in situ* y que a la vez sirvieron para la implementación de las medidas de prevención y control relacionados a los agentes que produjeron los brotes. (iii) Manejo rápido de respuesta en el diagnóstico de la Influenza AH1N1 mediante la estandarización del método de análisis para el diagnóstico, la logística para el suministro de reactivos y la respuesta adecuada del personal para el rápido proceso de análisis diagnóstico.

OE

- 5. Desarrollar un adecuado sistema de gestión del conocimiento empleando las tecnologías en la generación de evidencias para la formulación de políticas e intervenciones en salud.** (Indicador: % de investigaciones concluidas que generan evidencias en salud pública) Oficina General de Investigaciones y Transferencia Tecnológica-INS

Oe. Generar información adecuada y oportuna así como evidencias para las intervenciones en salud. (Indicador N° de investigaciones publicadas que generan evidencias en salud pública difundida)

En el año se han publicado 89 investigaciones (31 en revistas internacionales y 58 en revistas nacionales). Se programaron 50 investigaciones por lo que se ha superado la meta largamente.

Oe. Desarrollar investigación técnica y científica articulada con los problemas prioritarios de salud pública del país y definidas con actores relevantes. (Indicador: Porcentaje de investigaciones concluidas articuladas con los problemas prioritarios de salud pública del país y definidas con actores relevantes)

En el año se han concluido 13 de las 30 investigaciones programadas para el año, es decir el 43.3%. Las investigaciones finalizadas y con informe final más destacadas son: para

(i) Enfermedades Transmisibles:

- Factores asociados a los niveles de seroprotección post vacunación para Hepatitis B en menores de 5 años en los grupos étnicos Shapra, Candoshi, de Daten del Marañón y en los Mashiguengas, Nahuas del bajo Urubamba.

- Metodología de la intervención y participación comunitaria para controlar la presencia del vector en el Distrito de Hunter, localidad de Caminos del Inca y ampliación Pampa del Cusco 2005
  - Evaluación de la capacidad biocida de *Bacillus Thuringiensis* H-14 var *Israelensis* cultivado en sanguaza.
  - Participación comunitaria en el control y la vigilancia vectorial del Dengue en el Distrito de la Esperanza 2006
- (ii) Enfermedades no Transmisibles:
- Diatomeas de la cuenca del Río Locumba como posibles bioindicadores de la calidad del agua.
  - Factores socio epidemiológicos asociados a la mortalidad materna en el Departamento de Huánuco 2002-2004.
  - Eficacia de una intervención para la prevención y control de síndrome metabólico en Zaña, setiembre 2005-junio 2006.
  - Vivencias del embarazo en adolescentes su pareja o familiar de influencia en las decisiones y redes comunitarias en Sullana y la Ciudad de Ayabaca, 2005
- (iii) Investigación en procesos tecnológicos:
- Evaluación de un Programa de Diagnóstico Rápido de resistencia a drogas antituberculosas en la red de laboratorios de Salud Pública en el Perú.

OE

**6. Satisfacer las necesidades y demandas de bienes y servicios especializados en salud pública con calidad y oportunidad** (indicador: Porcentaje de atención de la demanda nacional de bienes y servicios especializados) Centro Nacional de Control de Calidad-INS

*Oe. Implementar un plan de producción y organizar la oferta de productos especializados en función a necesidades y demandas nacionales.* (Indicador: Porcentaje de cumplimiento del Plan de Producción Anual de Bienes)

En el año se han producido 744,248 dosis de vacunas, sueros antiponzoñosos y medios de cultivo de 2' 800,000 programados para el años 2009 es decir el 26.6%

*Oe. Implementar un plan de servicios especializados de control de calidad en función a necesidades y demandas nacionales.* (Indicador: Porcentaje de cumplimiento del plan de servicios especializados de control de calidad) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición y Centro Nacional de Control de Calidad

En el año se han realizado 73 de 75 inspecciones de control de calidad de fortalecimiento de alimentos programadas para el 2009, es decir el 97.3%. 21 corresponden a productoras de harina de trigo y 52 a empresas productoras de sal. La realización del control de la fortificación de la harina de trigo y de la sal a través de la inspección de los proceso de producción y verificación analítica de micronutrientes, habiéndose realizado 7471 análisis físico químico y microbiológico de control,

En cuanto a medicamentos, drogas y relacionados, se realizó el control de calidad de 1,383 medicamentos y afines de 1383 programados para el año, es decir el 101%, correspondiendo mayormente a productos pesquisados por la DIGEMID del MINSA.

Oe. Desarrollar la infraestructura física y equipamiento del Instituto Nacional de Salud (Indicador: N° de proyectos de inversión concluidos)

Se programaron 3 proyectos, 2 están en ejecución: (i) mejora de la capacidad de producción del Laboratorio de Inmunoseros; (ii) modernización del Laboratorio de Vacunas Virales Antirrábica de uso veterinario, aun no concluidos.

Del total de 4,000 medicamentos programados para el quinquenio 2007-2011 se han realizado el control de calidad de 292 productos diferentes a los analizados en años anteriores, es decir el 7.3% a pesar de haberse programado sólo el 2% para el 2009.

OE

**7. Promoción y prevención de la salud** (Indicador: Porcentaje de la población informada intramuros en temas prioritarios de salud) **INEN**

Oe. Lograr que la población adquiera capacidades, hábitos y prácticas de estilos de vida saludable en relación a los factores de riesgo de enfermar de cáncer.

(LPS-2007-2020)

**2. Atención integral de salud a la mujer y al niño privilegiando las acciones de promoción y prevención. (1 en LPS2007-2020)**

<b>Objetivos Sanitarios 2007-2020 relacionados con el Lineamiento de Política de Salud 1</b>	
Objetivo 1.	Reducir la Mortalidad Materna: Reducir el embarazo en adolescentes; reducir complicaciones del embarazo, parto, y post parto; ampliar el acceso a la planificación familiar
Objetivo 2.	Reducir la Mortalidad Infantil: Reducir enfermedad y muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.
Objetivo 3.	Reducir la Desnutrición Infantil: Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente en las regiones con mayor pobreza

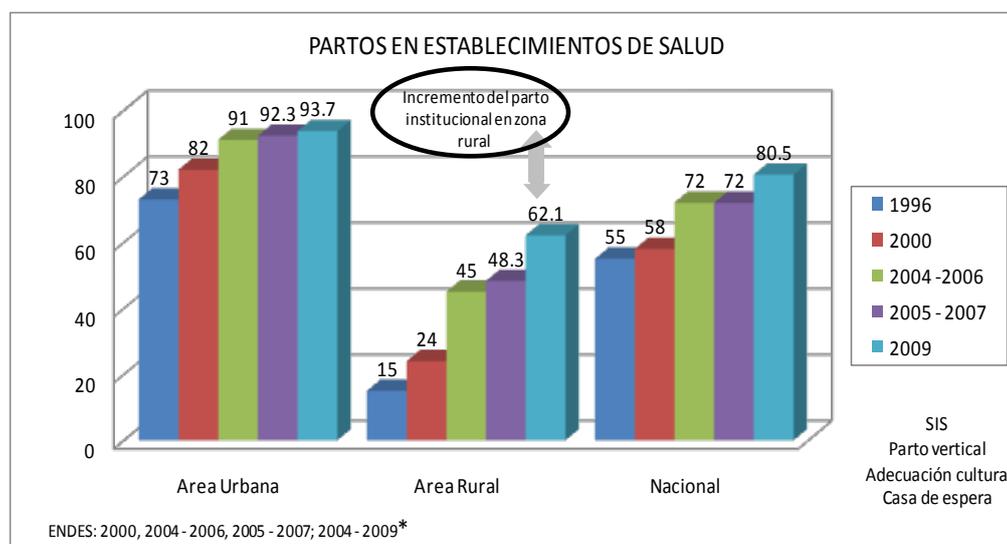
**Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

8. **Reducir la mortalidad materna y neonatal** (Indicador: Cobertura de parto institucional en zonas rurales) **Pliego 11**

Oe. Disminuir la Morbimortalidad materno Neonatal con énfasis en la población de menores recursos.

Respecto al indicador de partos institucionales estos han seguido en aumento lográndose el 62.1% de atención de parto institucional en zona rural, frente al registrado en la ENDES 2000 de 24%. Se ha superado la meta programada para el año 2009 que era de 60%. Esto puede deberse a la mayor cobertura del SIS, la estrategia de casas de espera, la adecuación cultural de los servicios y la atención de parto vertical entre otras razones.



Ocho de cada diez nacimientos en los cinco años anteriores a la ENDES Continua 2009 (82,0 por ciento) tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción se incrementa en 24,1 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2000 (57,9 por ciento). La ocurrencia del parto en casa bajó de 41,0 por ciento en la ENDES 2000 hasta 16,7 por ciento en la ENDES Continua 2009.

De igual manera, se han acortado las coberturas entre madres sin educación y las que tienen educación superior (de 14,5 frente a 93,3 por ciento a 54,3 frente a 96,2 por ciento entre las dos encuestas). Al examinar otras características, como los quintiles de riqueza superior y cuarto quintil e inferior la diferencia es de 97,3 frente a 51,5 por ciento en la ENDES Continua 2009.

La salud materna en el Perú ha mejorado ostensiblemente en la última década, sin embargo, existen problemas que merecen preferente atención, como la persistencia de tasas de mortalidad relativamente elevadas para la región y diferenciales significativos por nivel educativo, de capacidad económica o residencia. La morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida y el estatus de la mujer en el país.

Las estadísticas de rutina tales como las estadísticas vitales o los registros de los servicios de salud todavía tienen márgenes apreciables de sub-registro o error, lo que limita seguir de manera confiable la evolución de algunos indicadores de salud. La ENDES Continua 2009 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materna que permite llenar, en parte, el vacío mencionado.

Tratar sobre la mortalidad materna obliga a revisar la situación de temas tales como la atención prenatal, la asistencia durante el parto y el cuidado postparto. El objetivo básico es identificar los grupos más vulnerables y las acciones de salud más débiles, para así contribuir en la planificación de los programas de salud materna, pues constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil.

### **Atención Prenatal**

En relación a la atención prenatal la ENDES determina que la mayoría de las mujeres (94,5 por ciento) tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetrix, enfermera o técnico/sanitario/promotor), lo que constituye un aumento frente al 83,8 por ciento encontrado durante la ENDES 2000. Sin embargo, la región de la Selva se mantiene a la zaga con 83,5 por ciento.

La atención prenatal por médico presenta una tendencia a disminuir, desde 34,6 por ciento en la ENDES 2000, a 28,9 por ciento en la ENDES 2009. Hay, sin embargo, siete departamentos que registran un aumento en la atención prenatal por médico.

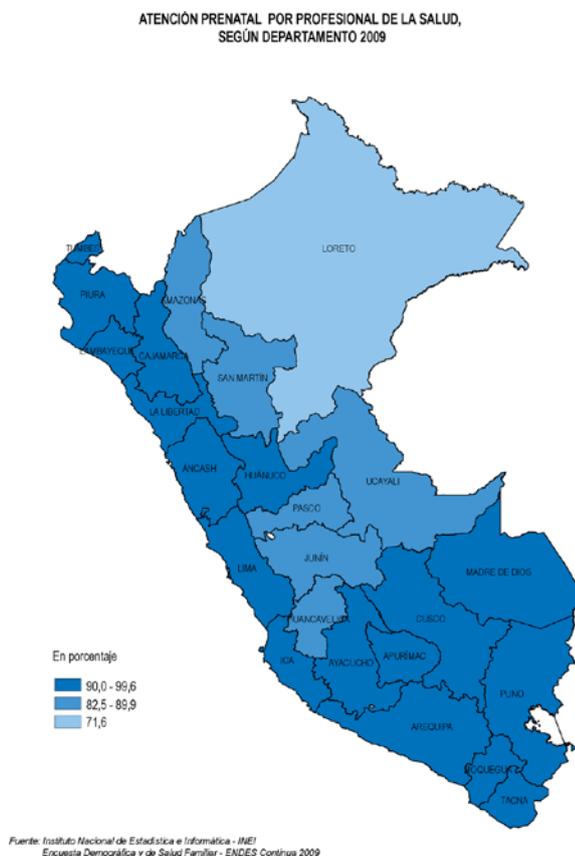
Las diferencias de atención prenatal son notorias, así, relativamente menos adolescentes se atendieron con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años (17,6 frente a 34,4 por ciento). Seis de cada diez adolescentes se controlaron con una obstetrix, continuando el incremento visto desde la ENDES 2000. Más mujeres en su primer nacimiento son atendidas por un médico (33,0 por ciento), comparado con el cuarto o quinto nacimiento (19,5 por ciento) o el sexto o posterior nacimiento (12,5 por ciento).

Por área de residencia, casi el triple de mujeres fueron atendidas por un médico en el área urbana que en la rural (37,1 frente a 12,6 por ciento). Sin embargo, sigue en incremento la atención prioritaria por obstetrices en el área urbana, la que subió de 40,9 a 58,7 por ciento entre las dos encuestas mencionadas.

En el área rural, la obstetrix y la enfermera tuvieron más predominancia que el personal médico (57,2 y 17,3 %, respectivamente). Al interior del país, las enfermeras aumentaron su presencia, especialmente en la región de la Sierra (14,9 por ciento) y en la Selva (6,8 por ciento).

En cuanto a nivel educativo, más de la mitad de las mujeres con educación superior se controlaron con un médico (53,5 por ciento), lo que disminuye con respecto a la ENDES 2000 (64,5 por ciento), a favor de los otros profesionales de la salud. Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil de riqueza inferior y el superior para la atención médica va de 10,3 a 66,6 por ciento, en la ENDES 2009. Sólo el 2,8 por ciento no recibió atención prenatal alguna. Esta cifra representa un avance importante en relación al

2000, donde el 15,5 por ciento de mujeres no recibía atención. Este 2,8 por ciento sube hasta 10,9 y 16,5 por ciento en Ucayali y Loreto, respectivamente.

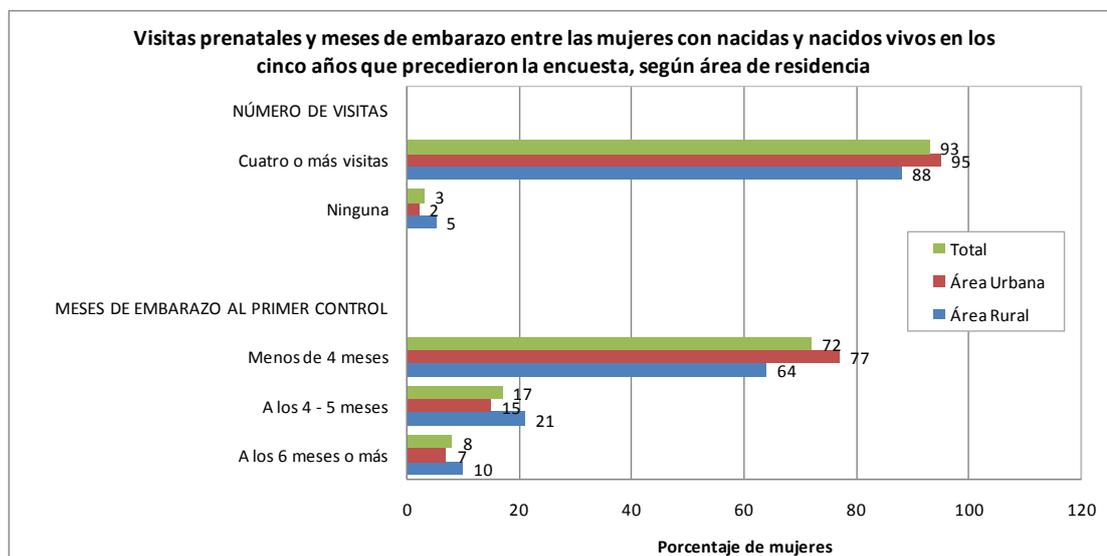


Casi la totalidad de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron cuatro o más visitas de atención prenatal (92,5 por ciento), lo cual es más favorable a lo encontrado en la ENDES 2000 (69,0 por ciento). Similar situación se observa entre área de residencia urbana y rural (94,8 y 87,6 por ciento, respectivamente). Sin embargo, donde subsiste un enorme contraste de cuatro veces es en si la madre no tuvo alguna visita de atención prenatal en comparación con las que tuvieron cuatro o más visitas (17,5 frente a 71,9 por ciento en el 2000 y todavía 20,8 frente a 85,2 por ciento en la ENDES Continua 2009)

Se ha señalado al inicio de Informe de Evaluación que para medir los avances en la consecución de los objetivos estratégicos nos valemos de una batería de indicadores. Poco importa medir las acciones, los productos o actividades salvo que nos indiquen que estamos en el curso correcto para lograr resultados que nos encaminan al logro de los objetivos estratégicos que nos hemos trazado.

Por ello, el control médico durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre y del hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones (ej., presión alta, anemia, etc.) que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Además, durante las visitas se

vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal. También se le aconseja acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido. En muchos de los controles prenatales, también se orienta a la madre sobre la planificación familiar.



### Asistencia durante el parto

Entre la ENDES 2000 y la ENDES 2009, hay un continuo incremento de atención de parto por médico (35,7 frente a 49,4 por ciento, respectivamente). Siguen la disminución en el caso de las obstetrices. Luego aparecen las parteras empíricas/comadronas, quienes reducen su participación apreciablemente desde el año 2000 de 21,1 por ciento hasta constituir sólo el 7,6 por ciento de partos, en la ENDES 2009.

La persona que asiste el parto contrasta fuertemente por características de la mujer. Así, los porcentajes de atención por un médico subieron considerablemente, de acuerdo a si es el primer nacimiento en comparación con el sexto o mayor (58,9 frente a 24,7 por ciento), o si la mujer reside en el área urbana o rural (63,3 frente a 24,4 por ciento). La Sierra y la Selva experimentan incrementos desde la ENDES 2000 a la ENDES 2009, desde 17,5 a 33,1 por ciento y 19,8 a 29,1 por ciento, respectivamente. Los departamentos muestran gran disparidad, como las diferencias entre el 77,1 por ciento de partos atendidos por un médico en Lima en comparación con Loreto (25,0 por ciento) o Huánuco (25,9 por ciento). Las obstetrices continúan incrementando su atención, especialmente entre las madres que viven en el área rural (30,2 por ciento) o que no tuvieron educación (22,6 por ciento).

El nacimiento por cesárea, que se estima debe situarse entre 5,0 y 15,0 por ciento de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú, y revelando inequidades importantes. Así, se incrementó de 12,7 a 21,4 por ciento entre la ENDES 2000 y la ENDES Continua 2009.

Como ya ha ocurrido anteriormente, al desagregar la cifra por características de la mujer, se revelan importantes contrastes. Se observa que las cesáreas fueron el 47,0 por ciento entre las mujeres en el quintil superior, 39,1 por ciento entre las mujeres más educadas,

38,4 por ciento en Lima Metropolitana, 36,4 y 35,5 por ciento en Lima y Tumbes, respectivamente. Por otro lado, se mantiene en niveles inaceptablemente bajos entre las mujeres que no dieron a luz en un establecimiento de salud (1,5 por ciento), entre las mujeres sin educación (5,2 por ciento) o que viven en el área rural (7,5 por ciento).

### **Cuidado Postnatal De Las Madres**

La mayoría de mujeres (64,3 por ciento) tuvo un primer control postnatal dentro de las primeras cuatro horas después del parto. Si se añade la proporción que la tuvo entre las 4 y 23 horas postparto, nueve de cada diez mujeres tuvieron su control postnatal antes de los dos días después del parto.

Los porcentajes difieren por características de las mujeres. Así, sólo un 52,9 por ciento de mujeres en el quintil inferior tuvieron un control antes de las cuatro horas postparto. Las bajas proporciones de control temprano están relacionadas con altos porcentajes de mujeres que no recibieron control alguno, como es el caso de las mujeres en el quintil inferior (23,3 por ciento), sin educación (22,1 por ciento), en general, de la Selva (20,8 por ciento). No recibieron control postnatal (o lo recibieron después de 41 días) un 7,8 por ciento de mujeres.

Del total de últimos nacimientos que recibieron control postnatal, la mayoría de ellos fueron atendidos por médico (38,0 por ciento), seguido cercanamente por obstetriz (34,9 por ciento) y luego por enfermera (16,4 por ciento); en conjunto, representan un total de 89,3 por ciento de mujeres atendidas por un personal calificado. Es importante resaltar la muy baja participación de personal de primer nivel o comunitario (sanitario/promotora o comadrona /partera) como proveedor de atención postnatal

### **Respecto a los niveles y tendencias de la mortalidad neo natal, mortalidad infantil y en la niñez**

Hay que señalar que se debe prestar especial atención a la mortalidad durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal), pues cuando desciende la mortalidad infantil y en la niñez, se espera que los riesgos tiendan a concentrarse en el primer mes de vida, por provenir fundamentalmente, de razones congénitas. En cambio, las causas de las defunciones a partir del segundo mes de vida son atribuibles principalmente a los condicionantes de salud y socioeconómicos imperantes en los hogares y en su entorno.

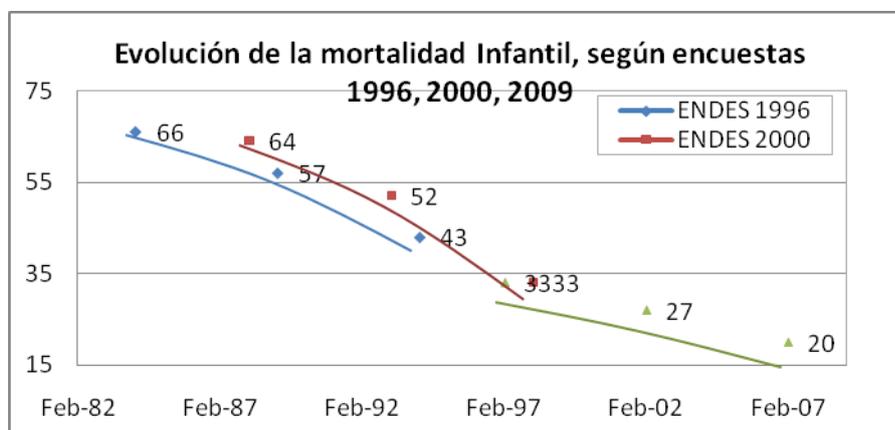
Los descensos observados en los tres últimos quinquenios son importantes en la mortalidad neonatal (de 18 a 11 defunciones por mil nacidos vivos) y post-neonatal (de 15 a 9 defunciones por cada mil nacidos vivos), los que tienen mayor relación con el entorno de salud, en especial la mortalidad neonatal. La disminución de la fecundidad también ha tenido un rol importante en la baja de la mortalidad, pues ha descendido la proporción de embarazos de alto riesgo.

Según la ENDES 2009, de cada 1 000 niños y niñas que nacieron en Perú durante los 0 a 4 años anteriores a la encuesta (fecha central: febrero 2007), 20 murieron durante el primer año en comparación con 27 para el período 5 a 9 años anteriores (fecha central: febrero 2002) y 33 para el período 10 a 14 años anteriores (fecha central: febrero 1997). Las estimaciones se consideran razonables si se tiene en cuenta el aumento del acceso de la población a los servicios de salud, principalmente en las áreas rurales.

La mortalidad en la niñez, medida como muertes antes del quinto cumpleaños por cada 1,000 nacidos vivos, alcanzó durante el último quinquenio la cifra de 26; mientras que para el quinquenio inmediatamente anterior ha sido de 36; y, el quinquenio 10 a 14 años anteriores fue de 47 niños por cada 1 000 nacidos vivos.

Cabe señalar que los valores de las probabilidades de morir a las diferentes edades consideradas son especialmente susceptibles a errores y variaciones aleatorias propias de las encuestas por muestreo, dada la baja frecuencia de estos eventos en la población total. Esta situación conlleva la necesidad de ser cautelosos en la interpretación de las tendencias observadas, sean éstas dadas por una encuesta en particular o establecidas mediante la comparación de valores puntuales derivados de diferentes investigaciones. Los intervalos de confianza de las estimaciones de mortalidad se presentan en el Apéndice B.

Con el fin de ilustrar lo señalado en el párrafo anterior, se presentan en el Gráfico siguiente las probabilidades de morir durante el primer año de vida, resultantes para los tres quinquenios que precedieron a la ENDES Continua 2009 y para períodos similares referentes a las otras ENDES realizadas en el país en 1996 y 2000.



### Diferenciales de la mortalidad infantil y en la niñez

Para ciertas características es suficiente proporcionar estimaciones confiables para un período de cinco años, para la presentación de las tasas de mortalidad según región o departamento aún es recomendable ampliar el período de referencia hacia los 10 años anteriores a la encuesta, debido a que el tamaño de la muestra puede ser insuficiente para proporcionar estimaciones confiables para un período de cinco años. Las estimaciones presentadas para la ENDES Continua 2009 en el Cuadro 7.2 por características seleccionadas como lugar de residencia y quintiles de riqueza y en el Cuadro 7.3 por características demográficas, se reseñan para un período de cinco años. Los niveles de la

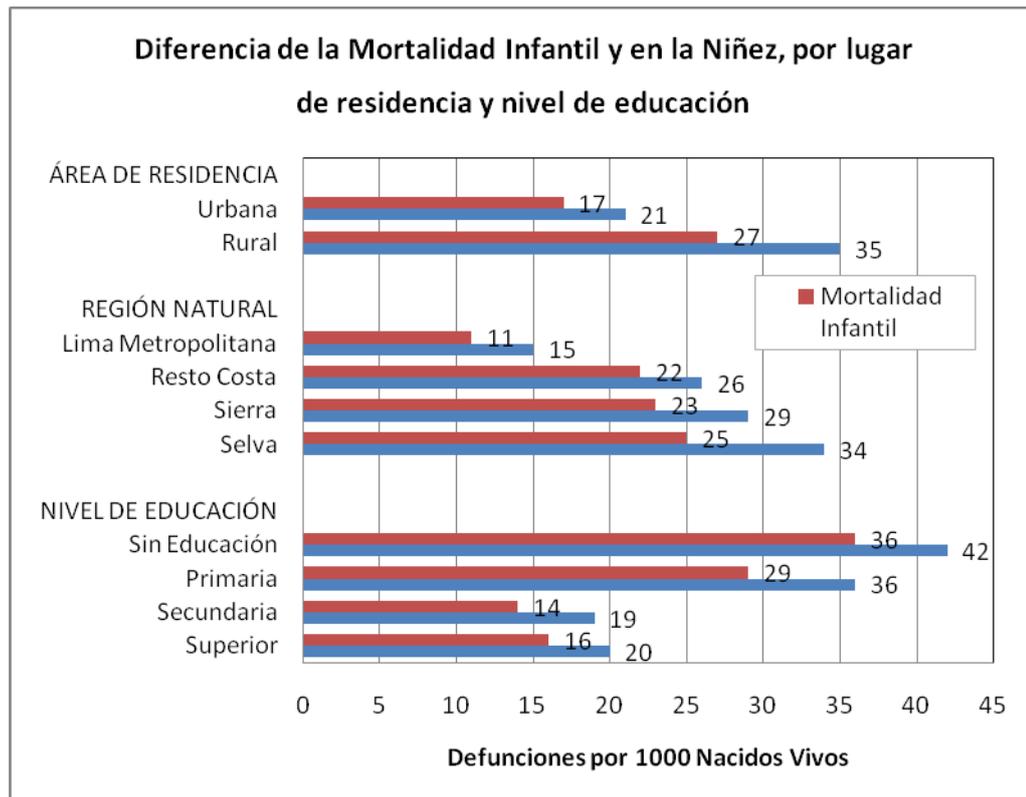
mortalidad infantil y en la niñez se resumen en el Gráfico 7.2 por lugar de residencia y nivel de educación de la madre. El cuadro 7.4 presenta la información desagregada por departamento y se refieren a un período de diez años. En el Apéndice B, se presentan los errores de muestreo para las estimaciones.

### **Mortalidad por características seleccionadas**

La tasa de mortalidad infantil rural fue 27 y la urbana 17 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Respecto a las tasas estimadas en la ENDES 2000 (45 en el área rural y 24 en el área urbana), se ha producido un descenso de 40,0 por ciento en el área rural y 29,2 por ciento en el área urbana. La mortalidad en la niñez también fue mayor en el área rural 35 contra 21 por mil en el área urbana.

De acuerdo con la región natural de residencia, el riesgo de mortalidad infantil continúa siendo mayor en la Sierra y la Selva que en Lima Metropolitana o Resto Costa. Los niños que nacen en aquellas regiones tienen tasas de mortalidad infantil de 23 y 25 por mil, respectivamente; en tanto que en Lima Metropolitana fue 11 y en Resto Costa 22 defunciones por mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez en Lima Metropolitana alcanza el nivel más bajo (15 por mil); sin embargo, aumenta en las otras regiones siendo la tasa más alta en la Selva (34 por mil). El nivel educativo de la madre establece diferencias en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación o con estudios de primaria tienen una mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida (36 y 29 por mil, respectivamente), que aquellos de madres que tienen estudios superiores (16 por mil).

La situación económica de los hogares es determinante en la mortalidad infantil: el nivel de mortalidad infantil fue elevado en el quintil inferior y segundo quintil de riqueza (27 y 30 por mil) y va disminuyendo hasta 14 defunciones por mil nacidos en el quintil superior. Similar comportamiento se presenta en la mortalidad de la niñez: en el quintil inferior y segundo quintil fue 34 y 36 niños por mil nacidos vivos y en el quintil superior apenas llega a 17 por mil.



### *Mortalidad por características demográficas*

Como era de esperar, la tasa de mortalidad infantil de los varones (23 por mil) fue mayor en cinco puntos que la tasa de mortalidad infantil de las mujeres (18 por mil). De forma similar, la tasa de mortalidad en la niñez de los varones fue 27 por mil y de las mujeres 24 por mil.

También existen diferencias en la mortalidad según la edad de la madre, el orden del nacimiento del niño y la menor amplitud del tiempo transcurrido entre un nacimiento y otro.

Al analizar los resultados por edad de la madre, se encuentra un alto riesgo de mortalidad infantil para los niños de madres adolescentes (22 por mil); y, un menor riesgo de Mortalidad para aquellos cuyas madres tienen entre 20 a 29 años de edad así como para las de 30-39 años (20 y 19 por mil, respectivamente). Entre los niños con madres de 40 y más años de edad, la tasa fue 23 por mil.

Igualmente, se observa un patrón de riesgo con respecto al número de orden de los nacimientos, así para el primer nacimiento, la tasa de mortalidad infantil fue 18 por mil; en tanto que para los nacimientos de orden 7 y más, la tasa llegó a 25 por mil nacidos vivos.

La duración del período intergenésico permite apreciar otro aspecto en el que se vinculan estrechamente la fecundidad y la mortalidad infantil, estableciendo además las mayores diferencias entre las características demográficas: de cada mil niños y niñas nacidos vivos pertenecientes a intervalos intergenésicos menores a dos años, 39 mueren antes del primer

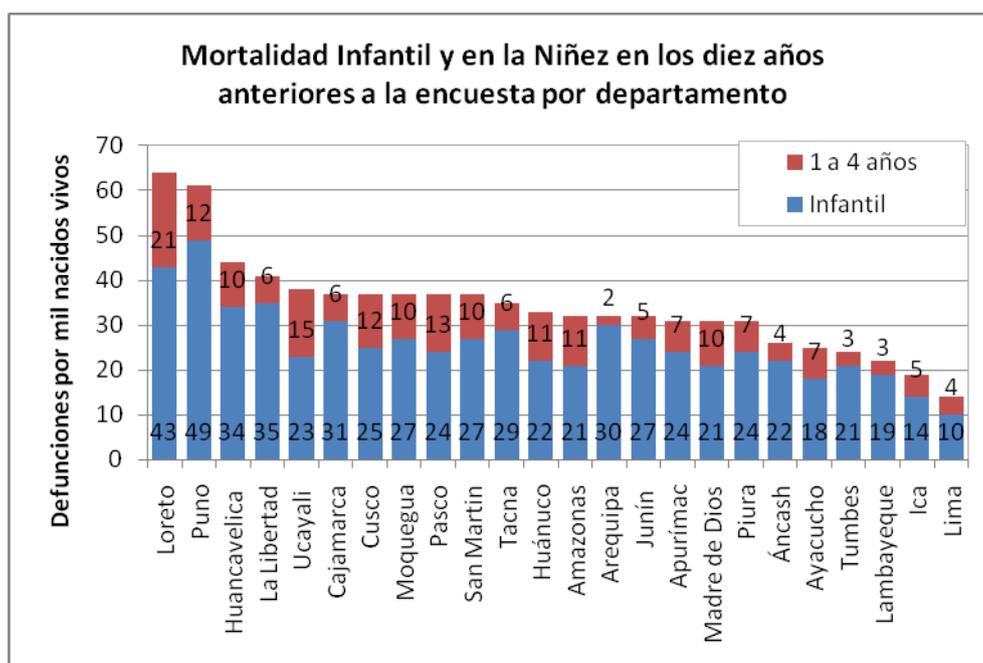
año, frente a 16 por mil para los niños y niñas cuyas madres tienen un intervalo intergenésico de cuatro o más años.

### *Mortalidad por departamento*

Se presentan las tasas de mortalidad por región con datos de los diez años anteriores a la encuesta, las cuales tienen una fecha central de estimación que para el caso de la ENDES Continua 2009, es julio 2004.

De acuerdo con el lugar de residencia, los departamentos de Puno y Loreto (49 y 45 defunciones por mil nacidos vivos, respectivamente) fueron los que presentaron las más altas tasas de mortalidad infantil, seguidos de La Libertad y Huancavelica (35 y 34 defunciones por mil nacidos vivos, respectivamente), en tanto, Lima e Ica (10 y 13 defunciones por mil nacidos vivos) tuvieron las más bajas tasas de mortalidad infantil.

La mortalidad en la niñez alcanza el nivel más bajo en el departamento de Lima (14 por mil); sin embargo, aumenta en los otros departamentos, ubicándose la tasa más alta en Loreto (64 por mil), 4,6 veces la de Lima.



OE

9. **Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años** (Indicador: Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años)**Pliego 11**

Oe. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años con énfasis en la población de extrema pobreza.

## DESNUTRICIÓN CRÓNICA

La ENDES Continua 2009 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años.

### **Desnutrición Crónica**

A nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 23,8 por ciento de niñas y niños menores de cinco años; esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2000 (31,0 por ciento). Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (40,3 por ciento), es decir, 2,8 veces más que en el área urbana (14,2 por ciento). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (37,5 por ciento), mientras que en Lima Metropolitana, este porcentaje representó el 7,5 por ciento, frente a Huancavelica (53,6 por ciento).

Según el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2009, durante el período 2007-2009, la cifra de desnutrición crónica descendió en 4.3%, es decir 2.5% por año. Los esfuerzos por disminuir la desnutrición crónica en el país van logrando resultados, según lo muestra el último reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, en el que señala que se ha pasado del 21,5 % (ENDES 2008) al 19,0 % (ENDES 2009 – 1er Semestre).

### **Desnutrición crónica según grupos de edad y sexo**

Por sexo, la desnutrición crónica no presenta diferencias significativas (24,7 por ciento en niños y 22,9 por ciento en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses, el porcentaje de desnutrición crónica fue 16,8 por ciento. Entre los infantes de 6 a 8 meses este porcentaje disminuyó a 13,7 por ciento, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses (29,8 por ciento).

En niñas y niños de 24 a 35 meses, la proporción de desnutrición crónica fue 26,5 por ciento, porcentaje que aumentó ligeramente en el grupo de 36 a 47 meses (27,1 por ciento), disminuyendo en las niñas y niños de 48 a 59 meses (22,5 por ciento).

### **Desnutrición crónica según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento**

El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 45,3 por ciento, 2,3 veces más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (20,0 por ciento).

La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor de 24 meses y de 24 a 47 meses (34,8 y 33,7 por ciento, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 a más meses presentaron menores porcentajes (16,7 y 21,2 por ciento, respectivamente).

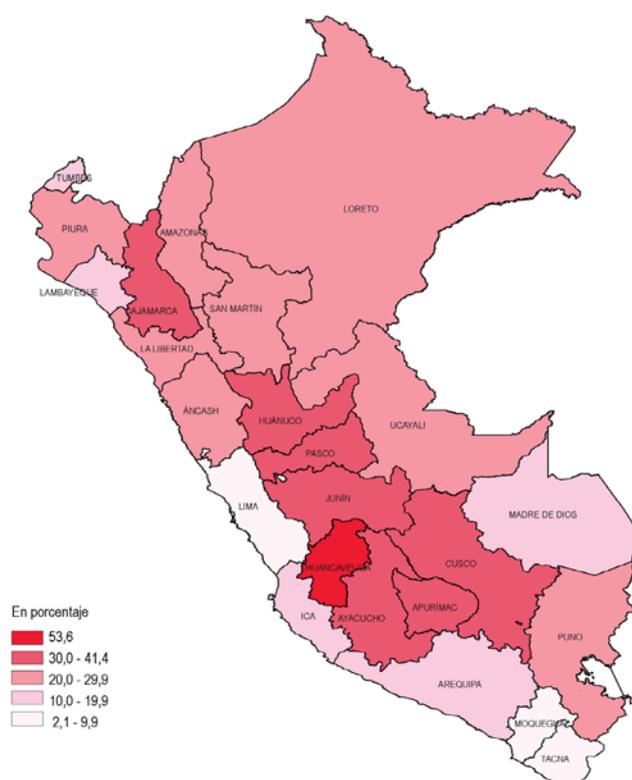
## Desnutrición crónica según características de la madre

La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin nivel de educación (55,1 por ciento); mientras que los menos afectados de desnutrición crónica fueron de madres con mayor nivel educativo: 7,0 por ciento con nivel superior y 16,2 por ciento con secundaria.

## Desnutrición crónica según quintiles de riqueza

Por quintil de riqueza, las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (45,3 por ciento). La menor proporción fue en el quintil superior (4,2 por ciento).

PORCENTAJE DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, (PATRON OMS)  
SEGÚN DEPARTAMENTO 2009



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI  
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2009

## Desnutrición aguda

La desnutrición aguda es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo con relación a una población de referencia.

Esta condición de peso inadecuado para la talla es una condición que pone en riesgo la vida de la niña o niño. La desnutrición aguda refleja una reciente carencia de ingesta de

alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente.

La desnutrición aguda se produce cuando el cuerpo no recibe el aporte alimenticio necesario, éste se adapta y empieza a reducir su actividad física, de sus órganos, de los tejidos, de las células. Al mismo tiempo, las reservas energéticas (músculo y grasa) se metabolizan para responder a las necesidades vitales, resultando en una pérdida de peso debido a la desaparición de masa muscular y tejido graso, mientras que los órganos vitales son preservados. A mayor pérdida de masa muscular y de tejido graso, menor es la probabilidad de sobrevivir.

La desnutrición aguda es un indicador de afectaciones recientes que refleja los daños coyunturales.

### **Desnutrición aguda según ubicación geográfica**

En el país, la desnutrición aguda afectó al 0,6 por ciento de niñas y niños menores de cinco años, porcentaje menor a los valores observados en la ENDES 2000 (1,1 por ciento).

Según área de residencia, la proporción de desnutrición aguda fue similar en el área urbana y rural (0,5 y 0,6 por ciento, respectivamente).

Por región natural, la mayor proporción de desnutrición aguda se presentó en la Selva (1,4 por ciento), mientras que en el Resto de Costa fue 0,5 por ciento, en la Sierra 0,4 por ciento y en Lima Metropolitana 0,2 por ciento.

### **Desnutrición aguda según grupos de edad y sexo**

En casi todos los grupos de edad, la proporción de niñas y niños con desnutrición aguda fue menor al 1,0 por ciento, sólo en el grupo de 6 a 8 meses alcanzó una proporción de 1,0 por ciento.

Por sexo, la proporción de desnutrición aguda fue similar (0,5 por ciento en niñas y 0,6 por ciento en niños).

### **Desnutrición aguda según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento**

El porcentaje de desnutrición aguda entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 1,4 por ciento, 2,8 veces más de aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (0,5 por ciento).

La desnutrición aguda se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyos intervalos de nacimiento fueron menor de 24 meses y 24 a 47 meses (0,9 y 0,7 por ciento, respectivamente).

Los nacimientos con intervalo de 48 a más meses y aquellos que fueron los primeros nacimientos tuvieron porcentajes de 0,5 y 0,4 por ciento, respectivamente.

### **Desnutrición aguda según características de la madre**

El mayor porcentaje de desnutrición aguda en niñas y niños fueron de madres con IMC por debajo de 18,5 (2,3 por ciento) y en madres con sobrepeso u obesidad, este porcentaje fue 0,3 por ciento.

Entre niñas y niños menores de cinco años, la mayor proporción que padeció de desnutrición aguda fue de madres sin nivel educativo (0,9 por ciento); mientras que de madres con nivel de educación superior fue 0,3 por ciento.

### **Desnutrición aguda según quintiles de riqueza**

Por quintil de riqueza, se observó que las proporciones de desnutrición aguda son similares. Así, en el quintil inferior y segundo quintil de riqueza fue 0,7 por ciento en cada uno; en el cuarto quintil y quintil superior fue 0,3 y 0,5 por ciento, respectivamente, y en el quintil intermedio 0,6 por ciento.

### **Desnutrición global**

La desnutrición global es el estado en el cual las niñas y niños tienen un peso menor al esperado para su edad y sexo con relación a una población de referencia. Es considerado como un indicador general de la desnutrición puesto que puede reflejar tanto la desnutrición crónica como la aguda o ambas. En este sentido, puede ser un indicador ambiguo particularmente después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la longitud o talla más que con la edad.

### **Desnutrición global según ubicación geográfica**

A nivel nacional, la desnutrición global afectó al 4,2 por ciento de niñas y niños menores de cinco años, valor que ha descendido en 0,7 puntos porcentuales en relación con el año 2000 que fue 4,9 por ciento.

Por área de residencia, la desnutrición global afectó al 7,5 por ciento de niñas y niños del área rural y al 2,4 por ciento del área urbana.

Por región natural, la desnutrición global se presentó con mayor intensidad en las niñas y niños de la Selva (8,0 por ciento), 6,2 veces más que el valor presentado en Lima Metropolitana (1,3 por ciento).

A nivel departamental, Huancavelica y Ucayali presentaron proporciones similares de desnutrición global (10,6 y 10,5 por ciento, respectivamente), siendo un poco más del doble del promedio nacional. El departamento de Tacna tuvo el menor porcentaje (1,0 por ciento).

### **Desnutrición global según grupos de edad y sexo**

La desnutrición global en niñas y niños menores de seis meses fue 5,4 por ciento. Entre los de 9 a 11 meses, 12 a 17 y 24 a 35 meses, el porcentaje fue menor (5,0 por ciento, en cada grupo). Entre los infantes de 36 a 47 meses fue 3,7 por ciento y en los de 48 a 59 meses descendió a 3,4 por ciento.

Por sexo, la desnutrición global se presentó en mayor proporción en niños (4,8 por ciento) que en niñas (3,7 por ciento).

### **Desnutrición global según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento**

Entre niñas y niños que tuvieron un tamaño promedio o más grande al nacer, el porcentaje de desnutrición global fue 3,0 por ciento, porcentaje que se elevó considerablemente en el grupo de niñas y niños con un tamaño pequeño y muy pequeño al nacer (8,2 y 13,4 por ciento, respectivamente).

Entre los primeros nacimientos, la desnutrición global afectó al 2,4 por ciento de niñas y niños. En aquellos nacimientos con intervalos menores a 24 meses ascendió a 5,9 por ciento, de 24 a 47 meses (6,4 por ciento) y de 48 a más (4,1 por ciento).

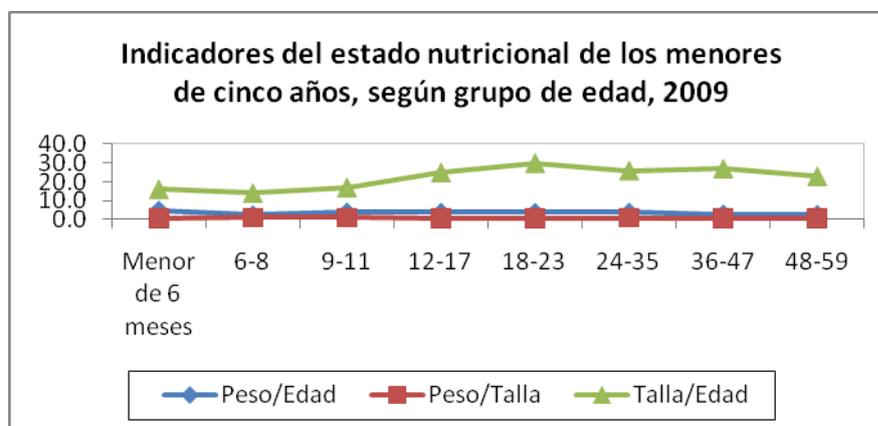
### **Desnutrición global según características de la madre**

La proporción de niñas y niños con desnutrición global en el grupo de madres desnutridas (índice de masa corporal- IMC menor a 18,5) ascendió a 6,8 por ciento. Entre las madres con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9), la proporción fue 3,3 por ciento; mientras que en el grupo de madres con IMC de 18,5 a 24,9, la proporción de niñas y niños desnutridos fue 5,4 por ciento.

Las madres con menor nivel de educación tuvieron una mayor proporción de niñas y niños con desnutrición global en relación a las de mayor educación. Así, el 1,2 por ciento de infantes de madres con educación superior tuvo desnutrición global, proporción que se elevó a 11,7 por ciento (incremento de 9,8 veces) cuando las madres no tienen nivel educativo.

### **Desnutrición global según quintiles de riqueza**

Las niñas y niños con mayor proporción de desnutrición global, se ubicaron en el quintil inferior de riqueza (9,2 por ciento) mientras que en el quintil superior de riqueza fue sólo el 0,7 por ciento.



## ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS

El 37,2 por ciento de niñas y niños menores de cinco años padeció de anemia, proporción menor a la observada en el año 2000 (49,6 por ciento). Por tipo, el 22,7 por ciento tuvo anemia leve, 14,2 por ciento anemia moderada y el 0,4 por ciento anemia severa. En relación con la ENDES 2000, se observa reducción en todos los tipos; sin embargo, la anemia moderada se redujo en forma significativa (10,7 puntos porcentuales), al pasar de 24,9 por ciento en el año 2000 a 14,2 por ciento en la ENDES Continua 2009.

La anemia afectó al 75,2 por ciento de niñas y niños de 6 a 8 meses de edad y al 72,0 por ciento de 9 a 11 meses, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,3 por ciento), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes fueron menores: 18 a 23 meses (49,2 por ciento), 24 a 35 meses (34,0 por ciento), 36 a 47 meses (25,6 por ciento) y de 48 a 59 meses, el porcentaje baja a 19,2 por ciento.

Según características, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42,7 y 41,9 por ciento, respectivamente), por sexo, los niños tienen mayor prevalencia de anemia que las niñas (38,3 y 36,0 por ciento, respectivamente) y en infantes que pertenecen al quintil inferior de riqueza (43,7 por ciento) y segundo quintil (42,5 por ciento).

Por área de residencia, la anemia es más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (44,1 por ciento), de la Sierra (46,6 por ciento). Por departamento, Cusco presenta la más alta proporción (62,1 por ciento), seguido por Puno (53,8 por ciento), Pasco (53,0 por ciento) y Ucayali (52,2 por ciento). Los menores porcentajes se presentaron en San Martín (22,1 por ciento) y Lambayeque (22,9 por ciento).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI  
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2009

## ANEMIA EN MUJERES

El 21,0 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad padeció de algún tipo de anemia, proporción menor en 10,6 puntos porcentuales al valor reportado en la ENDES 2000 (31,6 por ciento). Según la ENDES Continua 2009, el 18,1 por ciento de mujeres en edad fértil tuvo anemia leve, el 2,7 por ciento presentó anemia moderada y la anemia severa afectó al 0,2 por ciento de las mujeres en edad fértil.

Las mujeres entre 30 a 39 y de 40 a 49 años de edad presentaron prevalencia de anemia ligeramente mayor (22,4 por ciento en cada grupo de edad) que las mujeres de 15 a 19 y de 20 a 29 años (19,7 por ciento en promedio). La anemia afectó en mayor proporción a mujeres usuarias del DIU (26,7 por ciento), mujeres embarazadas (26,6 por ciento), mujeres que están dando de lactar (24,5 por ciento), sin nivel de educación (25,1 por ciento) y las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (22,8 por ciento).

Por área de residencia, la diferencia no es muy significativa; en el área rural (22,1 por ciento) y en el área urbana (20,7 por ciento). Por región natural, Lima Metropolitana tuvo una mayor prevalencia de anemia (23,3 por ciento), seguido por la Sierra con 22,4 por ciento. Por departamento, Cusco (29,0 por ciento), Madre de Dios (26,9 por ciento), Pasco (26,7 por ciento) y Junín (25,9 por ciento) presentaron los mayores porcentajes de mujeres de 15 a 49 años de edad con anemia.

## ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS SEGÚN ANEMIA EN MADRES

El porcentaje de niñas y niños con anemia en relación con la condición de anemia de la madre, es probable, que cuando la madre tiene anemia, las hijas e hijos también la tengan. Así el 37,6 por ciento de niñas y niños de madres con o sin anemia se incrementó cuando la madre presentó algún tipo de anemia (46,7 por ciento).

También se observó incremento de niñas y niños con anemia leve cuando la madre tuvo cualquier tipo de anemia, al pasar de 22,7 por ciento a 27,0 por ciento, y en el caso de anemia moderada pasó de 14,5 por ciento a 19,0 por ciento de niñas y niños de madres con anemia.

## NUTRICIÓN DE LAS MADRES

El estado nutricional de la mujer determina su salud integral especialmente su fertilidad, el progreso de su embarazo, el parto, la recuperación y la lactancia. El estado nutricional de la madre también es un factor determinante en el peso del bebé al nacer. Esto es importante porque el peso bajo del neonato está asociado a la mortalidad infantil.

La salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional de las personas. En el caso de las mujeres, un adecuado estado nutricional tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijas e hijos, tanto al momento de nacer como en la vida adulta de ellas y ellos. Así, el estado nutricional deficiente de las mujeres antes y durante el embarazo, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo, está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna. De esta forma, el estado nutricional de las

mujeres resulta un factor crucial en la reducción de importantes problemas sanitarios del país como son la mortalidad materna, infantil y perinatal.

Por otro lado, el exceso de peso corporal que se traducen en sobrepeso y obesidad, tiene efectos negativos en la salud y calidad de vida, tanto mujeres como hombres, ya que incrementa el riesgo de padecer diversas enfermedades crónicas y de morir como consecuencia de éstas.

En la ENDES Continua 2009, al igual que en los informes anteriores de la ENDES, se ha incluido como indicadores del estado nutricional la estatura y el peso de las mujeres, así como la masa corporal a partir de la cual se determina la delgadez, el sobrepeso y la obesidad.

### **Estatura de las mujeres en edad fértil**

En las personas adultas, la estatura refleja la interacción del potencial genético de crecimiento y los factores del contexto que influyen en la realización de ese potencial. En el conjunto de mujeres entrevistadas, la estatura refleja de manera indirecta la situación social y económica en la que viven y a la cual han sido expuestas por un largo periodo. De esta forma, su estatura final es producto del efecto acumulado en el tiempo de variables genéticas y ambientales tales como la alimentación, la salud, la educación, los ingresos económicos, entre otras.

La baja estatura materna está vinculada directamente a un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto; esto último debido principalmente a la desproporción entre el tamaño de la pelvis y la cabeza del feto.

Por otro lado, la estatura materna también está asociada con el peso al nacer, la supervivencia infantil y la duración de la lactancia materna.

El promedio de estatura en las mujeres en edad fértil (15-49 años) fue 152,0 centímetros, medida que refleja una tendencia en aumento al observarse la ENDES 2000 cuyo promedio de estatura fue 151,2 centímetros.

El 10,4 por ciento de las mujeres entrevistadas tuvo una estatura por debajo de 145,0 centímetros. El 53,7 por ciento de las mujeres mide entre 150,0 y 159,9 centímetros y el 9,1 por ciento entre 160,0 a 174,9 centímetros.

En promedio, las mujeres más jóvenes presentaron una estatura más alta que las de mayor edad. Así, la estatura promedio en el grupo de 15 a 19 años de edad fue 152,6 centímetros, mientras que en el de 40 a 49 años fue 151,2 centímetros. Precisamente, en este último grupo de edad se concentra el mayor porcentaje de mujeres con estatura inferior a 145,0 centímetros (14,1 por ciento).

### **Peso y masa corporal de las mujeres**

Para las mujeres en edad fértil, un peso adecuado antes de la gestación es un factor importante para que el embarazo culmine de manera adecuada. Las mujeres que inician la gestación con un peso adecuado tienen menor riesgo de parto prematuro. Asimismo, el

peso corporal de la mujer previo a la gestación está asociado al peso al nacer y a la mortalidad infantil.

Una forma sencilla de diagnosticar la delgadez, el sobrepeso y la obesidad es a través del Índice de Masa Corporal de *Quetelet* (IMC). Este índice se calcula dividiendo el peso corporal (en kilos) entre la estatura (en metros) elevada al cuadrado.

En el Perú, el peso promedio de las mujeres fue 59,4 kilos. El 65,4 por ciento de las mujeres entrevistadas pesaron entre 50,0 a 69,9 kilos; mientras que el 19,2 por ciento por debajo de los 50,0 kilos y un 15,3 por ciento pesó 70 o más kilos.

- Utilizando la fórmula de Quetelet, el Índice de Masa Corporal-IMC promedio en las mujeres fue 25,7.

### **Delgadez según ubicación geográfica**

A nivel nacional, el porcentaje de delgadez en las mujeres fue 2,0 por ciento, observando el año 2000 (1,2 por ciento) subió 0,8 puntos porcentuales.

En el área urbana, el porcentaje de mujeres con delgadez fue 2,2 por ciento y en el área rural fue menor (1,2 por ciento).

Por región natural, el mayor porcentaje de mujeres con delgadez fueron las residentes de la Selva (2,7 por ciento), en el Resto Costa fue 2,5 por ciento y en la Sierra 1,4 por ciento. Lima Metropolitana concentró el 2,0 por ciento de mujeres con delgadez.

### **Sobrepeso y obesidad según ubicación geográfica**

El sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil representaron el 34,7 y 15,7 por ciento, respectivamente, porcentajes superiores al año 2000, cuyos valores fueron 33,7 y 13,0 por ciento. Así, un poco más de la mitad de las mujeres en edad fértil (50,4 por ciento), tendrían un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas debido a que padecieron de algún grado de sobrepeso u obesidad.

El porcentaje de sobrepeso y obesidad entre las mujeres del área urbana fue 34,9 y 17,6 por ciento, respectivamente. En el área rural fue 34,2 por ciento (sobrepeso) y 10,3 por ciento (obesidad).

Por región natural, el porcentaje de sobrepeso en Lima Metropolitana, Resto de Costa y Sierra fue similar 35,5, 35,1 y 34,6 por ciento, respectivamente, y en la Selva, el porcentaje fue menor 31,9 por ciento. En el caso de obesidad, el mayor porcentaje se concentró en Lima Metropolitana (19,8 por ciento) mientras que el menor porcentaje fue en la región Sierra (10,8 por ciento).

### **Sobrepeso y obesidad según grupos de edad**

Por grupos de edad, el mayor porcentaje de sobrepeso fue en las mujeres que tenían entre 30 a 39 años de edad (43,2 por ciento) mientras que en las más jóvenes (15-19 años), el porcentaje fue 16,8 por ciento.

La mayor proporción de mujeres con obesidad se presentó entre las que tenían entre 40 a 49 años de edad (27,3 por ciento) mientras que en el grupo de 15 a 19 años, este porcentaje fue sólo 2,7 por ciento.

### ***Sobrepeso y obesidad según nivel de educación y quintiles de riqueza***

El grupo de mujeres sin nivel de educación presentó el mayor porcentaje de sobrepeso (39,5 por ciento) y en el caso de la obesidad fue entre las mujeres con nivel primaria (17,9 por ciento).

• Por quintil de riqueza, el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso se concentró en el segundo quintil con 36,2 por ciento y en el caso de la obesidad fue en el cuarto quintil 19,9 por ciento; por el contrario, las mujeres ubicadas en el quintil inferior presentaron los porcentajes de sobrepeso y obesidad más bajos (30,9 y 7,6 por ciento, respectivamente).

OE

**10. Reducir la desnutrición crónica en niños menores de cinco años** (Indicador: Porcentaje de alimentos de programas sociales con control de calidad y disponibles localmente en cinco provincias priorizadas) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-**INS**

*Oe. Gestión de la estrategia.* (Indicador: informe semestral de vigilancia nutricional publicado) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

Se tiene un avance del 50% de primero de 2 informes programados para el 2009. El informe se realiza sobre la base de los datos y resultados de indicadores que corresponden al primer y tercer trimestre del 2008 de la encuesta Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales.

*Oe. Mejorar la alimentación y nutrición de menor de 36 meses.*

Avance no reportado

Se ha realizado, para el 2009, el control de calidad de 3,759.1 toneladas de alimento de los programas sociales lo que equivale al 111.75 de un total de 3,365 toneladas del alimento papilla para las provincias priorizadas en las regiones: Amazonas, Cusco, Huánuco, Huancavelica, en tal sentido se cumplió ampliamente la meta para el 2009 y el programado para el quinquenio de 3 008 toneladas

**11. Reducir la morbilidad materno neonatal** (Indicador: Cobertura en morbilidad materna infantil). **SIS**

*Oe. Brindar atención a nivel nacional a 191,799 madres gestantes, mediante la atención prenatal y atención de 277,969 recién nacidos con complicaciones y en UCI Neonatales*

## MORTALIDAD MATERNA

La vigilancia epidemiológica de mortalidad materna es una disciplina de la salud pública, que nos permite identificar, notificar, determinar y cuantificar las muertes maternas con el objetivo de desarrollar medidas para su prevención y programas de intervención que contribuya a mejorar la salud de la madre. Así mismo contribuye a mejorar la calidad en la atención de la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La contribución de la vigilancia epidemiológica de muerte materna dentro del Sistema Nacional de Salud se basa en orientar mejor la toma de decisiones y acciones dirigidas a su disminución.

La Dirección General de Epidemiología ha dispuesto la notificación inmediata de la muerte materna, según lo establecido en los Protocolos de vigilancia epidemiológica Parte I. 2da. Ed. (2006) y el inicio de su investigación inmediata con un plazo de 30 días para elaborar el informe final de manera conjunta con el Comité Regional de Muerte Materna en cada ámbito descentralizado. Los reportes de la Mortalidad Materna se realizan tomando como base la notificación de las muertes maternas realizada por los Establecimientos de salud (Unidades Notificantes) a las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones Regionales de salud (DISA/DIRESA). Este proceso no incluye necesariamente el total de las muertes ocurridas y se basa en la capacidad de detección y notificación de las muertes por los establecimientos de salud en los ámbitos descentralizados. De acuerdo a lo expuesto el número de muertes maternas notificadas varía durante el año, en función de la detección de nuevos eventos fatales o de la investigación de otros que luego se confirman como relacionados con la gestación. Esta actividad esta a cargo de las unidades notificantes y de los establecimientos de salud de cada DIRESA. Uno de los problemas existentes para mejorar la oportunidad de la notificación son las barreras de comunicación que tienen los establecimientos de salud de las DIRESA en las zonas más alejadas de nuestro país (Selva y Sierra).

La Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna no es un registro de defunciones y nos brinda, básicamente, información de la evolución de la tendencia de la mortalidad materna en el país, y una estimación del riesgo de morir que tienen las mujeres en edad fértil por causas obstétricas o relacionadas con la gestación.

**MUERTE MATERNA PERU 2008-2009\***  
Según Departamento de ocurrencia (DIRESA Notificante)

Departamentos	Acumulado anual 2008	TMM (1) 2008	Acumulado anual 2009	TMM (1) 2009
Amazonas	11	10.87	19	18.37
San Martín	29	15.84	32	17.06
Cajamarca	41	11.20	51	13.72
Loreto	37	15.49	28	11.40
Madre De Dios	2	6.92	3	10.06
Huancavelica	15	13.75	11	9.89
Ucayali	19	16.54	11	9.32
Huanuco	18	9.32	18	9.16
Piura	41	8.96	40	8.60
La Libertad	50	11.60	35	8.03
Puno	39	11.32	24	6.85
Cusco	22	7.01	21	6.59
Junín	30	9.45	21	6.56
Lambayeque	18	5.68	21	6.54
Pasco	7	9.23	5	6.45
Ancash	16	5.73	17	6.04
Arequipa	21	6.15	18	5.20
Ayacucho	16	9.57	7	4.08
Tumbes	3	5.23	2	3.42
Tacna	1	1.13	3	3.32
Lima	68	2.88	71	3.00
Callao	12	5.02	7	2.92
Apurímac	6	5.64	3	2.76
Ica	0	0.00	1	0.50
Moquegua	2	4.20	0	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>7.01</b>	<b>469</b>	<b>2.20</b>

Fuente: Oficina de Informática y Estadística

Las estimaciones de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) es conducida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con las correcciones del sub Registro provee la información oficial de este indicador.

#### Análisis

Respecto de las muertes maternas notificadas a nivel nacional y por Regiones de Salud en el 2008, se tenía registrado en la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de muerte materna al 31 de Diciembre del mismo año un total de 509 muertes maternas (Directas e Indirectas), las cuales fueron informadas en las presentaciones e informes realizados a través del Boletín Epidemiológico de la DGE y en las reuniones de Sala de Situación; sin embargo, luego de realizado el cierre de la base de datos de la vigilancia epidemiológica de muerte materna, que implica, una búsqueda activa retrospectiva de

muerres maternas en otras bases de datos y en los registros de establecimientos de salud mas alejado; así como la investigación de muertes maternas no relacionadas, se ha identificado 15 muertes maternas más, con lo que la cifra de muertes maternas se eleva a 524 en el 2008; sin embargo, esta cifra tiene un nivel de sub registro, que según estudios del CELADE, se encuentra alrededor del 40% a nivel nacional. Las cifras de muertes maternas, así como la Tasa específica de mortalidad materna, para los años 2008 y 2009 se muestran en la tabla anterior. En cifras globales el riesgo de muerte por causas obstétricas o asociadas, en el 2009 habría disminuido con respecto al 2008, sin embargo, se mantienen diferencias importantes entre los diferentes departamentos del país, que implica realizar investigaciones mas específicas en cada uno de ellos.

Uno de los problemas identificados ya en diferentes estudios es el referido a la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud, donde a pesar del incremento de cobertura del Parto Institucional, las causas de muerte materna continúan repitiéndose y la tendencia a nivel nacional no ha disminuido considerablemente. A pesar del incremento notorio en la cobertura de parto institucional entre el 2000 y el 2005, para el 2007 este incremento no se ha dado con la misma intensidad, esta situación puede estar influyendo en el poco descenso de la muerte materna, sobre la cual no existe un impacto importante del incremento de la oferta de servicios. Así también cuando analizamos por regiones geográficas, tomando como punto de referencia la Región Lima Metropolitana, observamos que se mantienen las brechas con la región Sierra y selva a pesar del incremento en la cobertura del parto institucional. Es importante hacer notar que las encuestas nacionales de salud revelan que entre el 2005 y 2007 no existe diferencia significativa en el incremento de la cobertura de atención del parto institucional.

La Tendencia de la mortalidad Materna se mantiene similar entre los años 2006 al 2008, observándose un descenso en el 2009. En el 2008, producto de la búsqueda activa retrospectiva, la vigilancia de rumores y la investigación de muertes maternas no relacionadas (incidentales), por parte de las Direcciones de Salud se han incrementado el número de muertes maternas a 524.

La Tasa de Mortalidad materna (TMM), usando como denominador las mujeres en edad fértil (MEF), identifica el riesgo de morir de una mujer en edad fértil, expuesta a la gestación, en una mirada transversal. Así tenemos que los cinco departamentos con el mayor riesgo de muerte son: Amazonas, San Martín, Cajamarca, Loreto y Madre de Dios.

En el período analizado según el SIS se han atendido 317,915 partos, cifra menor en 10% respecto a lo reportado en 2008 El 99% correspondió al componente subsidiado y el 1% al semisubsidiado. De los partos atendidos 257,645 fueron normales y 60,270 fueron por cesáreas es decir el 81% y 19% respectivamente.

El 21.7% de partos se reportaron en Lima, seguidos de la Libertad 6.3% y Cusco 6.3%.- El mayor número de cesáreas se reporto en Tumbes con 38.3%, Lima 29.5% Ica 29.4%.

Las regiones de Huancavelica 7.7% y Puno 8.8% son las que menos partos por cesárea registraron.

El SIS ha transferido recursos por reembolso de las prestaciones de servicios de salud en el contexto del Presupuesto por Resultados a nivel de programas estratégicos orientado a nivel del programas estratégicos 02 Salud Materno Neonatal con una ejecución anual de NS/. 100'124,059, cumpliendo un avance del 100%

**12. Reducir la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños y niñas menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza (Indicador Cobertura en niños menores de 5 años) SIS**

Oe. La meta prevista es atender a 1'388,156 niños con CRED completo según edad y con suplemento de hierro y vitamínico A, así como brindarles atención en prevención, tratamiento y complicaciones de IRA, EDA y parasitosis.

En el marco del Presupuesto por Resultados –PpR El SIS ha transferido recursos por reembolso de prestaciones de salud a la finalidad 001 Programa Articulado Nutricional con una ejecución anual de NS/. 80,903,100,21.

SIS reporta 1'942,566 niños menores de 5 años atendidos frente a los 1'388,156 atendidos en el 2008. En términos porcentuales se atendió al 93.29% de los 2'082,233 asegurados menores de 5 años.

(LPS-2007-2020)

**3. Mejoramiento Progresivo de la Oferta y Calidad de los Servicios de Salud (5 en LPS2007-2020)**

**Objetivo 3 de los Objetivos del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 5**

Objetivo 3. Mejora de la oferta y calidad de los servicios: ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demandas de los usuarios

**Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

**13. Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblacionales vulnerables. (Indicador: Prevalencia de Infección-es intrahospitalarias) Pliego 11**

Las infecciones intrahospitalaria se adquieren durante la hospitalización del paciente. Se caracterizan porque se inician 48 horas después del internamiento. También se identifica

porque el paciente no la estuvo incubando al momento de su ingreso al hospital y porque se presenta hasta 30 días después del alta del paciente. Es necesario conocer con exactitud los síntomas que han provocado el ingreso de un paciente a un centro de salud, ya que de lo contrario no podrían interpretarse como infecciones que ocurrieron por un germen dentro del hospital. Estos gérmenes son considerados residentes de la institución en la que se encuentran y son de temer, porque la mayoría de ellos han sido tratados con medicamentos que no han traído buenos resultados al paciente, pero sí a los agentes, ya que sus cepas, por mutación, se han convertido en multirresistentes a diversos productos, haciéndolos más fuertes y difíciles de curar.

Los pacientes con mayor riesgo de contraer estas infecciones son los que tienen el sistema de defensas del cuerpo bastante bajo (inmunodeprimidos) y los que tienen la primera barrera contra los gérmenes (piel) abierta. Según estudios de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, el departamento en los hospitales con mayor incidencia de estas infecciones es el de Cuidados Intensivos (UCI), debido a que se encuentran pacientes muy delicados de salud con catéteres. El área de cirugía también es considerada de bastante incidencia para estas infecciones, ya que se trabaja con cortes en la piel.

Depende del agente que ingrese al cuerpo humano. Las más comunes son *Enterobacter aerogenes*, *Citrobacter sp.*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Estas provocarían enfermedades diarreicas, infecciones urinarias, infecciones del torrente sanguíneo, que pueden ser septicemias, infecciones por heridas quirúrgicas (sitio quirúrgico) e infecciones del tracto respiratorio, como neumonías.

Por el momento, la única solución es a través de programas de control, políticas y procedimientos, como mantener las barreras mecánicas y tomar medidas como un simple lavado de manos, antes de examinar al paciente, limpiar los ambientes con mayor frecuencia, esterilización y desinfección de instrumentos y educar al personal de trabajo hospitalario. Quizás este artículo invite a reflexionar a algún grupo de personas que aún piensa que se está más seguro en un hospital, cuando el solo hecho de encontrarse en un nosocomio crea la posibilidad de estar expuesto a este tipo de patología.

El Ministerio de Salud (Minsa) ha informado que adoptará un nuevo método para mejorar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes así como prevenir las infecciones intrahospitalarias, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Esto se implementará, en un inicio, en 18 hospitales del país con la colaboración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID/Perú), a través de su proyecto Calidad en Salud, y contando con el apoyo técnico de los especialistas de la Universidad y del Hospital Johns Hopkins, instituciones que desarrollaron dicho método.

La modalidad adoptada para reducir las infecciones en las UCI es sorprendentemente simple y efectiva. Esta consiste básicamente en el uso de listas de chequeo para procedimientos críticos y esenciales, de la comunicación y el trabajo en equipo, incluyendo a los directivos del hospital, así como de la medición continua del número de infecciones que ocurren.

Los nosocomios en los que se implementará dicha metodología son:

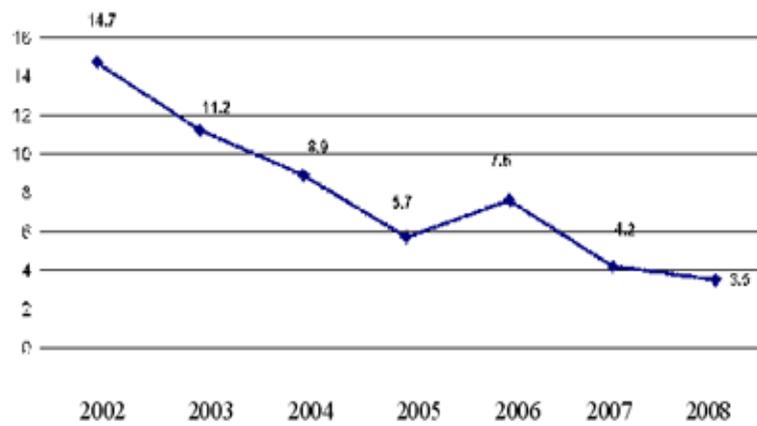
- Instituto Nacional Materno Perinatal
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Instituto Nacional de Salud del Niño-
- hospital Nacional Dos de Mayo-
- Hospital Arzobispo Loayza
- Hospital Cayetano Heredia

En provincias:

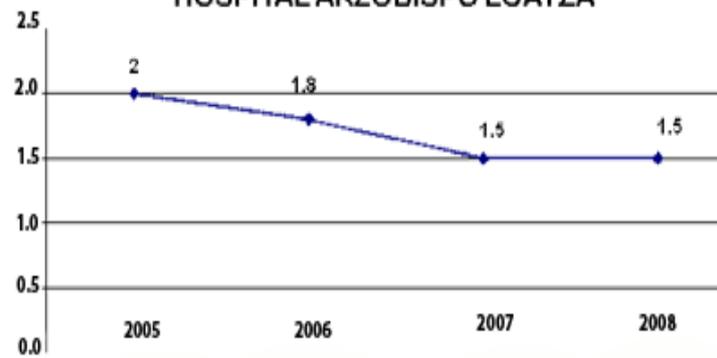
- Cayetano Heredia
- Hospital Regional Daniel A. Carrión de Huancayo
- Hospital Regional Docente de Trujillo
- Hospital Regional del Cusco
- Hospital Regional Las Mercedes de Chiclayo
- Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa
- Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias de Loreto, entre otros.

El Ministerio de Salud indica que los resultados obtenidos en los hospitales Hopkins y Michigan atrajeron la atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que decidió incorporar el método como parte de las herramientas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y promoverlo internacionalmente. El año 2008, el método fue adoptado en España con el nombre "Bacteriemia Zero". No se ha podido conseguir información actualizada sobre infecciones nosocomiales en los hospitales del Sistema con excepción de los Hospitales Arzobispo Loayza y el Edgardo Rebagliati Martins ambas instituciones emblemáticas que realizan un seguimiento a este tipo de infecciones. En ambas instituciones se nota lo irregular del desempeño con subidas y bajas que dan una idea de lo complicado y serio de la situación. Los dos primeros Gráficos muestra una tendencia a la disminución de infecciones, sin embargo en los siguientes gráficos de registro mensual durante el 2009 tienen un comportamiento errático.

### TASA DE PREVALENCIA DE IIH POR AÑO HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA



### TASA DE INCIDENCIA DE LAS IIH POR AÑO HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA



**DENSIDAD DE INCIDENCIA DE NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILADOR MECANICO HAL 2008 - 2009**

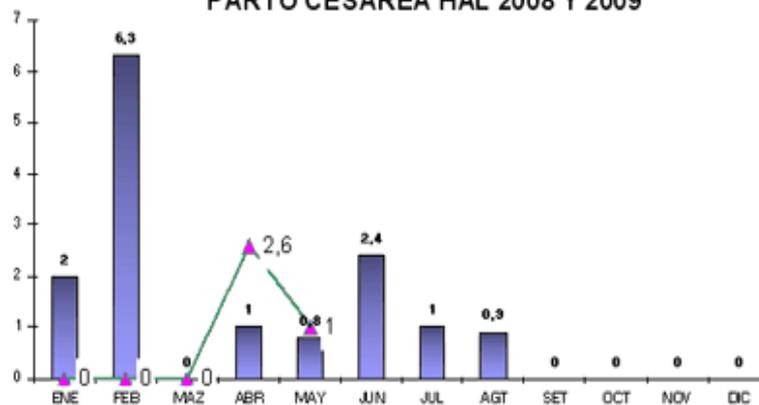


**DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATETER URINARIO PERMANENTE HAL 2008 Y 2009**

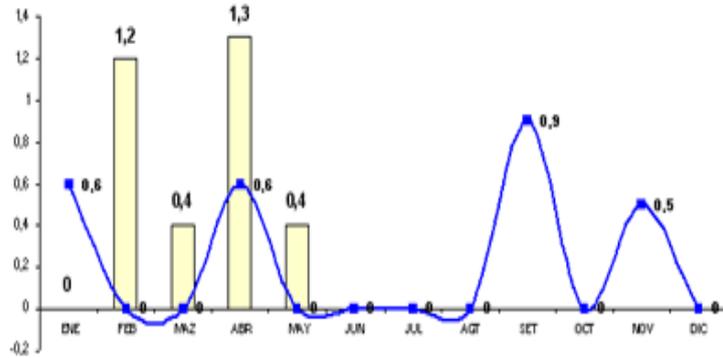
**DENSIDAD DE INCIDENCIA DE ITU ASOCIADO A CATETER URINARIO PERMANENTE HAL 2008 Y 2009**



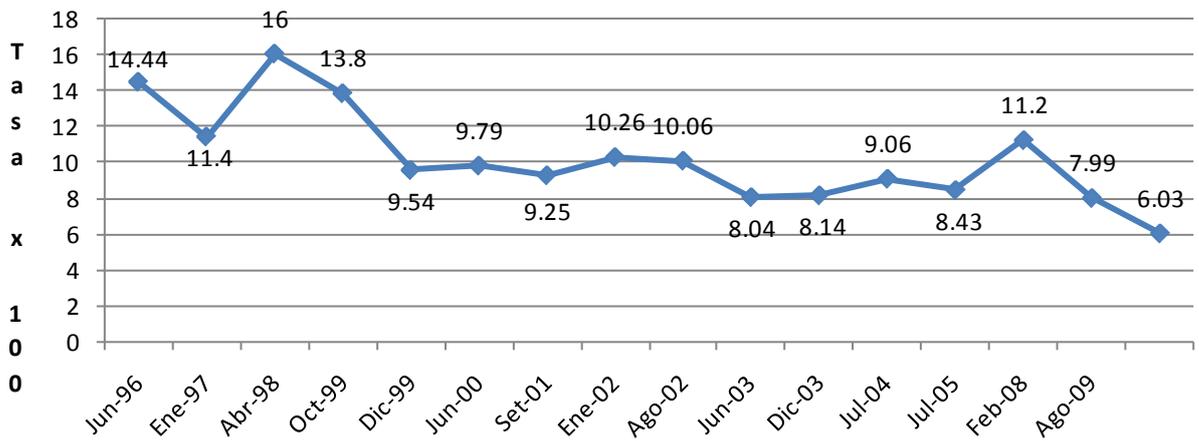
**TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS POST PARTO CESAREA HAL 2008 Y 2009**



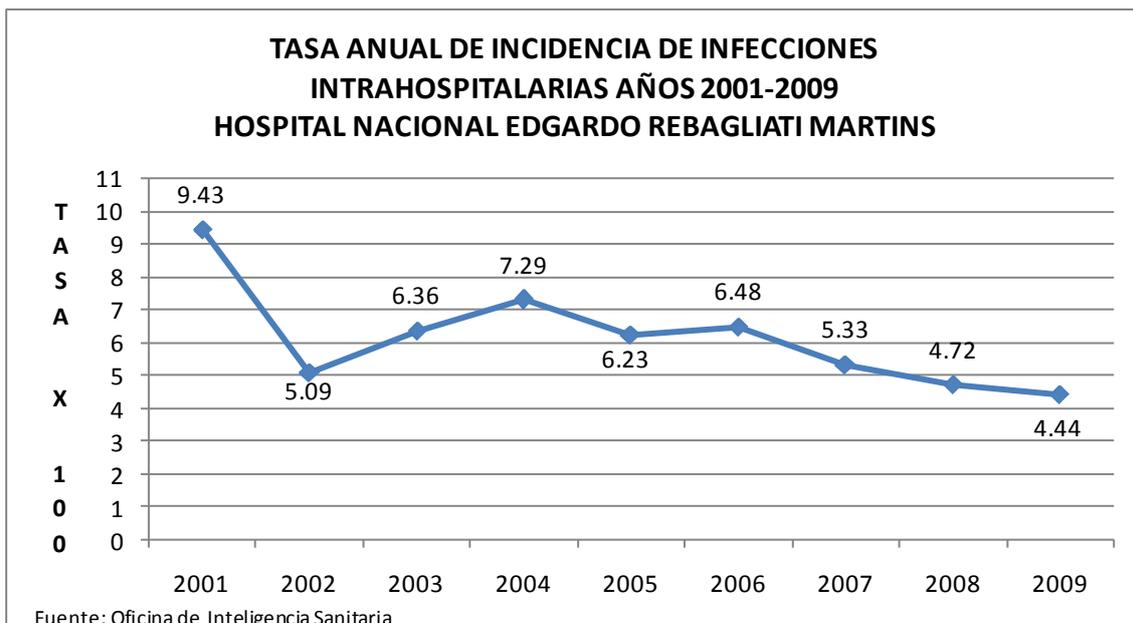
**TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITISA POST PARTO VAGINAL HAL 2008 Y 2009**



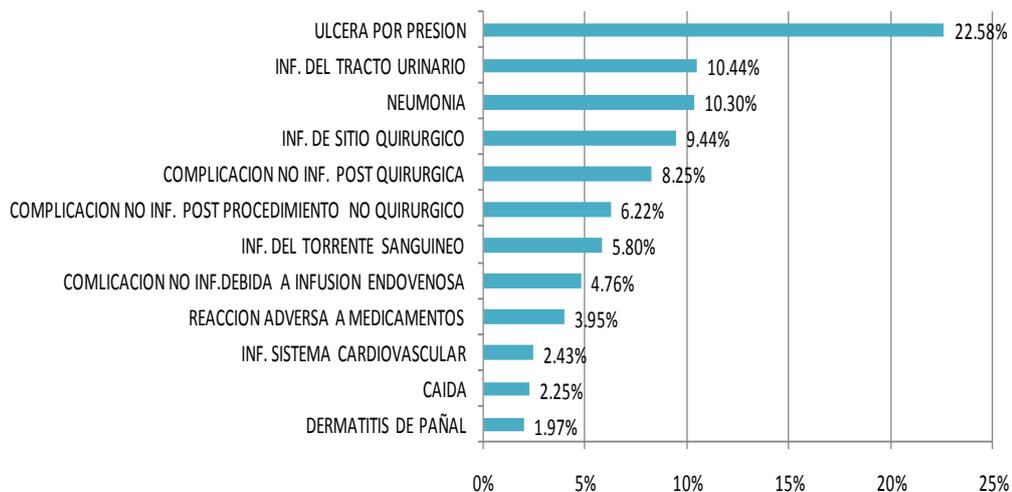
**ESTUDIOS DE PREVALENCIA PUNTUAL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - AÑOS 1996-2009**



Fuente: Oficina de Inteligencia Sanitaria



**FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALES SEGÚN TIPO. AÑO 2009 HOSPITAL  
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**



Oe. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud con énfasis en el proceso de mejora continua de la calidad en beneficio de la población

En este campo el SIS se trazo el propósito de evaluar y supervisar la calidad de las prestaciones de servicios de salud otorgados a los asegurados del SIS por los establecimientos de salud. Con este objeto se han realizado diversas actividades de monitoreo de las transferencias de los recursos asignados para financiar las prestaciones de salud. De la evaluación relazada se ha podido establecer que en promedio las unidades

ejecutoras asignan a la reposición de los costos variables (medicamentos, insumos, material médico y procedimientos) un promedio de 37.4 % de los recursos transferidos.

Para la supervisión monitoreo y control sobre el uso de los recursos que el Seguro Integral de Salud transfiere en pago por la producción de las prestaciones metas reportadas a las unidades ejecutoras , se ejecuto un plan de mejoras sobre las herramientas diseñadas: APER 1 y APER 2 que permiten llevar el control sobre el uso eficiente de los recursos que aseguren la calidad de las prestaciones de salud en beneficio de los asegurados.

14. **Acceso a los servicios oncológicos (Indicador : Consultas médicas) INEN**

Oe. Lograr optimizar la capacidad resolutive de los servicios de atención ambulatoria, hospitalización, áreas críticas y servicios diferenciados.

(LPS-2007-2020)

**4. Medicamentos de Calidad para Todos/as (7 en LPS 2007-2020)**

<p><b>Objetivo 5 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 7</b></p> <p>Medicamentos: Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada así como el uso racional de los mismos</p>
--

**Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

**15. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad**  
(Indicador: Porcentaje de disponibilidad aceptable de medicamentos en los establecimientos de salud) **Pliego 11**

Oe. Ampliar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad

El estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones en el Perú ha mostrado la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en la población, porque muestra un nuevo orden de prioridades que se caracteriza por cambios de las causas de muerte que pasan de las causas infecto-contagiosas hacia las crónico-degenerativas. Esto se atribuye principalmente a una transición demográfica que se caracteriza por mayores tasas de supervivencia de lactantes y niños e incremento de la edad promedio de la población, en consecuencia se intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes.

La población peruana se encuentra en una transición demográfica porque se ha determinado que existe 1.6% de tasa de crecimiento y 6-8% de mayores de 60 años. Para el año 2007 la tasa de crecimiento demográfico se redujo a 1.5%, la tasa bruta de natalidad a

23.3 por mil, la tasa bruta de mortalidad a 6.2 por mil y la esperanza de vida al nacer alcanzó los 72 años.

En el estudio de carga de enfermedad en el Perú, la mayor carga de enfermedad se debe a las enfermedades no transmisibles que generan una mayor utilización de los servicios de salud, encarecen la atención y exigen mayor capacidad resolutive de los establecimientos.

Cabe destacar que el envejecimiento de la población no sólo ocurre en la zona urbana sino también en la zona rural y en las áreas pobres. En consecuencia, las enfermedades no transmisibles y los accidentes también se están incrementando en esta población vulnerable. Actualmente, los pobres del país solo tienen acceso a la atención primaria en servicios de salud con limitada capacidad resolutive y que atienden principalmente enfermedades transmisibles y materno-infantiles.

El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos. Casos de hipertensión arterial, obesidad, diabetes, depresión, alcoholismo, asma, osteoartritis requieren de un diagnóstico y manejo adecuados, y si estos no se dan de forma oportuna o con calidad, las secuelas de la enfermedad son mayores. Las consecuencias no fatales de estas enfermedades afectan directamente la productividad y generan mayor pobreza. Este tipo de enfermedades, por lo general, requieren el uso intensivo de servicios y de medicamentos, si el paciente no tiene algún tipo de seguro entonces tiene que afectar la economía familiar.

El encarecimiento del medicamento afecta también la capacidad adquisitiva del Estado en la compra de los servicios de salud, requiriéndose una conducta proactiva del mismo. Las mejoras en la capacidad de negociación del Estado peruano han implicado progresos apreciables en su capacidad de compra corporativa a menores precios. Con la compra por subasta inversa para un petitorio nacional se ha reducido el precio de los medicamentos y ha permitido notables ahorros.

<sup>9</sup>En la perspectiva de considerar a los medicamentos *mercancías con características especial* porque son bienes que están orientados a solucionar problemas de salud, relacionados con el derecho a la vida y al bienestar<sup>10</sup> se ha constituido la Alianza para la Transparencia en Medicamentos (Medicines Transparency Alliance – MeTA), iniciativa lanzada por el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) del gobierno de Reino Unido en Mayo 2 008. El objetivo de MeTA es el de contribuir a mejorar el acceso a medicamentos esenciales, a precios asequibles, en los países en vías de desarrollo<sup>5</sup> en

---

<sup>9</sup> Tomado del Plan de Trabajo MeTA Perú 2009-2010, Documento Base, Elaborado por el Grupo Impulsor

<sup>10</sup> El de los medicamentos es uno de los mercados de más alto crecimiento a nivel mundial. Solo en los últimos cinco años registró una expansión superior a 50%. OPS, Salud en las Américas, 2007. Volumen Regional, pág 374.

cooperación con gobiernos, organizaciones de sociedad civil y el sector privado, con el fin de mejorar los resultados en niveles de salud de las personas pobres en los países en vías de desarrollo.

El Perú ha establecido un acuerdo con MeTA Internacional como uno de los países piloto en vías de desarrollo para llevar a cabo esta iniciativa mundial, acogéndose al enfoque dirigido al aumento de la transparencia en la selección, la regulación, adquisiciones, distribución, venta y consumo de medicamentos con énfasis en la población más vulnerable. Enfoque basado en múltiples actores, fortaleciendo el buen gobierno, mejorando la eficiencia y fomentando prácticas comerciales innovadoras y responsables.

Al interior de dicho acuerdo, y como punto de partida, se ha conformado el Grupo Impulsor MeTA Perú, suscrito por representantes del Estado (Ministerio de Salud y Defensoría del Pueblo), de la sociedad civil (Acción Internacional para la Salud y Colegio Médico del Perú) y del sector privado farmacéutico (ALAFARPE). La Secretaría Técnica de Grupo Impulsor está a cargo del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). El Grupo Impulsor ha elaborado una propuesta de Plan de Trabajo MeTA Perú a ser implementada en los próximos dos años.

En el Perú, se ha avanzado en acercar los medicamentos a la población, pero queda aún un importante trecho que recorrer particularmente para hacerlos accesibles a la población en condición de pobreza y extrema pobreza.

Se describe a continuación seis espacios de interacción altamente interrelacionados: el mercado de medicamentos, su financiamiento, los productos genéricos, el sistema público de adquisición y distribución de medicamentos, la cobertura de servicios y acceso a medicamentos, y los recursos humanos.

### **El mercado de medicamentos**

El mercado de medicamentos presenta un conjunto de fallas o restricciones que le impiden ser el mejor asignador de recursos; es decir aquel que puede llevar al mayor nivel posible de eficiencia. Estas situaciones se denominan "fallas del mercado", y permiten justificar la intervención del Estado dentro de una economía de mercado<sup>11</sup>.

En lo que respecta al caso peruano, las siguientes características ponen de relieve una inefectiva regulación del mercado de medicamentos. Éste presenta alta heterogeneidad, producto de la idea de que cada especialidad farmacéutica es insustituible; exhibe restricción de competencia, con el resultado de precios en función al posicionamiento que se tiene en el mercado; presenta asimetría de información entre los actores de la oferta y la demanda que distorsiona el acceso y las posibilidades de una sustitución adecuada entre

---

<sup>11</sup> Stiglitz, J; La Economía del Sector Público Capítulos 3 y 11. Antoni Bosh Editores. Barcelona. 1997

medicamentos; y, muestra una marcada asimetría entre la oferta de medicamentos con las necesidades terapéuticas de la población.

Un registro sanitario laxo<sup>12</sup>, que permite el ingreso al mercado de productos farmacéuticos de eficacia dudosa y de combinaciones irracionales, que apoyados en técnicas de mercadeo - a veces sofisticadas- inducen a una prescripción y consumo irracional y oneroso para el paciente.

Dado que los precios son fijados con características oligopólicas, los intentos de mejorar el acceso a medicamentos disminuyendo los precios, a través de la exoneración de los aranceles a la importación e impuesto a las ventas en algunos grupos terapéuticos<sup>13</sup>, no tuvieron el efecto esperado debido al limitado nivel de conocimiento del mercado<sup>14</sup>.

### **Financiamiento de los medicamentos**

En Perú, los hogares no sólo son la primera fuente de financiamiento de los servicios de salud, sino que son los que mayoritariamente pagan los medicamentos. En el año 2005, el 34% del gasto en salud fue realizado por los hogares y alrededor del 70% de ese gasto se dedicó a la compra de medicamentos<sup>15</sup>.

Aún en el caso del SIS, éste todavía no cubre a toda la población que lo requiere y sus planes de cobertura no están incluyendo atención y medicamentos a patologías que tienen un impacto significativo en la economía familiar como cáncer, disturbios mentales y otros<sup>16</sup>.

Las implicancias socioeconómicas en los hogares debidas tanto al alto precio de los medicamentos<sup>17</sup>, como a la baja capacidad adquisitiva en los hogares pobres, pueden llevar al gasto catastrófico en salud, lo que implica que, para lograr la compra del medicamento,

---

<sup>12</sup> La Ley General de Salud (Ley 26842 del 15 julio de 1997) da a la autoridad de salud un plazo de 7 días hábiles para evaluar el expediente del nuevo medicamento en proceso de registro. Vencido este plazo se aplica el “silencio positivo” otorgándose el registro en forma automática.

<sup>13</sup> Decreto Supremo N° 073-2001-EF (derechos aduaneros); Ley N° 27450 y DS N° 008-2008-EF (liberación de aranceles e IGV, para medicamentos para VIH/SIDA y oncológicos); Ley N° 28553 y DS N° 005-2008-SA (inafectación de IGV y Derechos arancelarios de medicamentos e insumos para tratamiento de la diabetes), DS N° 008-2008-EF (liberación de aranceles e IGV, para medicamentos para VIH/SIDA y oncológicos); Ley N° 28553 y DS N° 005-2008-SA (Inafectación de IGV y Derechos arancelarios de medicamentos e insumos para tratamiento de la diabetes).

<sup>14</sup> De una muestra de 200 productos oncológicos, solo el 8 % rebajaron sus precios en 20 % o más, el resto bajo menos o incluso no bajó. Informe “Evaluación de los potenciales sobre el acceso a medicamentos del TLC que se negocia con EEUU. Gerardo Valladares Alcalde. Abril 2005. Ver en [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

<sup>15</sup> Base de Datos del Estudio: CIES-MINSA Cuentas Nacionales en Salud, Perú: 1995-2005. Lima, 2008.

<sup>16</sup> Para el 2000 se registraron 84,393 muertes (17.2% del total) por tumores malignos, cuyo tratamiento es muy alto, por lo que sus efectos sobre la economía de las familias pobres y pobres extremos es simplemente devastador. En: Lenz R., Alvarado B. Políticas pro pobre en el sector público de salud; en Cotlear, D (ed); Un nuevo contrato social para el Perú; ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario”; Banco Mundial, enero 2006.

<sup>17</sup> Por ejemplo, DIGEMID reporta, en un grupo de medicamentos importados, productos que llegan al usuario a un precio que va entre 216% hasta 6257% del valor FOB.

se afecta drásticamente la capacidad de respuesta financiera para resolver otras necesidades básicas, como la alimentación.

El encarecimiento del medicamento afecta también la capacidad adquisitiva del Estado en la compra de los servicios de salud<sup>18</sup>, requiriéndose una conducta proactiva del mismo. Las mejoras en la capacidad de negociación del Estado peruano han implicado progresos apreciables en su capacidad de compra corporativa a menores precios.<sup>19</sup>

### **Productos genéricos**

En este escenario, los productos genéricos han mostrado ser una alternativa para facilitar el acceso a medicamentos<sup>20</sup>; son de menor precio y, como resultado del incremento de la competencia en el mercado farmacéutico, esta diferencia cobra con frecuencia márgenes abismales<sup>21</sup>.

#### ***Se han dado pasos importantes para promover el uso de genéricos en el Perú:***

a. La Ley General de Salud<sup>22</sup> incorpora disposiciones que establecen la obligatoriedad de la prescripción con la Denominación Común Internacional (DCI) así como la sustitución genérica<sup>23</sup> y la sanción y multas correspondientes ante la infracción<sup>24</sup>).

b. La Política Nacional de Medicamentos<sup>25</sup> dispone “fomentar la producción, comercialización y uso de medicamentos genéricos” y la utilización de “las salvaguardas contenidas en el acuerdo sobre Aspectos de Protección de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), que puedan favorecer el acceso a medicamentos esenciales”. Además define la necesidad de “crear un sistema de información sobre precios del mercado farmacéutico nacional e internacional”.

No obstante, a pesar de los avances en promover los genéricos todavía no se cuenta con un marco de orientaciones programáticas destinadas a lograr que los medicamentos lleguen a

---

<sup>18</sup> Ver el desarrollo de algunas de estas ideas en: OPS; Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Estudio de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala; OMS/DAP, OPS; 2001

<sup>19</sup> Comprende MINSAL Nacional, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional.

<sup>20</sup> Ver: Federico Tobar y Lucas Godoy Garraza ; Utilización del nombre genérico de los medicamentos; Buenos Aires; Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, Ministerio De Salud, Buenos Aires Argentina, Julio 2003; <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/publicaciones/10.pdf> ; 17.01.07

<sup>21</sup> Una infección urinaria tratada con ciprofloxacino costaba más de S/.160.00 con la marca original; mientras que con el genérico más barato no pasaba los S/10.00. Precios de medicamentos en el Perú. Acción Internacional para la Salud, 2007.

<sup>22</sup> La Ley General de Salud (Art. 26 y 33)

<sup>23</sup> DS 020-90-SA de 1990

<sup>24</sup> DS N° 019-2001-SA (Art. 2° y 6° del 2001).

<sup>25</sup> Ministerio de Salud, Política Nacional de Medicamentos, RM No. 1240-2004/MINSA; 24.12.20

toda la población definiendo estrategias e intervenciones a implementar que deben concretarse en una explícita Política de Medicamentos Genéricos.

En consecuencia, los productos genéricos han aumentado su participación en el mercado, pero sin llegar a tener un segmento significativo<sup>26</sup>. Entre los años 1998 y 2001 las unidades vendidas con DCI pasaron de 9.3% a 13.6% del total de unidades<sup>27 28</sup>.

Los productos genéricos todavía no cuentan con la aceptación plena de los profesionales de salud y usuarios, debido tanto a ideas erróneas y conductas inducidas<sup>29, 30</sup>.

A esta situación se suma el insuficiente sistema de aseguramiento de calidad en todos los medicamentos.

### **Sistema público de adquisición y distribución de medicamentos**

En el año 2002 se implementa el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED) con la finalidad de contribuir al acceso de medicamentos esenciales para los usuarios del sistema público de salud. El Ministerio de Salud viene ampliando su capacidad de compra corporativa y su liderazgo en todo el sector público al respecto. En el marco del Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado<sup>31</sup> entre los años 2003 y 2005, el Ministerio de Salud efectuó procesos de compra corporativa de medicamentos para todas sus Unidades Ejecutoras a nivel Nacional. Desde el año 2006 a la fecha, ha promovido la primera Compra Corporativa Facultativa Intersectorial con participación de ESSALUD, Ministerio de Defensa (MINDEF) y Ministerio del Interior (MININTER). Asimismo, se aplica la modalidad de “Subasta Inversa”<sup>32</sup> que ha mejorado la eficiencia, reportando significativos

---

<sup>26</sup> De acuerdo a declaraciones de la responsable de la Unidad de Acceso a Medicamentos de la DIGEMID, los medicamentos genéricos representan menos del 20% del valor del mercado farmacéutico; RPP 25 de febrero, 2007 - 10:53:40; [http://www.rpp.com.pe/portada/salud\\_y\\_belleza/67003\\_1.php](http://www.rpp.com.pe/portada/salud_y_belleza/67003_1.php); 17.01.08

<sup>27</sup> Seinfeld, Janice. y La Serna Karlos. “Por qué la Protección de los Datos de Prueba en el mercado farmacéutico no debe ser un impedimento para firmar el TLC con los Estados Unidos”. Elaborado por encargo del Instituto Peruano de Economía, Lima, septiembre del 2005

<sup>28</sup> Si se incluyeran los “genéricos de marca”, este porcentaje aumentaría. No obstante, no se dispone de información al respecto. Se denominan “genéricos de marca” a los mismos genéricos a los cuales el fabricante les pone un nombre “de fantasía” para entrar al mercado.

<sup>29</sup> SAIDI; Estudio sobre factores determinantes de la prescripción y venta de antibióticos en El Callao, Perú. Iniciativa de Enfermedades Infecciosas en América del Sur (SAIDI por sus siglas en inglés) Proyecto financiado por USAID, 2006

<sup>30</sup> SAIDI; Estudio sobre factores determinantes del uso de antibióticos en consumidores en Perú”. Iniciativa de Enfermedades Infecciosas en América del Sur (SAIDI por sus siglas en inglés) Proyecto financiado por USAID, Abril 2007

<sup>31</sup> Ley N° 26850 aprobado por DS N° 083-2004-PCM y su Reglamento aprobado mediante DS N° 084-2004-PCM.

<sup>32</sup> Modalidad de selección contemplada en la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, por la cual se adquieren “bienes comunes” a través de un procedimiento racional y ágil, en el cual está estandarizada la calidad, calificándose únicamente el precio que ofrecen los participantes.

ahorros públicos y tiempos en el proceso; particularmente en las denominadas compras nacionales, garantizando la calidad de los medicamentos adquiridos previamente a su distribución a nivel nacional.

COMPRAS CORPORATIVAS DEL 2007-2009 SEGÚN MONTOS VALORIZADOS									
	2007			2008			2009		
PROCESO	LP012-2006 (1º y 2º conv y MC490)			LP029-2007 y LP009-2008			LP029-2008		
ENTIDADES	Compra ant	Adjudicado	Ahorro	Compra ant	Adjudicado	Ahorro	Compra ant	Adjudicado	Ahorro
MINSA	125,146,754	103,863,669	21,283,085	137,126,154	96,349,513	40,776,641	187,839,973	128,614,584	59,225,388
ESSALUD	64,714,381	45,753,374	18,961,007	89,249,702	52,082,755	37,166,947	44,185,793	36,696,338	7,489,455
MINDEF				13,344,647	8,361,109	4,983,539	8,896,642	6,546,126	2,350,516
MININTER				16,603,594	11,080,453	5,523,141	2,696,400	1,977,495	718,905
INPE							1,067,318	912,839	154,479
<b>TOTAL VALORIZADO</b>	<b>189,861,135</b>	<b>149,617,043</b>	<b>40,244,091</b>	<b>256,324,098</b>	<b>167,873,830</b>	<b>88,450,268</b>	<b>244,686,126</b>	<b>174,747,383</b>	<b>69,938,743</b>

Sin embargo todavía hay áreas en las que es necesario poner atención para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos públicos para medicamentos. No todas las compras de medicamentos se realizan a través de la compra nacional, por lo cual hay servicios públicos de salud, de EsSalud, Fuerzas Armadas y de otros sub sectores que hacen sus propias compras, lo que podría estar a contracorriente de la búsqueda de eficiencia.

En cuanto a la precalificación de proveedores y control para cumplimiento de contrato, la legislación vigente sobre contrataciones y adquisiciones no contempla la precalificación de proveedores. Sin embargo, el Ministerio de Salud con la finalidad de monitorear el cumplimiento de los compromisos contractuales entre la Unidades Ejecutoras y los proveedores, ha implementado indicadores logísticos para evaluar la oportunidad de la emisión y entrega de las Ordenes de Compra, así como la atención por parte de los proveedores, evidenciándose considerables atrasos en ambos aspectos: 37 % de retrasos en la entrega de dichas órdenes al proveedor y 28 % de retraso en el internamiento del producto por parte del proveedor

Todavía hay problemas de disponibilidad de medicamentos en servicios públicos de salud. La información basada en reportes de los usuarios<sup>33</sup> señala un desabastecimiento mayor al que reconoce la oferta. En el año 2007, sólo el 52.5% de las personas que se atendieron en algún establecimiento del sistema público de salud reportaron encontrar los medicamentos prescritos en el mismo establecimiento<sup>34</sup>. En los establecimientos del seguro social (EsSalud) y en los de las Fuerzas Armadas y Policiales, que deberían abastecer al 100% de los medicamentos prescritos por ser seguros completos -para un universo cerrado

<sup>33</sup> Base de Datos de la ENAHO 2007. Procesamiento CIES.

<sup>34</sup> El 15%, reporto que encontró “la mayoría de medicamentos”, el 18% “muy pocos”, el 11% “ninguno” y el 4% No sabe”. Base de Datos de la ENAHO 2007. Procesamiento CIES.

y determinado de beneficiarios-, sólo el 55% y 33%, respectivamente de sus usuarios, reportaron encontrar todos los medicamentos recetados. A diferencia de las declaraciones de los usuarios, los reportes del SISMED 2007 señalan que la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de sistema público de salud fluctúa entre el 76% y 81%, Estos datos muestran una aparente contradicción con los de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), que puede deberse a los diferentes enfoques: el SISMED mide la disponibilidad desde la oferta de los medicamentos consignados en el Petitorio Nacional de Medicamentos y disponibles en la farmacia del establecimiento; mientras que la ENAHO reporta si el usuario recibió (por compra o donación) en el establecimiento el medicamento que se le prescribió.

OE

**16. Adecuado uso de medicamentos** (Indicador: Porcentaje de de recetas atendidas)  
**INEN**

Oe. Lograr la disponibilidad, uso adecuado de medicamentos esenciales y oncológicos para favorecer la atención de la población y especialmente a los más necesitados

(LPS-2007-2020)

**5. Desarrollo de los Recursos Humanos (6 en LPS 2007-2020)**

**Objetivo 4 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 6**

Recursos Humanos: Identificar, desarrollar, y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población

**Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

**17. Fortalecer el desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud.** (Indicador: Porcentaje de unidades ejecutoras que implementan el modelo de gestión por competencias) **Pliego 11**

Oe. Contar con recursos humanos con competencias acorde a las necesidades del sistema de salud

Según Juan Arroyo el proceso de formulación de la actual política de recursos humanos en salud se ha venido asumiendo y perfeccionando a todo lo largo de la década. Empezó con el cuarto lineamiento general de política sectorial de salud definido por el MINSA en el documento “Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios fundamentales para el quinquenio agosto 2001- julio 2006”. Y luego tuvo un proceso de

cuatro años de desarrollo que comprendió en su primera etapa los primeros borradores presentados a finales del año 2002, luego la aprobación por unanimidad en el Comité Nacional de Articulación Docencia-Servicio e Investigación (CONADASI), y finalmente la ratificación el 22 de setiembre del 2005 en el Consejo Nacional de Salud del documento de “Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en salud”. Dicho documento explicitó ocho lineamientos de política que son los que rigen actualmente:

Lineamiento 1: Formación de recursos humanos en salud basada en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.

Lineamiento 2: Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.

Lineamiento 3: Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.

Lineamiento 4: Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.

Lineamiento 5: Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.

Lineamiento 6: Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.

Lineamiento 7: Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.

Lineamiento 8: Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.

En realidad este es el documento de política de recursos humanos más comprensivo de la década, En realidad en este último quinquenio 2006-2010 se viene procesando un

repotenciamiento del sistema de salud en sus dos grandes subsistemas, el Sistema Público de Salud y ES SALUD. El escenario actual se encuentra marcado por tres elementos que se han acentuado desde el año 2006: la descentralización, que terminó de trasladar las funciones a los gobiernos regionales el 2008; la definición del aseguramiento universal en salud como el objetivo central a partir del año 2008; y el notable aumento en la inversión pública en salud en los últimos dos años.

Lo nuevo en los dos últimos años 2008-2010 ha sido el viraje hacia una mayor disponibilidad y una mejor distribución de los profesionales de salud, con la mayor dotación de recursos humanos en salud y el establecimiento de incentivos para su ubicación en las zonas alejadas y pobres, reviriéndose así parcialmente los déficits originados por las migraciones de profesionales y su concentración en las grandes ciudades.

Visto en el largo plazo, en el Perú ha venido dándose un aumento progresivo de los recursos humanos del sector salud. En el año 1992 el total de la fuerza laboral del SISTEMA PÚBLICO DE SALUD y ESSALUD eran aproximadamente de 66,000 trabajadores; para el año 1996 ésta se incrementó aproximadamente a 101,000 y hacia los años 2004-2005 comprendía a 132,781 trabajadores, entre ambas instituciones, de los cuales 97,382 trabajaban en el sistema público de Salud y 35,399 en el Seguro Social de Salud (EsSalud). Había además alrededor de 7,230 laborando en las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), si bien esta última cifra incluye médicos y personal asistencial a disposición en los directorios de las EPS y sólo un personal más pequeño de planta. El directorio de médicos de las EPS que trabajan exclusivamente en las EPS y no laboran por tanto ni en el sistema público de salud ni en ESSALUD totaliza 3,240.

Ahora se estima trabajan en el sistema de salud peruano un total de 180,000 trabajadores y profesionales, de los cuales 123,663 lo hacen en el sistema de salud público y 36,063 en el Seguro Social de Salud (EsSalud, 2007). Las EPS tienen un personal de 7,230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, 14,587 profesionales, técnicos y auxiliares. Este contingente de 180,000 trabajadores y profesionales de salud atiende la salud de los 29 millones 461 mil peruanos estimados para el 2010.

Sin embargo, pese a este avance, hay un déficit tanto de disponibilidad como de distribución. No es sólo de distribución, pues incluso si se lograra una distribución conforme a la densidad poblacional y la vulnerabilidad de las regiones y distritos, faltaría personal de salud. El estudio de dotación de profesionales de salud que hizo el MINSA el año 2007 mostró que había una brecha que iba entre 8,446 a 15,363 médicos según los estándares que se usaron.

Asimismo, continuaba el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose éstos en Lima y en la costa urbana del país. En el caso de los médicos, Lima tenía hasta hace poco una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y casi el doble que el promedio nacional, que era 11.5.

Además de Lima, sólo Arequipa, Tacna e Ica alcanzaban o superaban la tasa de 10 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos que existe en el Perú, Lima concentraba el 53.19 %. En el caso de las enfermeras, ocho departamentos tienen una tasa por 10,000 habitantes superior al promedio nacional, evidenciándose una mayor concentración en la costa urbana, aunque con presencia importante en algunos departamentos de mayor pobreza. Del total de enfermeras el 40.23% se encuentra en Lima.

En el caso de los odontólogos, con tasas por 10,000 habitantes mucho menores que las de otras profesiones, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en los departamentos de la Costa. Del total de odontólogos, el 44.25 % se encuentra en Lima.

Del total de técnicos y auxiliares el 41.47% se encuentra en Lima. De otro lado, la distribución de profesionales ha venido siendo inversa a los niveles de pobreza. Para las principales categorías profesionales, existe una gran diferencia entre el grupo de recursos humanos ubicado en distritos no pobres y el grupo ubicado en distritos pobres. En el caso de los médicos, la tasa de distribución es de 3.7 a 1 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para las enfermeras la tasa es de 1.4 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para los odontólogos, cuyo número absoluto es menor, la tasa es de 1.43.

En respuesta a este panorama, en los últimos dos años ha habido una ampliación importante del número de profesionales en los servicios públicos y se ha iniciado su redistribución con incentivos para sus estancias en las zonas más pobres. Las dos grandes políticas de recursos humanos de estos años vienen siendo la transformación del SERUM en instrumento para expandir la frontera de los servicios y la generación de un régimen especial para cubrir el déficit de especialistas en provincias, ambas, acordadas en la reunión nacional realizada en diciembre del 2007 con los Directores Regionales de Salud, los Gerentes Regionales y funcionarios del ex IDREH

Así, los médicos del sistema público de salud han pasado de 12 mil a 17 mil en todo el país en los últimos tres años. Esto ha aumentado la disponibilidad en todas las regiones, pero se desea también que no estén concentrados en las capitales de departamentos. Esto ha implicado transformar el SERUM radicalmente. El primer cambio ha sido la modificación del mecanismo de asignación de las plazas para serumistas, que antes eran por sorteo y ahora son por méritos, conforme a una prueba. El segundo ha sido el establecimiento de bonificaciones para los postulantes que opten por zonas alejadas, bono de 10 puntos que eleva su puntaje en el orden de méritos. El tercero ha sido la utilización rigurosa del mapa de pobreza de FONCODES para la ubicación de los distritos prioritarios, en extrema pobreza. Los serumistas están bajo el régimen privado del DL 276 y se les otorga ahora 10 puntos de bonificación para el examen de residencia por ubicación alejada, además de su sueldo - 3,500 soles o 1,200 dólares -, seguro social, seguro complementario de riesgo, pasajes y medio sueldo para gastos de instalación.

De otro lado se ha conseguido un aumento importante en el número de plazas del SERUM, que durante años se había mantenido estable en 2,000 plazas y ahora han pasado a 5,700. El primer incremento se hizo con el apoyo del Programa JUNTOS y luego con partidas presupuestales gestionadas ante el MEF.

Actualmente es obligatorio que todas las plazas de serumistas sean en primer nivel y son los gobiernos regionales quienes asignan las localidades o establecimientos. Esto ha cambiado la situación original de los 811 distritos más pobres del país, en los cuales hace tres años el 53% tenían médicos serumistas y el 47% no. Ahora el 89% de estos distritos ya tienen profesionales de salud utilizando el SERUM. Los porcentajes de presencia de médicos en los distritos de los tres departamentos más pobres del Perú son hoy elevados: 95% en Ayacucho, 97% en Apurímac y 95% en Huancavelica. En otras palabras, el SERUM estaba desarticulado de la política de salud y ahora es el principal instrumento que permite dotar de profesionales a lugares donde no había profesionales. En las actuales adjudicaciones de las plazas del SERUM el 85% de serumistas opta por distritos ubicados en los dos quintiles de mayor pobreza (el 54% en el quintil 1 y el 31% en el quintil 2). Se puede decir que las tres regiones más pobres tienen hoy una disponibilidad en el primer nivel superior al promedio del país. El problema ya no es el número de profesionales y ello se ha comenzado a expresar en resultados, como en el caso de Apurímac, que salió del grupo con mayor mortalidad materna.

El segundo gran problema en la dotación y distribución de profesionales es la falta de especialistas. En el sistema público de salud faltan unos 6,000 especialistas. En muchas regiones no hay anestesistas, siquiátras, cardiólogos, gastroenterólogos, etc. La evaluación que tiene el MINSA es que esta brecha de especialistas se está ampliando. No hay especialistas suficientes en el Perú. Y esto en el contexto de un aumento de la demanda por la política de aseguramiento universal. La actual ampliación de la inversión en equipamiento descubre aún más esta brecha: uno de los tomógrafos más modernos del país, ubicado en Ayacucho, por ejemplo, no tiene un especialista que lo haga funcionar. En Ayacucho no hay un solo psiquiatra. En Huancavelica no hay un solo cardiólogo. Asimismo, la información que brinda el Seguro Social (ESSALUD) es que en todos sus últimos concursos para el segundo y tercer nivel no llegan a cubrir las plazas ofertadas. En julio del 2009 tenía 345 plazas sin cubrir. Igual pasa con los concursos de la Sanidad de la Policía Nacional, que en el 2008 ofertó 100 plazas de especialistas y no cubrió ninguna; en el 2009 volvió a ofertar 150 plazas y sólo cubrió 18. Según el estudio realizado por el MINSA la brecha de especialistas para las seis zonas de aseguramiento universal es de 1774. Sólo en los hospitales regionales de los tres departamentos más pobres del país faltan 194 especialistas.

En el fondo, se ha añadido a la vieja brecha de profesionales para la atención primaria, la nueva brecha, para la capa compleja, fuera de la tercera brecha, de capacidades. El Perú no atendió durante años la primera, mientras se iba abriendo la segunda brecha. Este déficit tiene que ver con la desarticulación entre el mundo del trabajo y las universidades, además

de las migraciones de médicos fuera del país y hacia Lima. Los médicos que migran no son sólo médicos generales sino especialistas.

De ahí que se haya estructurado la segunda estrategia, que es el nuevo programa PROSALUD, ya diseñado, que está por ser lanzado para dotar de profesionales, ya no serumistas, a las regiones más vulnerables, por concurso. Será igual al SERUM en cuanto a priorización en los distritos con mayores necesidades, pero la dotación será de equipos básicos de salud (médicos, enfermeras, obstétrices y técnicos sanitarios).

Dado que por ley tienen que ser contratados en el régimen público, se ha negociado con el Ministerio de Economía y Finanzas para que tengan remuneraciones superiores – 4,700 soles como máximo para los médicos; 2,700 soles para enfermeras -, además de dárseles incentivos para la residencia y concursos de nombramientos. El contrato de estos especialistas será por tres años, renovables por otros 3 años. Al final estos profesionales tendrán 20 puntos de bonificación para la residencia médica. De otro lado estos profesionales tendrán un programa de capacitación, primero en los hospitales y luego, ya en sus zonas, como alumnos de un Diplomado en Atención Integral, terminando en tres años como especialistas en medicina familiar o salud familiar. Hay convenios con algunas universidades para ello: San Marcos, Cayetano Heredia y San Luis Gonzaga de Ica. En cuanto a su financiamiento, ya está incluido en el Presupuesto de la República del 2010, que ha destinado 128 millones de soles en reserva para contingencias, de los cuales 50 millones de soles irán para nuevos recursos humanos en salud para fortalecer el aseguramiento universal. De esta partida, 40 millones de soles pasarán a este programa, para 1,584 nuevos profesionales en el MINSA, que se añadirán a los 6,000 serumistas.

Sin embargo, el MINSA evalúa que se necesita una política adicional: promover que nuevas universidades del interior formen especialistas, para evitar que los médicos egresados vengan a las universidades de Lima, Trujillo, y Arequipa, que forman al 90% de especialistas del Perú. La gran mayoría de egresados de Loreto o Cajamarca terminan por eso fuera de sus regiones. No hay una capacidad de retención. Para cambiar esta situación desde el año pasado se están abriendo otros lugares (Junín, Loreto, Ayacucho y Ancash) para formar especialistas en las cuatro especialidades básicas. Esto se hace mediante una alianza entre las Universidades y las Direcciones Regionales de Salud, que permite financiar las plazas. Ahora las regiones de salud deciden el número de plazas y las especialidades, a diferencia de antes, que eran fijadas por las universidades. En base a esto, las universidades ofertan vacantes y los postulantes las escogen, en orden de mérito. Con esto se busca que los médicos tengan mayores oportunidades en su región.

**18. Fortalecer la capacidad de los recursos humanos** (Indicador: Porcentaje de personas capacitadas) **INEN**

Oe. Fortalecer la capacidad de los recursos humanos para la atención oncológica y apoyar y desarrollar la investigación clínica y operativa orientada a mejorar las condiciones de vida de la población

**19. Lograr una supervisión y conducción superior en la gestión pública** (Indicador: porcentaje de personal capacitado) **SIS**

(No reporta avances)

Oe. Optimizar la gestión de los recursos humanos que coadyuven a la mejora del desarrollo institucional.

(No reporta avances)

(LPS-2007-2020)

**6. Descentralización de la Función Salud al Nivel del Gobierno Regional y Local (4 en LPS 2007-2020)**

**Objetivo 2 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 4**

Gobiernos regionales y locales ejercen plenamente sus funciones en materia de salud

**Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

**20. Consolidar un desarrollo adecuado y una transferencia efectiva de tecnologías en salud y la generación de capacidades en las regiones.** (Indicador: Porcentaje de métodos de análisis de laboratorio para el diagnóstico clínico y la vigilancia en salud pública calificados con una norma de calidad). **INS**

Oe. Desarrollar competencias para la gestión del conocimiento y el desarrollo de tecnologías

Oe. Mantener información actualizada de los principales indicadores para la vigilancia de los riesgos y daños nutricionales.

En el período 2007-2009 se ha transferido métodos o técnicas de laboratorio que representa un avance acumulado de 32.0% de un total de 150 métodos de análisis de laboratorio programados para el quinquenio 2007-2011. Centro Nacional de Salud Pública-INS

En el año 2009 se ha realizado el proceso de transferencia de 16 métodos de laboratorio de enfermedades de impacto regional y nacional como el caso del VIH, Tuberculosis, malaria, Leptospirosis, rabia, Malaria, Chagas, Enteroparasitosis, Sífilis, Gonorrea, Hepatitis, virus respiratorio, micro-bacterias, e infecciones nosocomiales, a las DISAS, DIRESAS de las regiones del país. Centro Nacional de Salud Pública-INS

Evaluación con control de calidad de 143 laboratorios de establecimientos de salud a nivel nacional. (Indicador: N° de laboratorios evaluados con control de calidad. Programado 400 laboratorios. Evaluados 143, avance 35.8%.

Evaluación del control de calidad tanto directo como indirecto del diagnóstico de 143 laboratorios de referencia regional, laboratorios de hospitales, de centros de salud, clínicas e institutos nacionales especializados.

Realización de 163,642 pruebas especiales para diagnóstico de laboratorio de enfermedades transmisibles. (Indicador: porcentajes de análisis especializados por el INS), Centro Nacional de Salud Pública). Programado 50%, Obtenido 63.8% , avance 127.6%

En el 2009 se realizó la supervisión de 22 laboratorios de referencia de La Libertad, Lambayeque, Lima Ciudad (Esta, Norte y Sur) Loreto Madre de Dios, Piura, San Martín, Tacna, Tumbes, Amazonas, Ancash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica y Junín (Indicador: N° de laboratorios de la red Nacional de Salud Pública supervisados) Centro Nacional de Salud Pública-INS.

Programado: 26 laboratorios –Realizado 22 laboratorios –Avance de 84.6%

OE

21. Descentralización de los servicios oncológicos (Indicador: Sistema de referencia y contra-referencia en Unidades oncológicas) **INEN**

Oe. Lograr la implementación y funcionamiento de las unidades oncológicas, preventorios y unidades de registro de cáncer en los principales hospitales y centros de salud del sector, en articulación con los niveles de gobiernos regionales y locales y direcciones regionales de salud.

## 7. **Mejoramiento de otros determinantes de la salud (11 en LPS 2007-2020)**

### ***Objetivos en los Determinantes de la Salud 2007-2020 relacionados con el Lineamiento de Política de Salud 11***

*Objetivo 1. Saneamiento Básico: lograr el acceso universal e integral a los servicios de agua potable y saneamiento básico a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población, para mejorar el bienestar y la calidad de vida*

*Objetivo 2. Pobreza y Programas Sociales: Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades sobre todo de las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas públicas y la fusión, integración y articulación de los programas sociales.*

*Objetivo 3. Medio Ambiente: Promover un ambiente saludable para mejorar las condiciones de salud de la población de manera multisectorial y descentralizada y con participación de los actores sociales.*

*Objetivo 4. Salud Ocupacional: Proteger la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de mortalidad y discapacidad debida a exposición ocupacional.*  
*Objetivo 5. Seguridad Alimentaria: Incrementar la seguridad alimentaria en el país.*  
*Objetivo 6 Seguridad Ciudadana: Mejorar la seguridad ciudadana reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto para mejorar el bienestar de la población.*

#### **Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

**No se formularon objetivos**

#### **8. Participación Ciudadana en salud (10 en LPS 2007-202)**

**Objetivo 8 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 10**

Crear las condiciones en el sistema en el sistema de salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de la salud y en el cumplimiento de sus deberes y el ejercicio de sus derechos.

#### **Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

**No se formularon objetivos**

#### **9. Desarrollo de la Rectoría y del Sistema de Información en Salud. (9 en los LPS 2007-2020)**

**Objetivo 7 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 9**

Desarrollo de la Rectoría y del Sistema de Información: Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria en el nivel nacional, regional y local e integración de los sistemas de información de las entidades del Estado que intervienen en el campo de la salud

#### **Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

**22. Fortalecer el Rol de Rectoría en los diversos niveles de gobierno.** (Indicador: Puntaje de cumplimiento del las Funciones Esenciales de Salud Pública FESP- Autoridad nivel nacional) **Pliego 11**

Oe. Fortalecer el rol rector de rectoría y conducción sectorial del Ministetrio de Salud en el marco de la descentralización.

OE

**23. Desarrollar la supervisión basada en estándares que permita a la SEPS (SUSALUD) verificar el adecuado funcionamiento del Sistema bajo su ámbito y adoptar las medidas correctivas correspondientes.** (Indicador: Sanciones / Procesos de investigación iniciados) **SEPS (SUSALUD)**

Oe. Desarrollo de un registro dinámico de entidades supervisadas para promover la adecuada gestión y ser fuente de información confiable para la toma de decisiones.

Oe. Contar con modelos de supervisión continua adecuados a los tipos de entidades supervisadas.

Oe. Contribuir a la reducción de desviaciones en el funcionamiento del sistema.

Oe. Promover la suscripción de convenios de cooperación institucional que contribuyan al desarrollo del sistema.

OE

**24. Impulsar la generación de conocimientos a través de la gestión de la información, la investigación y el aprendizaje continuo.** (Indicador: N° de boletines elaboración) **SEPS (SUSALUD)**

Oe. Contar con procesos institucionales actualizados y documentados.

Oe. Lograr que los usuarios cuenten con la información que necesitan para las acciones y decisiones que les corresponda tomar.

Oe. Posicionar a la SEPS (SUSALUD) como institución líder en estudios e investigaciones sobre regulación y supervisión del aseguramiento en salud.

Oe. Lograr la transferencia e intercambio interno del conocimiento producido en la SEPS.

OE

**25. Contar con la normatividad que propicie el desarrollo sostenido y competitivo del Sistema bajo el ámbito de la SEPS (SUSALUD) así como el fortalecimiento institucional en el marco del aseguramiento universal.** (Indicador: N° de normas emitidas para el sistema). **SEPS (SUSALUD)**

Oe. Fomentar el incremento de la población afiliada al sistema bajo el ámbito de supervisión de la SEPS (SUSALUD)

Oe. Fortalecer la imagen institucional de la SEPS (SUSALUD) como organismo de confianza y credibilidad.

Oe. Promover la competitividad del sistema bajo el ámbito de supervisión de la SEPS (SUSALUD)

OE

**26. Empoderar a los usuarios en los procesos de desarrollo y mejora continua del sistema supervisado y regulado por la SEPS (SUSALUD) a través de mecanismos de participación, orientación, comunicación, atención de quejas y reclamos.**(Indicador: Nivel de satisfacción de usuarios)

Oe. Desarrollar mecanismos de participación y satisfacción de usuario.

Oe. Consolidación de espacios de solución de controversias.

Oe. Contar con mecanismos para revalorizar las relaciones interpersonales entre los asegurados y prestadores de servicios del sistema.

OE

**27. Lograr el mayor desarrollo posible de los talentos del personal de la SEPS (SUSALUD) en un clima laboral con una cultura organizacional basada en la visión, misión y valores.** (Indicador: Porcentaje de personal capacitado)SEPS (SUSALUD)

Oe. Lograr un ambiente laboral motivador y entusiasta que permita satisfacer las necesidades del personal.

Oe. Promover el fortalecimiento organizacional de desarrollo de iniciativas y toma de decisiones

Oe. Fortalecer las capacidades individuales y competencias para actuar en conjunto con un liderazgo participativo.

OE

**28. Gestión Sanitaria** (Indicador: Intervenciones quirúrgicas) **INEN**

Oe. Lograr disminuir la carga del cáncer avanzado en la población a nivel nacional a través de la detección temprana según prioridad establecida

**10. Financiamiento en Función de Resultados (8 en los LPS2007-2020)**

(Concebido como inversión orientado a la prevención y promoción, a resolver determinantes de la salud- orientado al logro de resultados-incentivos ligados al logro de resultados)

**Objetivo 6 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud 8**

Financiamiento Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto

## **Objetivos Estratégicos PESEM 2008-2011**

OE

**29. Fortalecer el Rol de Rectoría en los diferentes niveles de gobierno.** (Indicador: Porcentaje de proyectos aprobados) **Pliego 11**

Oe. Optimizar la gestión de los recursos humanos, económicos, materiales y financieros que coadyuven a la mejora del desempeño institucional

OE

**30. Desarrollar y promover los recursos institucionales y las capacidades del personal para una gestión por resultados** (Indicador: Porcentaje del personal actuando con competencia en el cargo) **INS**

Oe. Modificar y actualizar los documentos técnicos normativos y de gestión institucional para una respuesta eficiente y oportuna en la toma de decisiones.

Oe. Contar con la información, actualizada, confiable y oportuna para la investigación y producción de bienes y servicios especializados.

Oe. Promover y elaborar proyectos de inversión pública para el desarrollo de tecnologías sanitarias.

Oe. Atender eficiente y oportunamente las necesidades de recursos de personal, material y financiero que se requiere para la producción de bienes y servicios.

OE

**31. Financiamiento de Actividades:** (Indicador: N° Proyectos de inversión pública) **INEN**

Oe. Lograr intercambios de cooperación técnica entre los organismos de la APCI, MINSA, y el INEN con participación de líderes, organizaciones locales, nacionales e internacionales y los actores sociales; y fortalecer la capacidad del INEN.

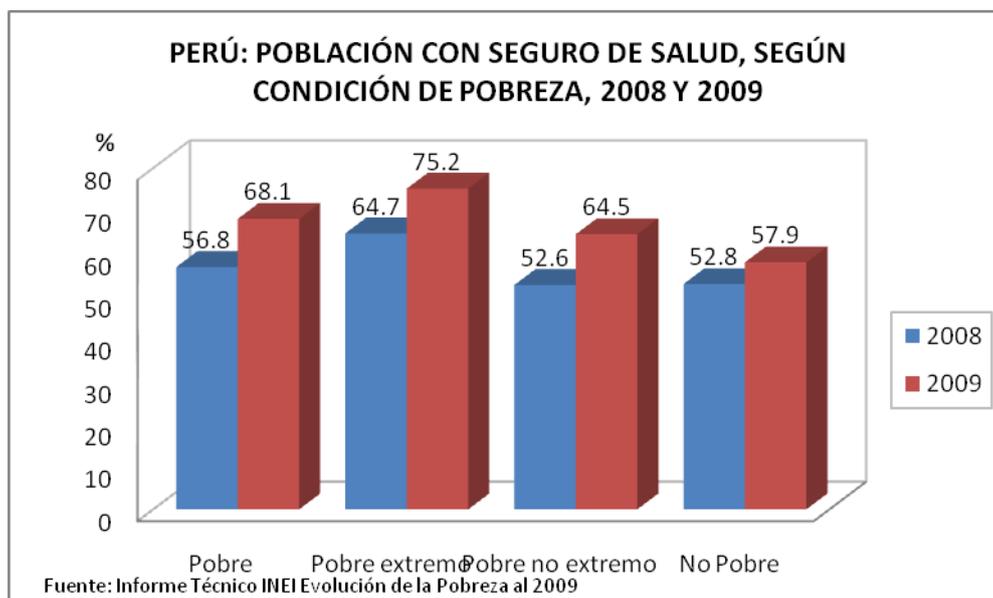
## **11. Aseguramiento Universal en Salud (3 en los LPS 2007-2020)**

(Implementación progresiva empezando con la más pobre y extrema pobreza-todos los peruanos tendrán acceso a un plan de salud)

**Objetivo 1 del Sistema de Salud 2007-2020 relacionado con el Lineamiento de Política de Salud**

En el año 2009 la población que cuenta con al menos un seguro de salud se incremento de manera significativa, principalmente entre los pobres y pobres extremos. Así, el 68,1% de

la población pobre y el 75,2% de los pobres extremos tenían seguro de salud, en el caso de la población no pobre fue de 57,9%



El incremento significativo de la población cubierta por un seguro de salud se debe a la implementación del Seguro Integral de Salud SIS, como sistema de de aseguramiento público subsidiado, parte integrante de el aseguramiento universal que propugna la Ley Marco de Aseguramiento Universal aprobada y promulgada en el 2009.

32. Lograr el aseguramiento en salud otorgando prestaciones con garantías y oportunidad y calidad. (Indicado: Cobertura en los componentes de aseguramiento)
- Oe. Incrementar el aseguramiento en salud a través del SIS a 11 millones de ciudadanos en situación de pobreza y pobreza extrema.

En el marco del Aseguramiento Universal, El SIS en el año 2009 ha avanzado especialmente en lo, referente al número de afiliaciones y cobertura de prestaciones de salud de asegurados. Analizando las cifras de asegurados se tienen que en el período Enero- Diciembre ascendió a 11'764,031 asegurados. Incrementándose en 14% respecto de lo alcanzado en el año 2008.

La composición de la población asegurada a diciembre 2009 fue del 17.7% de niños de 0 a 4 años, 16.6% de niños de 5-9 años, seguidos de 28.7% de adolescentes de 10 a 19 años, que juntos niños y adolescentes suman en total el 63% de los asegurados. El 30.6 % de adultos entre 20 y 59 años y el 6.45% adultos mayores. El incremento importante logrado se basa en gran parte a la acción conjunta y articulada de la Estrategia Nacional CRECER, que busca reducir la brecha de pobreza, la desnutrición crónica en niños y la inequidad en el aspecto de educación y salud.

El SIS, hasta fines de diciembre del 2009 ha transferido 435 millones de nuevos soles.

**SIS: Estadísticas Globales por Grupos Etareos, según Concepto  
Ene-Dic 2009**

CONCEPTOS	TOTAL	Niños		Adolescentes (10-19)	Adultos (20-59)	Adulto Mayor 60 y más
		(0-4)	(5-9)			
ATENCIONES	27 327 091	9 322 558	2 990 763	4 425 954	9 033 689	1 554 17
ATENDIDOS	7 274 168	1 942 566	979 266	1 442 206	2 407 158	502 972
ATENDIDO – MES (DIC)	1 615 081	519 776	189 759	261 926	539 583	104 037
ASEGURADOS	11 764 031	2 086 107	1 956 455	3 372 403	3 372 403	747 186
VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN S/	478 875 954					
TRANSFERENCIAS	435 274 819					

Fuente: Oficina de Informática y Estadística

Nota: Las transferencias no incluyen gastos por gestión administrativa

El valor de producción corresponde al valor bruto tarifado, no incluye No Tarifado (S/.44 105 190)

### III RECOMENDACIONES

1. Para la planificación del sector no hay documento más importante que el Plan Nacional Concertado de Salud. Si bien se entiende que tuvo algunos contratiempos en asegurar un respaldo absoluto y la norma de su aprobación no ha sido el deseado sigue teniendo un enorme valor, al servir como brújula sectorial que contribuye a dar estabilidad y continuidad a las políticas del sector. Al respecto las siguientes recomendaciones:
  - a. Realizar una gran convocatoria para revisar y actualizar el PNCS, volviendo a poner en debate y discusión los objetivos estratégicos al 2020. Esto debe contribuir a darle la legitimidad necesaria a un proceso iniciado en el gobierno anterior, continuado en el presente y que debiera ser convalidado por el próximo gobierno. Se requiere también reafirmar su legitimidad con las nuevas autoridades regionales que serán elegidas en octubre 2010, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento, las instituciones prestadoras de servicios, las instituciones de la sociedad civil, incluyendo a los partidos políticos y la cooperación internacional a fin que se comprometan a alinear sus acciones y recursos en función de los objetivos estratégicos de largo plazo.
  - b. Los planes de mediano plazo, (PESEM) o sea como se denominen deben dejar de ser planes de corte institucional y transitar progresivamente a convertirse en verdaderos planes de carácter sectorial, que comprendan a todo el sector en los tres niveles de gobierno y a los principales agentes sectoriales. Debe servir para establecer prioridades y estrategias a realizarse en los próximos 5 años para alcanzar los objetivos estratégicos del PNCS. Por consiguiente deben guardar el mismo orden y secuencia que establece el PNCS.
  - c. El Ministerio de Salud debe hacer uso de la Comisión Intergubernamental de Salud para iniciar, de manera simultánea, concordada y consensuada con los gobiernos regionales y estos con los gobiernos locales, la formulación de un plan de mediano plazo de cinco años (PMP). Los objetivos estratégicos del PMP no deben repetir lo establecido en el PNCS sino ser una desagregación del Objetivo Estratégico de largo plazo. Los objetivos estratégicos del PMP deben evaluarse y revisarse cada medio término.
  - d. En lo posible los objetivos estratégicos del PMP deben dar pie al establecimiento de metas anuales y a la estructuración de unidades programáticas que expliciten los insumos (recursos humanos, materiales y financieros) a ser empleados para cumplir con las metas establecidas.

- e. La VISION compartida de futuro del sector que se presenta en el PNCS tiene los elementos necesarios para incentivar y motivar al personal del sector, sin embargo su difusión es inconvenientemente limitada. El Ministerio de Salud debe asegurar una mayor difusión de la visión y todo trabajador del sector debe conocerla y recitarla. Toda oficina, dependencia, hospital, centro y puesto de salud debe colocar la visión en lugares visibles. Lo mismo puede hacerse con la misión que se trace cada nivel de gobierno y cada actor sectorial. La visión debe ser común a todos.
  - f. Desarrollar una batería de indicadores que tengan como propósito esencial medir los objetivos estratégicos de largo plazo, los objetivos específicos de mediano plazo y las metas anuales de los planes operativos sectoriales, es decir indicadores de primer, segundo, tercer y cuarto nivel alineados a los objetivos estratégicos.
2. El Aseguramiento Universal en Salud es de aplicación progresiva pero ello no debe significar una demora en su aplicación. Los volúmenes de recursos que requiere compete con necesidades de otros sectores, por ello es importante en momentos de transición política y elección de nuevas autoridades tanto nacionales como regionales, crear conciencia en el nivel político partidario que la población peruana es una de las más desprotegidas del continente y que es importante pasar de una inversión en salud del 4.9% del PBI al menos un 7.0% que es el promedio en la región. Además buscar que los gobiernos regionales en especial de las regiones con canon inviertan más en salud. Diez cosas que debe realizarse en los próximos dos años:
- a. Propiciar el establecimiento de una unidad especializada para seguir los asuntos del AUS.
  - b. Campaña de comunicación masiva que difunda que el contenido del PEAS es equivalente al EsSalud Independiente y también debe ser brindado como mínimo por los planes de los seguros privados.
  - c. Definir un tarifario referencial de los 460 procedimientos del PEAS que permita el intercambio de servicios entre los privados y la seguridad social, entre la seguridad social y el subsector público.
  - d. Relanzar la nueva Superintendencia - SUSALUD que dé cuenta de la ampliación de su radio de acción: todos los prestadores.
  - e. Actualizar el tarifario del SIS (con carácter transitorio) basado en el PEAS.

- f. Shock de inversiones para “anillos de contención” de segundo nivel en las zonas urbanas piloto.
  - g. Actualización de tarifas de hospitales de III nivel para atenciones No SIS.
  - h. Actualización de tarifas SIS de hospitales.
  - i. Nuevas reglas de validación SIS que mejoren la certeza de los reembolsos.
  - j. Defensoría del Usuario para exigir prestaciones PEAS.
  - k. Liberación de restricciones para contratar médicos del subsector público en otras unidades ejecutoras.
  - l. Trabajar de la mano con el MEF, el MINSA y el SIS para aumentar los recursos asignados al AUS sobre la base de un planteamiento de racionalización del gasto del sector que continúa siendo muy inequitativo.
  - m. El MINSA, el SIS y el MEF deben participar en los cálculos del PEAS con fines de asignación y estar en condiciones de financiar el 65% de la carga de enfermedad en las regiones y localidades en las que opere. MINSA debe propiciar la integración de MTPS y PRODUCE en una mesa en la que se acuerde la manera más expeditiva de poner en marcha el régimen semi-contributivo para independientes y para MYPES y PYMES.
  - n. MINSA y Es Salud deben unir su estrategia para promover los planes del régimen facultativo independiente de Es Salud y el régimen semicontributivo público para captar nuevos recursos, aliviando de esta manera las demandas al tesoro público.
  - o. Calcular el ahorro que se generaría a la caja fiscal por recaudación del régimen semi-contributivo
3. Promover que la programación y el presupuesto se formulen sobre la base de las necesidades y demandas de los servicios locales. De este modo, , estas instancias, se verían obligadas a sustentar sus presupuestos empleando información sanitaria y se reforzaría la necesidad de producir información de calidad
  4. Asegurar la formalización de la aplicación de los mencionados criterios mediante una norma presupuestal del MEF, decreto supremo o Ley.

**En el tema de la descentralización:**

5. Se requiere presentar a las nuevas autoridades regionales un diagnóstico descarnado de la situación sanitaria de sus departamento (comparación entre departamentos). Invitarlos a determinar objetivos sanitarios de su gestión.
6. Realizar tres talleres macro-regionales norte centro y sur para sensibilizar a las nuevas autoridades elegidas antes de asumir sus cargos.
7. Plantearles posibles mejoras en acceso y gestión de servicios de salud, como medio de obtener rentabilidad política.
8. Ofrecer apoyo y asistencia técnica y buscar el mayor involucramiento posible de la OGPP en la Secretaría Técnica del Comité Intergubernamental de Salud en la elaboración del Plan de Mediano Plazo y en los acuerdos que se arriben en el seno del CIGS
9. Dar inicio, en el contexto de la ANGR, al diseño de una estrategia concertada de descentralización y negociación de una estrategia de descentralización y apoyo a los gobiernos locales

#### **En el tema de Rectoría**

10. En primer lugar, ampliar el dominio gubernamental del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales sobre la totalidad del sector en su ámbito y afirmar su legitimidad como autoridad sanitaria
11. El Ministerio de Salud en su proceso de adecuación no puede perder de vista la totalidad del sector. La adecuación institucional del Ministerio de Salud además de considerar el proceso de la descentralización y las exigencias y condiciones del proceso sobre las instituciones del sector, deberá tener presente a los sub sectores: la seguridad social y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, privado, y a la sociedad civil a través de una representación adecuada.
12. La visión de largo plazo es ir camino a un sistema que privilegia la salud preventiva y promocional que promueve una cultura de vida saludable y de la salubridad ambiental tanto urbana como rural.
13. Deberá así mismo regular la organización y el funcionamiento de prestaciones de salud curativa y recuperativa con base en nosocomios donde los establecimientos

públicos, los de Es Salud y Sanidades de las FF.AA. y P.N. vayan progresivamente integrándose en un solo sistema de prestaciones complementado por los servicios privados en un esquema de sana competencia de oferta de servicios y precio.

14. Lo que corresponde, consecuentemente, es recuperar para el Ministerio las funciones de gobierno que equivocadamente se han otorgado a los OPDS del sector. De otro lado, el Ministerio no debe producir bienes o servicios que deben realizarse a través de los OPDs o ser contratadas con el sector privado
15. Desarrollar eventos específicos de sensibilización de autoridades regionales sobre modernización institucional.
16. Desarrollar eventos específicos de sensibilización con directivos y personal de las DIRESAS.
17. Coordinar con la PCM para asegurar un planteamiento de reorganización razonable del MINSA en función de la descentralización y la compatibilidad de la reorganización de las DIRESAS con aquella.
18. Asegurar la participación y acompañamiento de la Oficina de Descentralización del MINSA en los procesos de descentralización local.
19. Promover la conformación de observatorios del proceso de descentralización local en el ámbito de las 6 regiones priorizadas.