

MINISTERIO DE SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016 – 2021 DEL SECTOR SALUD, PERIODO 2016-2021

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y
Modernización

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos



CONTENIDO

PRESENTACIÓN	3
I. RESUMEN EJECUTIVO	4
II. PRESENTACIÓN DEL PESEM	7
III. CONTEXTO	9
IV. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES (OES).	14
VI. MEDIDAS PARA MEJORAR LOS OES	40
VII. CONCLUSIONES	41
VIII. RECOMENDACIONES	43
IX. ANEXOS	44

PRESENTACIÓN

El Informe de Evaluación de Resultados del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 – 2021 del Sector Salud, correspondiente al periodo 2016-2021, ha sido elaborado de manera participativa con los actores involucrados en su implementación y siguiendo las pautas metodológicas establecidas en la Guía para el seguimiento y evaluación de políticas y planes del SINAPLAN, aprobada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00015-2021-CEPLAN/PCD.

La evaluación de resultados se realiza en el marco del producto final de la fase de seguimiento y evaluación del PESEM 2016-2021 del Sector Salud, y al mismo tiempo es la base para el proceso de formulación de un nuevo PESEM para el Sector Salud, el cual debe estar alineado con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, con la Política General de Gobierno 2021-2026 y con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050. En este contexto, las recomendaciones emitidas a través de este documento, constituyen elementos que deben ser considerados.

El documento se ha estructurado en ocho secciones, en la primera sección se presenta un resumen ejecutivo que sintetiza los resultados de la implementación del PESEM. En la segunda sección se presentan los principales elementos del PESEM, destacando la síntesis del marco normativo, las competencias del Ministerio que enmarcan el ejercicio de su rol rector, las entidades que conforman el sector salud, así como la visión y objetivos estratégicos sectoriales. En la tercera sección, se describe el contexto en el cual se ha implementado el PESEM, identificando los factores económicos, políticos, sociales, así como los factores internos y externos, destacando la emergencia sanitaria que ha afectado la provisión de los servicios de salud.

En la cuarta sección, se analiza el desempeño sectorial en el cumplimiento de los objetivos estratégicos sectoriales, resaltando los factores e intervenciones que han incidido en el logro de los objetivos. Por su parte, en la quinta sección se presentan las medidas para mejorar los objetivos estratégicos sectoriales. En las siguientes secciones se presentan las conclusiones, recomendaciones y un anexo conteniendo los links para acceder a los reportes de seguimiento del PESEM, informes de implementación del PESEM, informes de evaluación de resultados del PEI de todas las entidades que conforman el sector salud, los estudios e investigaciones que fueron utilizados en la evaluación, así como una tabla que muestra los porcentajes de avance de los indicadores del PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud.

I. RESUMEN EJECUTIVO

El Informe de Evaluación de Resultados del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud, para el periodo 2016-2021 ha sido liderado por el Ministerio de Salud y elaborado de manera participativa con los órganos internos del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos Adscritos, considerando los informes anuales de evaluación del PESEM 2016-2021 del Sector Salud y los aspectos metodológicos establecidos en la Guía para el seguimiento y evaluación de las políticas nacionales y planes del SINAPLAN, aprobada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N°00015-2021-CEPLAN/PCD.

El presente documento ha sido elaborado en el marco del producto final de la fase de seguimiento y evaluación del PESEM 2016-2021 del Sector Salud, y al mismo tiempo es la base para el proceso de formulación de un nuevo PESEM, en cumplimiento de las disposiciones emitidas por el ente rector del SINAPLAN que buscan un alineamiento de este instrumento de gestión con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (Perú, País Saludable) y la Política General de Gobierno 2021-2026.

En la evaluación se analiza el logro de los objetivos estratégicos sectoriales, identificando las acciones estratégicas implementadas y los factores que han incidido en el desempeño sectorial. Se identifican buenas prácticas que podrían ser replicadas y se formulan recomendaciones para la formulación del nuevo PESEM del Sector Salud.

El PESEM 2016-2021 del Sector Salud, contempla tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES): OES.01 Mejorar la salud de la población; OES.02 Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población; y, OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población. Asimismo, contempla trece (13) Acciones Estratégicas Sectoriales (AES) y 20 indicadores con sus respectivas metas.

A continuación, con base en la información remitida por las unidades de organización del sector e información actualizada producida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), por cada OES se presenta una síntesis de los resultados obtenidos en cada uno de ellos, destacando las principales Acciones Estratégicas Sectoriales (AES) implementadas y los avances, durante el periodo de vigencia del PESEM:

A nivel de OES y sus 03 indicadores, se evidencia que los OES.02 y OES.03, cuentan con mediciones anuales y el OES.01, solo cuenta medición en el año 2016.

A nivel de AES, de los 17 indicadores planteados, 12 cuentan con mediciones anuales durante el periodo de evaluación, de los cuales 03 han cumplido o superado la meta del periodo y 14 presentan un desempeño por debajo de lo esperado.

OES.01 Mejorar la salud de la población.

Indicador: Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)¹.

El último estudio de Carga de Enfermedad², en el Perú, estima que durante el año 2016 se perdieron 5 315 558 años de vida saludables (AVISA)³, lo que representa, en términos poblacionales, que se pierden 168,8 años de vida saludables por cada mil habitantes. Los hombres perdieron más años de vida saludables (2 909 636 años), concentrando el 54.7% del total de AVISA; mientras que en las mujeres la pérdida fue de 2 405 922 años.

Los estudios de carga de enfermedad se realizan con una periodicidad mínima de cinco años, debido a la pandemia por el COVID-19 no se cuenta con una medición actualizada, principalmente, por las dificultades en la obtención de la información. Actualmente el CDC del Minsa se encuentra en proceso de revisión de una nueva proyección de AVISA post-Pandemia. El PESEM contemplada un logro esperado inicial (2017) de 191,71 AVISA por mil habitantes y como logro esperado final (2021), 172.54 AVISA por mil habitantes.

Respecto a los indicadores de las principales AES del OES.01 implementadas en el período 2016 al 2021 se logró una mejora progresiva y sostenida en 5 de los 11 indicadores propuestos (45.5%) los cuales fueron: 1) Reducción en la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) de 13.1% a 11.5% (Fuente: ENDES-INEI); 2) Reducción en la proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia de 44% a 38% (Fuente: ENDES-INEI); 3) Reducción en la tasa de Incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes (ESNTB) de 86.4 a 69.5 (Fuente OGTI-Minsa) y 4) Reducción en la incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas) de 6.21 a 3.53 (Fuente CDC-Minsa); y, 5) un incremento en el porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados de 79% a 83.4%. (Fuente: ENDES-INEI).

Asimismo, se evidenció que en 3 de los 11 indicadores (27.3%) las metas no fueron alcanzadas, siendo invariables o requieren mayor evaluación por haber tenido oscilaciones no sostenidas, estos son: 1) Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos - nv) que se mantuvo en 18; 2) Tasa de mortalidad por Cáncer por cien mil que varió de 122.9 en el año 2016 a 129.9 en el 2018 y luego se redujo a 118.5 para el año 2021 (Fuente: INEN), este último llama la atención teniendo en consideración el impacto negativo de la Pandemia sobre el control de las enfermedades no COVID-19 y 3) la Tasa de mortalidad por causas externas con medición solo en el 2020 (Fuente: CDC-Minsa).

Finalmente se identificaron 3 indicadores críticos (27.2%) con cifras en incremento que ameritan una revisión integral de las acciones estratégicas, actividades

¹ Memorándum N°1063-2022-CDC/MINSA y Memorándum N°0382-2022-CDC/MINSA

² Estudio de Carga de Enfermedad 2016, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargAES_nfermedad2016.pdf.

³ Los AVISA miden la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. En otras palabras, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública

operativas y proyectos vinculados, estos fueron: 1) Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos) que se elevó de 60.7 a 88.2 ; 2) Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus con aumento de 2.9% a 4.9% (Fuente: ENDES-INEI) y 3) Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental con incremento sostenido de 16.1% a 24.92% (Fuente: OGTI-Minsa).

OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población

Indicador: Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud.

Durante el período 2016-2021, el porcentaje de población afiliada a un seguro de salud, ascendió a 98.03% (2021), alcanzado el valor más alto del periodo y superando a la meta programada en el PESEM 2016-2021 del Sector Salud; en el 2019 se registró un incremento significativo pasando de 75% a 92%, este resultado se explica por la aprobación del Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud (Decreto de Urgencia N° 017-2019), y el Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el Aseguramiento Universal en Salud en el marco de la Emergencia Nacional por el COVID-19 (Decreto de Urgencia N°078-2021)⁴, entre otras medidas implementadas por el gobierno.

Respecto a los indicadores de las principales AES de este objetivo estratégico sectorial se logró un incremento en 1 de los 2 indicadores propuestos, así el Porcentaje de población afiliada al SIS se incrementó de 52.2% a 69.01% (Fuente: ENAHO-INEI). Sin embargo, el indicador: Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud se redujo de 29% en el 2016 a 26.95% en el 2019 y posterior a la pandemia por el COVID-19 se redujo hasta 12.08% para el 2021 (Fuente ENAHO-INEI).

OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario

Indicador: Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa.

La interpretación de los resultados de este indicador bajo la responsabilidad de SUSALUD debe considerar los cambios generados desde el 2017 donde la medición la asumen los equipos operativos de las Oficinas de Gestión de Calidad en Salud de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS e institutos y que en los años 2020 y 2021 por la Pandemia del COVID-19, se sistematizó la información con un número de IPRESS que fue poco significativo con limitaciones presupuestales. En dicho contexto se ha registrado una reducción significativa de 73.9% a 56% del

⁴ Decreto de Urgencia que modifica el artículo 2 del Decreto de Urgencia N°046-2021 que autoriza a la IAFAS SIS a afiliarse a toda persona de nacionalidad peruana residente o no en el territorio nacional; que durante la vigencia del presente Decreto de Urgencia se encuentre en territorio no cubierto con ningún seguro de salud, o se encuentre en situación de latencia o carencia, independientemente de la clasificación socio económica.

porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa

Respecto a los indicadores propuestos para medir la implementación de las AES relacionadas a este Objetivo Estratégico Sectorial que fueron: Fortalecer la Autoridad Sanitaria; Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública; y Reforzar los arreglos Inter institucionales para la Gestión Multisectorial y Territorial en salud, cabe señalar que no cuentan con mediciones anuales periódicas, por factores relacionados a reducción de presupuesto para la realización de encuestas y procesos de gestión institucional y multisectorial que no tuvieron continuidad en los años 2016 al 2019.

II. PRESENTACIÓN DEL PESEM

El Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el artículo 4 establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual y colectiva.

El Ministerio de Salud, tiene competencia en materia de salud de las personas, aseguramiento en salud, epidemias sanitarias, productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; recursos humanos en salud, infraestructura y equipamiento en salud, e investigación y tecnologías en salud. Asimismo, como autoridad de Salud a nivel nacional y como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de política de salud y ejerce su máxima autoridad normativa en materia de salud a nivel nacional. Su finalidad es la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y la rehabilitación de la salud de la población.

La salud de las personas y la población constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social. El último estudio de Carga de Enfermedad estima que durante el año 2016 se perdieron 5 315 558 años de vida saludables en Perú, donde el 66,2% se debe a enfermedades no transmisibles, el 21,4% a enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales, y el 12,5% a accidentes y lesiones. En términos poblacionales, se pierden 168,8 AVISA por cada mil habitantes.⁵ Estos resultados son producto de diversos factores de riesgo o determinantes sociales que explican la carga de enfermedad. Muchos de estos factores son modificables (evitables) y que, por tanto, obligan a la acción del Estado. Es posible que postpandemia, dada la vulnerabilidad del sistema de salud de nuestro país según los indicadores OCDE, en relación a otros países, en lo referente a densidad de recursos humanos por población, número

⁵ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País saludable”

de camas hospitalarias, entre otros que impacta en la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, el nivel basal de carga de enfermedad haya variado, en tal sentido el CDC del Minsa está evaluando la proyección actual para las medidas pertinentes de ajuste.

En el año 2021, en el contexto de la pandemia por COVID-19, el Perú inicia una tercera ola en la semana epidemiológica (SE) 43-2021. Es importante resaltar que debido a la incertidumbre que se tiene sobre este virus es difícil hacer una predicción exacta de lo que va a suceder en las siguientes semanas, porque están involucradas varias variables sobre las cuales no hay certeza. No obstante, el CDC del Minsa para cada plan de preparación y respuesta frente al COVID-19 publicado bajo resolución ministerial frente a la tercera ola y para el año 2021 ha elaborado escenarios de riesgo que permiten una mejor toma de decisiones respecto a la gestión que los órganos de línea del Minsa deben efectuar y sirven de referencia para la implementación de planes para los Gobiernos regionales como parte del ejercicio de la Rectoría del Minsa. Los planes mencionados ahora son considerados referenciales para la elaboración y proyección de indicadores para otros documentos técnicos como el PEI y PESEM, dado que el impacto de emergencias sanitarias y desastres afecta el desarrollo de los OES.

El PESEM 2016-2021 del Sector Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°367-2016-MINSA, es el instrumento de gestión para la toma de decisiones sectorial, formulado a través de un proceso de planeamiento estratégico prospectivo, participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, en el marco de lo dispuesto por la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN y alineado a las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, en particular a la decimotercera política referida al esfuerzo que el Estado debe realizar para garantizar el Acceso Universal a los servicios de salud y a la Seguridad Social en Salud de todas las peruanas y peruanos.

La visión del Sector Salud para el periodo 2016 – 2021 está relacionada con el acceso universal al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas, independientemente de su condición socio económica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratitud en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población.

El PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud, considera tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES): OES.01 Mejorar la salud de la población; OES.S2 Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población; y, OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población, en el marco de los cuales, se han definido 13 Acciones Estratégicas Sectoriales y veinte (20) indicadores.

Los objetivos estratégicos sectoriales del PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud se alinean con el eje de la Política General de Gobierno en el periodo de gobierno anterior al 2021⁶: “Desarrollo social y bienestar de la población” y con dos lineamientos específicos de la misma:

- Lineamiento 4.1 Reducir la anemia infantil en niñas y niños de 6 a 35 meses, con enfoque en la prevención.
- Lineamiento 4.2 Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutoria y con enfoque territorial

En el año 2021, se aprueba la nueva Política General de Gobierno (PGG) para el periodo 2021 - 2026, con el Decreto Supremo N°164-2021-PCM, el cual consta de 10 ejes, que se encuentran interrelacionados y guardan consistencia con el marco de políticas y planes del país. Asimismo, en el año 2022 se aprueba el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050 con el Decreto Supremo N° 095-2022-PCM, el cual dispone que todas las entidades que integran el SINAPLAN deben articular sus planes estratégicos con los objetivos nacionales, objetivos específicos y acciones estratégicas previstas en el Plan.

Por otro lado, como antecedentes que motivan la formulación de un nuevo PESEM para el Sector Salud, cabe señalar que en el año 2020 se aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, con el Decreto Supremo N° 026-2020-SA y en el año 2021 se aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, “Perú, País Saludable” con el Decreto Supremo N°016-2021-SA. Asimismo, en los últimos años, el Ministerio de Salud se ha vinculado a diversas políticas nacionales que los demás sectores han formulado de acuerdo al nuevo marco metodológico que ha emitido el ente rector del SINAPLAN, entre las que destaca la Política Nacional de Igualdad de Género (PNIG) del 2019; en la cual los indicadores que reporta el Minsa se relacionan a la salud mental y salud sexual y reproductiva, contribuyentes y relacionados a indicadores PESEM.

En ese contexto, con el objeto de analizar el desempeño en el cumplimiento de los tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) e identificar los factores que incidieron y formular recomendaciones que deberían ser tomadas en cuenta en la formulación del nuevo PESEM del Sector Salud, la Oficina General de Presupuesto, Planeamiento y Modernización en coordinación con las unidades orgánicas y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud, ha elaborado el presente informe de evaluación de los resultados obtenidos en el periodo 2016 – 2021, evidenciando brechas significativas y la necesidad de priorizar intervenciones en el nuevo PESEM.

III. CONTEXTO

3.1. Factor Económico

Antes de la pandemia por el COVID-19, los elementos de una nueva crisis financiera internacional ya estaban entre nosotros y el crecimiento económico

⁶ Aprobado con Decreto Supremo N°056-2018-PCM

se había debilitado fuertemente en el ámbito internacional. La pandemia afectó gravemente China en diciembre 2019 - febrero 2020, luego afectó Europa occidental a partir de febrero de 2020, y rápidamente se extendió también a Estados Unidos desde marzo de 2020. Eso provocó el confinamiento de la población en numerosos países industrializados. Esa situación produjo cortes en las cadenas de fabricación y suministros, lo que encadenó una caída brutal de la producción en las economías asiáticas, europeas y de América del Norte (Estados Unidos y Canadá). Y durante 2020, la pandemia se extendió a Australia y Nueva Zelanda, Japón, América Latina y Caribe, África subsahariana, África del Norte, India y otros países de Asia.⁷ En lo que va del año, la recuperación económica a nivel global se viene registrando de forma diferenciada, destacando una mayor aceleración de las economías avanzadas principalmente de Estados Unidos (EE. UU.) por un rápido avance en el proceso de vacunación contra el COVID-19 que ha permitido flexibilizar las medidas restrictivas, el mayor estímulo fiscal y un exceso de ahorro privado generado a lo largo de la pandemia.

En las economías emergentes y en desarrollo, la prevalencia de los contagios, los obstáculos para la vacunación y el retiro gradual del apoyo económico (fiscal y monetario en algunos países) están siendo compensados parcialmente por los beneficios de la mayor demanda externa y los elevados precios de las materias primas. Asimismo, las condiciones financieras internacionales continúan siendo expansivas, aunque se han endurecido ligeramente por el incremento de las presiones inflacionarias.

En 2022, el crecimiento global estará sostenido por la continuidad de la política monetaria expansiva y el desarrollo de proyectos de inversión en infraestructura verde, principalmente en las economías desarrolladas. Para el periodo 2023-2025, la actividad económica global se moderaría ante la desaceleración estructural de China, el menor crecimiento de algunos países emergentes como India, y la ausencia de medidas para impulsar la productividad en algunas economías desarrolladas.

En este contexto, las perspectivas económicas continúan siendo a la baja. Entre los principales riesgos que podrían afectar la recuperación económica se encuentran: la posibilidad de nuevos rebrotes ante la expansión de la variante delta u otras variantes y demoras en la distribución de las vacunas contra el COVID-19; el deterioro de las condiciones financieras en el caso de que la Reserva Federal de EE. UU. (FED, por sus siglas en inglés) inicie el retiro del estímulo monetario antes de lo previsto; presiones inflacionarias; escalada de las tensiones geopolíticas y sociales; y deterioro de la situación fiscal, especialmente, en las economías emergentes.⁸

⁷ Informe sobre la situación económica y política internacional presentado a la Asamblea Mundial de la RED CADTM en Dakar, en noviembre de 2021 por Eric Toussaint.

⁸ MEF. Marco Macroeconómico Multianual 2022-2025. Aprobado en Sesión de Consejo de Ministros.

La economía peruana creció 2,9% en promedio entre 2017 y 2019, ante la mejora progresiva de la demanda interna, destacando la recuperación de la inversión privada y la resiliencia del consumo privado; además, de la dinámica favorable de las exportaciones. La recuperación de la inversión privada fue fundamental para darle soporte a la economía, debido a que pasó de un crecimiento casi nulo en 2017 (0,1%) a crecer 4,3% en promedio entre 2018-2019, explicado por el inicio de un nuevo ciclo de inversión minera y el desarrollo de proyectos de infraestructura. En esa misma línea, el consumo privado registró un crecimiento favorable de 3,2% en promedio entre 2017 y 2019 debido al buen desempeño del mercado laboral, que permitió fortalecer la clase media, y a las condiciones financieras favorables.

Por su parte, las exportaciones de bienes crecieron 3,5% en promedio entre 2017 y 2019 por el incremento de la oferta exportable, principalmente, del sector minero y agroindustrial. Cabe mencionar que, en este periodo, las economías a nivel global se encontraban en un proceso progresivo de estabilización del ritmo de su crecimiento, dada una nueva normalidad en el contexto internacional. La economía peruana no fue ajena a este escenario, además de que se presentaron algunos choques internos (como el FEN Costero y la paralización de proyectos de infraestructura vinculados a empresas brasileñas). Así, a pesar de que el crecimiento del PBI pasó de 4,7% en promedio entre 2011 y 2016 a 2,9% en promedio entre 2016 y 2019, Perú continuó liderando el crecimiento económico en la región.

No obstante, en 2020, la crisis generada por la expansión del COVID-19 en Perú ha tenido efectos negativos importantes sobre la actividad económica. En efecto, el PBI se contrajo 11,1% en 2020, principalmente, por el fuerte deterioro de la economía en el primer semestre del 2020 asociado a las medidas de aislamiento e inmovilización social obligatoria para contener la rápida propagación del COVID-19.⁹

3.2. Factor Político

En el periodo del 2016 – 2021, el Perú ha atravesado por varias crisis políticas, lo que ha generado retrasos en la consolidación de las políticas públicas, contando en ese periodo con cinco (05) gobernantes. Esta inestabilidad política presentada produjo constantes cambios en la conducción de los despachos ministeriales, como la alta rotación en el titular de la cartera del Ministerio de Salud, así como en los funcionarios de la Alta Dirección y en los cargos de confianza, adicionalmente ante el desarrollo de la pandemia originada por el COVID – 19, se tuvo que priorizar el uso de los recursos y actividades en la lucha contra la pandemia.

⁹ Informe de Evaluación de Resultados del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2024 del Sector economía y Finanzas, periodo 2017-2020.

3.3. Factor Social

De acuerdo a la información emitida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la pobreza y pobreza extrema afectaron al 20,7% y 3,8% de la población en el 2017, respectivamente.

Dichos niveles de pobreza y pobreza extrema en el año 2018 alcanzaron el 20,5% y 2,8%, respectivamente. En el año 2019, el 20,2% de la población del país se encontró en situación de pobreza, es decir, registraron un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Al comparar estos resultados con el nivel obtenido en el año 2018 (20,5%), se observa que los niveles de pobreza se han mantenido (INEI).

La pobreza extrema en el año 2019 afectó al 2,9 % de la población del país, esta población tendría un nivel de gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos de 187 soles. Entre los años 2017 y 2019, la pobreza extrema disminuyó en 0,9 puntos porcentuales (de 3,8% a 2,9%) (INEI).

En el año 2021, la pobreza monetaria afectó al 25,9% de la población del país, nivel menor en 4,2 puntos porcentuales al compararlo con el año 2020 (30,1%), periodo en el cual se registró una paralización parcial de la mayoría de actividades económicas asociado al COVID-19; la cifra de pobreza en el año 2021, aún no alcanza lo registrado en el año 2019 (20,2%), siendo mayor en 5,7 puntos porcentuales respecto al año 2019. (INEI). La pobreza monetaria afectó en mayor medida a la población del área rural donde un 39.7% son pobres, mientras que en el área urbana solo se registra un 22.3% de pobreza. Además, los mayores niveles de pobreza se registraron en la Sierra rural (44.3%), seguido de la Selva rural (35%), que comparados con los resultados del año 2020 presentaron disminuciones de 6.1 puntos porcentuales y 4.2 puntos porcentuales (INEI).

Según INEI, la línea de pobreza es el equivalente monetario al costo de una canasta básica de consumo de alimentos y no alimentos, que para el año 2021 asciende a S/ 378 mensuales por habitante, es decir, que la persona cuyo gasto mensual es menor a este monto es considerada pobre; para una familia de cuatro miembros el costo de una canasta básica de consumo es de S/ 1 512 mensuales.

Asimismo, la línea de pobreza extrema, que considera solo el costo una canasta básica de alimentos, para el año 2021 ascendió a S/ 201 mensuales por persona, considerándose pobres extremos a las personas cuyo gasto mensual no cubre el valor de la canasta básica de consumo alimentaria, para una familia de cuatro miembros asciende a S/ 804 mensuales.

La medición oficial de la pobreza en el Perú se efectúa a través del indicador del gasto, debido a que esta variable se aproxima a una cuantificación de los niveles de vida de lo que las personas y los hogares compran, adquieren y

consumen. En el año 2021, el gasto real promedio mensual por persona fue S/ 753, incrementándose en 6,1%, al compararlo con el nivel de gasto del año 2020, no obstante, disminuyó 10,7% en comparación con el año 2019.

El contexto socioeconómico y político de un país, las condiciones del empleo y trabajo (situación laboral y precariedad), la carga de trabajo no remunerado del hogar, el nivel de ingresos, la informalidad, las condiciones de la vivienda y del barrio, así como la posición social (determinantes estructurales) generan desigualdades sociales en salud. Asimismo, los servicios sanitarios tienen efecto en la desigualdad, sobre todo si su acceso, utilización y calidad son menores para los grupos sociales menos favorecidos o grupos de especial protección (determinantes intermedios). Especialmente, si esta población debe realizar gasto de bolsillo en la financiación de su salud y en medicamentos, esto conlleva repercusiones al tener que elegir entre la recuperación de su salud y otras necesidades básicas como la alimentación.

Además, otros determinantes intermedios como las circunstancias materiales, factores biológicos y del comportamiento, factores psicológicos, factores psicosociales y la cohesión y capital social contribuyen a perpetuar la desigualdad en salud y por ende menoscaba el bienestar de la población.

3.4. Factores Internos o Externos

Factores externos: la Pandemia COVID – 19, en el año 2020 fue particularmente difícil en nuestro país, con la declaratoria de Estado de Emergencia Nacional se dictaron medidas de aislamiento e inmovilización social obligatoria para combatir la propagación.

Desde la identificación del primer caso positivo de COVID-19 en el Perú, reportado el 6 de marzo de 2020, se han identificado 3 olas epidémicas. Durante la primera ola se reportaron 984 855 casos confirmados y 87 838 defunciones y el inicio de la 3era ola (SE 48-2021) tuvo un periodo de 18 semanas de duración, con un promedio de 7 060 casos confirmados de la COVID-19. Hasta el 16 de mayo de 2022 se han reportado un total acumulado nacional de 30 290 953 personas muestreadas para COVID-19, con 3 573 220 casos positivos y un total de 213 058 defunciones.¹⁰

La pandemia ha ocasionado un quiebre en el sistema de salud, puesto que se tuvo que priorizar la atención a las personas afectadas por este virus concentrando todo el recurso necesario para la prevención y tratamiento. Por tal motivo, las otras intervenciones no COVID se vieron afectadas a partir del año 2020 como se muestra el reporte de algunos indicadores.

Es importante resaltar que debido a la incertidumbre que se tiene sobre este virus es difícil hacer una predicción exacta de lo que va a suceder en el presente año o en las siguientes semanas, porque están involucradas varias variables sobre las cuales no hay certeza. Lamentablemente, el

¹⁰ Alerta epidemiológica- Código: AE 011-2022- CDC

futuro de la pandemia de la enfermedad por el coronavirus (COVID-19) es imprevisible debido a que muchas cosas se desconocen aún. Por tal motivo, se debe continuar con las intervenciones preventivas como la vacunación, el tamizaje y el plan educativo comunicacional y de promoción a la población.¹¹

Factores internos:

La fragmentación y segmentación del Sistema de Salud no ha permitido tener una respuesta inmediata para enfrentar la pandemia, siendo necesario continuar con la política de salud de mejoramiento de la infraestructura, recursos humanos, aseguramiento universal, redes integradas de salud y modelo de cuidado integral.

IV. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES (OES)

A continuación, se presenta el análisis del desempeño en el cumplimiento de los OES a través del cumplimiento de las metas de sus indicadores durante el periodo 2016-2021; describiendo las medidas que se adoptaron para mejorar el desempeño de los indicadores, así como los factores que han incidido y las intervenciones que han contribuido al logro de los objetivos.

4.1. OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL - OES.01 MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN

El cuadro N°1, muestra la programación y ejecución del indicador del OES.01

Cuadro N°1. Resultado del indicador del OES.01 Mejorar la salud de la población

OES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
OES.01 Mejorar la salud de la población	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	2012	valor basal (192.5 años por mil hab.)		
		2016	ND	168.8 años por mil hab.	CDC
		2017	191.71 años por mil hab.	ND	
		2018	ND	ND	
		2019	ND	ND	
		2020	ND	ND	
		2021	172.54 años por mil hab.	ND	

Elaborado por la OPEE-OGPPM. Fuente: Memorandum N°1063-2022-CDC/MINSA

¹¹ Informe técnico N°064-2022-MINSA/CDC.

4.1.1. Indicador: Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)¹²:

Los AVISA son un indicador que evalúa la carga de enfermedad a nivel poblacional, este indicador nos proporciona información conjunta de las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Mediante los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a consecuencia de una enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en unidades de tiempo (años); por tanto, un AVISA es un año perdido de vida saludable. Este valor, representa el estado de salud de una población, permitiendo identificar los problemas de salud prioritarios. El cálculo de AVISA resulta de la suma de dos indicadores: los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD).

El proceso de elaboración de los estudios de carga de enfermedad tiene una relativa complejidad debido a factores como: información oficial de los sistemas de información sanitaria, determinación de incidencias y prevalencias de las enfermedades de mayor relevancia para el estudio, metodología para el procesamiento de la información, el nivel de análisis, el presupuesto para la realización del estudio y la temporalidad para la ejecución de estos estudios.

Los estudios de carga de enfermedad se realizan con una periodicidad mínima de cinco años, puesto que en un lapso de tiempo menor no se evidencian cambios relevantes en los patrones del comportamiento de las enfermedades; otra dificultad para la realización de este tipo de estudios es la complejidad de contar con todos los factores necesarios para su medición, no permite calcularlo anualmente.

Países de la región han venido realizando estudios de carga de enfermedad hace más de 30 años en el mundo. Latino América se perfila como la región con más estudios de carga de enfermedad con una metodología estandarizada en países como México, Colombia, Chile, Perú, Cuba, Argentina y Brasil, lo que permite la comparación entre estos países con realidades muy semejantes.

El último estudio de Carga de Enfermedad¹³, en el Perú, estima que durante el año 2016 se perdieron 5 315 558 años de vida saludable¹⁴, lo que representa, en términos poblacionales, que se pierden 168,8 AVISA por cada mil habitantes. Los hombres perdieron más años de vida saludables (2 909 636 años), concentrando el 54.7% del total de AVISA; mientras que en las mujeres la pérdida fue de 2 405 922 años. Este comportamiento se observó en todos los grupos de edad, aunque con menor diferencia en los niños de 5 a 14 años de edad. Ver Tabla 1.

¹² Fuente: Memorandum N°1063-2022-CDC/MINSA

¹³ Estudio de Carga de Enfermedad 2016, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargAES.nfermedad2016.pdf>.

¹⁴ Los AVISA miden la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. En otras palabras, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública

Tabla 1: Distribución del número y razón de AVISA según sexo. Perú 2016

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE	RAZON POR MIL
HOMBRES	2 909 636	54.7	181.9
MUJERES	2 405 922	45.6	155.3
TOTAL	5 315 558	100	168.8

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad 2016¹⁵.

Las enfermedades que produjeron mayor AVISA fueron las que pertenecen al grupo de las no transmisibles con 3 516 662 años, que representa 111.7 AVISA (66,2%); el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales hizo que se perdieran 1 136 213, que representa 36.1 (21.4%) AVISA y el grupo de accidentes y lesiones ocasionaron 662 683 AVISA, constituyendo el 12.5% del total y una razón de AVISA de 21. Con estos resultados se evidencia que el perfil de carga de enfermedad del Perú es dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles. Ver tabla 2

Tabla 2. Distribución del número y razón de AVISA según Grupo de Enfermedades. Perú 2016.

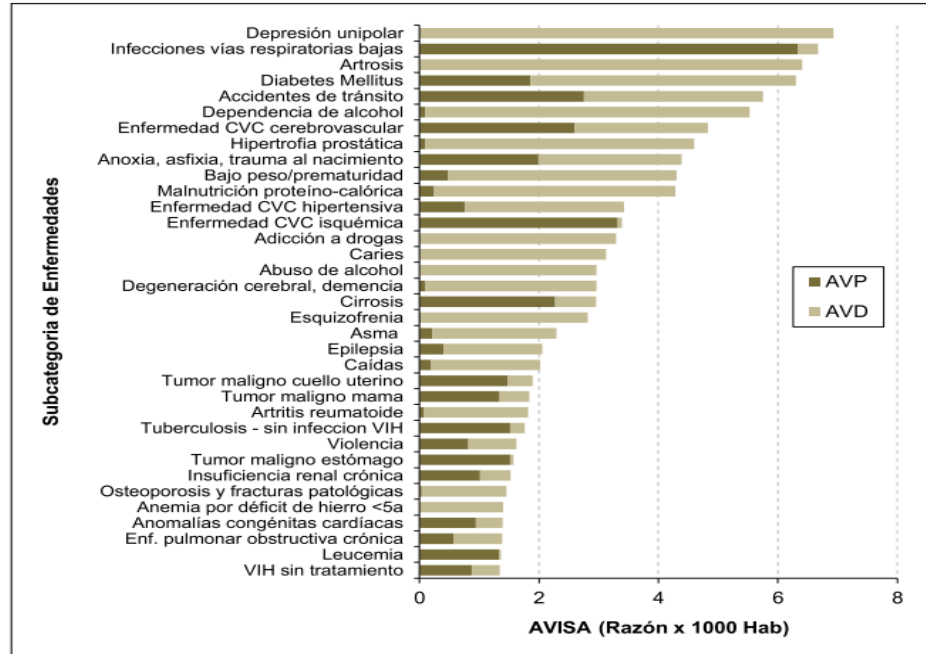
GRUPO DE ENFERMEDADES	NÚMERO	PORCENTAJE	RAZON POR MIL
I. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, MATERNAS, PERINATALES Y NUTRICIONALES	1 136 213	21.4	36.1
II. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	3 516 662	66.2	111.7
II. ACCIDENTES Y LESIONES	662 683	12.5	21
TOTAL	5 315 558	100	168.8

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad 2016¹⁵.

En el grupo de las enfermedades no transmisibles, las subcategorías que produjeron mayor carga fueron la depresión unipolar, la artrosis, la diabetes Mellitus, la dependencia de alcohol y la enfermedad cerebrovascular, en el grupo de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, las que produjeron mayor carga fueron las infecciones de las vías respiratorias bajas, anoxia/asfixia/trauma al nacimiento, bajo peso/prematuridad y malnutrición proteico-calórica y en el grupo de los accidentes y lesiones, las subcategorías que produjeron mayor carga fueron los accidentes de tránsito, caídas y violencia. Ver Gráfico N°1.

¹⁵ Estudio de Carga de Enfermedad 2016, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargAES.nfermedad2016.pdf>.

Gráfico N°1. Razón de AVISA según Subcategorías de Enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2106



En términos absolutos, la carga de enfermedad de las personas de 15 a 44 años y de los mayores de 60 años fue mayor que los demás grupos de edad. Estos grupos aportaron con más años de vida perdidos al total del país, representando el 35.9% y el 22.6%.

El conjunto de enfermedades que causan una gran cantidad de años de vida saludables perdidos en la población del país, es producto de diversos factores de riesgo o determinantes sociales que explican la carga de enfermedad. Muchos de estos factores son modificables (evitables), ante esta situación presentada se requiere de la intervención del sector público de manera multisectorial. En ese contexto mediante Decreto Supremo N°026-2020-SA, aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, país saludable”, la cual tiene como objetivos prioritarios mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población y mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud, estableciendo mecanismos y espacios colaborativos con el sector privado, la sociedad civil y organizaciones comunitarias en la búsqueda de soluciones eficientes y equitativas, innovadoras, solidarias y conjuntas.

4.1.2. Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.01

El cuadro N°2 muestra el resultado de la ejecución de las Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.01 Mejorar la salud de la población.

Cuadro N°2. Resultados de los indicadores de las AES del OES.01

OES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
AES.01.01 Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos)	2014	Valor basal (93)	NA	ENDES-INEI
		2016	ND	60.7	
		2017	90	76.3	
		2018	85	93	
		2019	80	63	
		2020	75	81.6	
		2021	< 70	88.2	
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos - nv)	2014	Valor basal (20)	NA	ENDES-INEI
		2016	ND	18	
		2017	18	19	
		2018	17	19	
		2019	16	16	
		2020	15	16	
		2021	< 14 por 1,000 nv	18	
AES.01.02 Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	2015	Valor basal (14.4)	NA	ENDES-INEI
		2016	ND	13.1	
		2017	14	12.9	
		2018	13	12.2	
		2019	12	12.2	
		2020	11	12.1	
	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	2015	Valor basal (43.5%)	NA	ENDES-INEI
		2016	ND	44.0	
		2017	40.0	46.3	
		2018	35.0	43.5	
		2019	30.0	40.1	
		2020	25.0	40.0	
		2021	20.0	38.0	
		AES.01.03 Disminuir las Enfermedades Transmisibles	Tasa de Incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes (ESNTB)	2015	
2016	ND			86.4	
2017	81.5			85.4	
2018	78.5			87.5	
2019	75.5			88.8	
2020	72.5			65.7	
Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas)	2011		valor basal (95.2)	NA	CDC-MINSA
	2016		ND	6.21	
	2017		5	5.45	
	2018		ND	5.6	
	2019		ND	5.1	
	2020		ND	5	
	2021		4	3.53	
	AES.01.04 Controlar las enfermedades No Transmisibles		Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus	2015	
2016		ND		2.90%	
2017		0.028		3.30%	
2018		ND		3.60%	
2019		0.02		3.90%	
2020		ND		4.50%	
Tasa de mortalidad por Cáncer por cien mil		2012	Valor basal (107)	NA	INEN
		2016	ND	122.9	



		2017	ND	107.3	OGTI-MINSA	
		2018	ND	129.9		
		2019	ND	120.8		
		2020	ND	119.5		
		2021	ND	118.5		
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental	2014	Valor basal (15%)	NA		
		2016	ND	16.10%		
		2017	ND	18.60%		
		2018	ND	25.48%		
		2019	ND	17.15%		
		2020	ND	27.31%		
	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	2021	35	24.92%		
		2015	Valor basal (77.9%)	NA		
		2016	ND	79%		
		2017	ND	83.30%		
2018		ND	82.30%			
2019		ND	83.10%			
AES.01.05 Reducir los riesgos daños y/o lesiones originadas por factores externos	Tasa de mortalidad por causas externas	2020	ND	84.50%	ENDES-INEI	
		2021	80	83.40%		
		2015	Valor basal (69.2 por 100 mil hab.)	NA		CDC-MINSA
		2016	ND	ND		
		2017	ND	ND		
		2018	ND	ND		
2019	ND	ND				
2020	ND	50.53 por 100 mil habitantes				
2021	59 por 100 mil habitantes	ND				

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Informe N°009-2022-AKT-DIGIESP/MINSA/ Informe N°022-2022-DPCTB-DIGIESP/MINSA/ Informe N°018-2022-DPVIH-DIGIESP/MINSA/ Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021 -DIGIESP/ Memorandum N°3013-2022-DGIESP/MINSA que contiene el Informe N°069-2022-DPCAN-DIGIESP/MINSA/ Nota Informativa N°222-2022-DSAME-DGIESP/MINSA.

a) Acción Estratégica Sectorial - AES.01.01 Reducir la Mortalidad Materna e Infantil

Su implementación se mide a través de los siguientes indicadores:

- **Indicador: Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos)**

La Razón de mortalidad Materna por 100 mil nacidos vivos pese a lo proyectado presentó un cambio abrupto al incremento, aumentando 18.6 puntos porcentuales en el 2020 comparado con el año 2019 y 6.6 puntos porcentuales en el 2021 comparado con el año 2020. Amerita precisar que el perfil epidemiológico de la muerte materna cambió en el marco de la declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria ordenada por el gobierno al primer trimestre del año 2020, (16 de marzo del 2020) a causa de la pandemia por el COVID-19, que ocasionó el cierre de los servicios de salud sexual y reproductiva, imposibilitando la continuidad de los servicios en pro de la atención en planificación familiar, prevención del embarazo en adolescentes, la atención pre natal (punto muy importante para la detección temprana de las emergencias obstétricas y su eficiente resolución).

El sistema de vigilancia observa una tendencia decreciente, estimándose una disminución promedio de 14.3 muerte maternas anuales desde el año 2000, esto en un escenario regular. Hasta la semana epidemiológica (SE) 52-2019, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 309 muertes maternas directas e indirectas, disminuyendo en 15.6 % (-57) en comparación al año 2018. Este

número representa el más bajo registrado en el país, superando la disminución lograda en el año 2016.

El escenario epidemiológico de Emergencia Sanitaria por COVID-19 hizo que se prioricen las atenciones y vacunación por COVID-19, disminuyendo la atención integral y especializada de los servicios en salud sexual y reproductiva para la prevención e identificación de signos y síntomas de alarma, repercutiendo en los resultados e indicadores de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva durante los años 2020 y 2021; para el 2do semestre del año 2021, gracias a la estrategia de la vacunación contra el COVID- 19, se logró reducir los casos de muertes maternas por infección del COVID-19, en gestantes.

Sin embargo, se siguieron ejecutando actividades que han contribuido a la disminución de la mortalidad materna como: El plan comunicacional en Planificación Familiar con mensajes de uso de métodos de Planificación Familiar; estrategias de comunicación; consejería en el hogar durante la visita domiciliaria; consejería durante la teleorientación; uso de sistemas informáticos como la telemedicina para la teleconsulta y tele atención, así como tamizaje para la detección temprana la morbilidad materna gestión local para implementar más casas maternas; aprobación de normas técnicas para mejorar el acceso a la atención de las gestantes; implementación del WAWARED; activación de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna Fetal y Neonatal, Monitoreo y asistencia técnica a las DRESAS/GERESAS/DIRIS; entre otras.

Asimismo, se puede evidenciar algunos resultados al año 2021 (ENDES) relacionados a la reducción del número de muertes maternas, como:

- ✓ El 78.1% de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas usan un método anticonceptivo, y de este porcentaje el 57% usan métodos anticonceptivos modernos, resultados que muestran un incremento de 1.9 p.p. desde el año 2016 (76.2%) y en relación al uso de métodos anticonceptivos modernos un incremento de 2.7 p.p. (año 2016:54.3 %; año 2021: 57%).
 - ✓ Incremento de la cobertura de atención prenatal realizada por un profesional de salud calificado de 97.6% (año 2016) a 98.3% (año 2021).
 - ✓ La evolución del porcentaje de parto institucional da cuenta que se ha ido incrementando en el transcurrir de los años, de 92.2% en el año 2016 a 93.3% en el año 2021, y este aumento ha sido más evidente en el área rural de 76.8% (año 2016) a 81.4% (año 2021), siendo preciso indicar que, en el año 2021, aún en las regiones naturales de la Selva y la Sierra se aprecian los menores porcentajes de parto institucional (86,8% y 90,1%, respectivamente).
- **Indicador:**¹⁶**Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nacidos vivos)**

En el año 2021 el indicador de “Tasa de Mortalidad en menores de 5 años” se ha incrementado, este incremento se debe a una variación habitual entre los años, típica para este indicador; si comparamos los valores desde el año 2010 el valor

¹⁶ Nota Informativa N°178-2022-DIGIESPA/MINSA e Informe N°009-2022-AKT-DGIESP/MINSA

de este indicador ha ido disminuyendo desde 23 por 1000 nacidos vivos, llegando, en el periodo del PESEM 2016-2021, a registrarse valores entre 16 y 18 por 1000 nacidos vivos. Cabe señalar que, la metodología de la ENDES se basa en la pregunta sobre las muertes en los últimos 5 años; por esta razón el valor del indicador se debe a los recuerdos de la persona entrevistada de los últimos 5 años; hecho que exige que las comparaciones deben realizarse en periodos quinquenales y no anuales. No obstante, desde el inicio del período hasta el año 2020 se tiene la reducción del indicador en 3 puntos por mil, logrando alcanzar la reducción del indicador en 16 x 1000 nacidos vivos, este valor alcanzado según estimaciones de la ENDES, superó la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, que es de 25 defunciones de niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos. Sin embargo, en el año 2021 el valor del indicador aumenta 2 puntos porcentuales (18 por 1000 nacidos vivos) a comparación del año 2020 (16 por 1000 nacidos vivos).

La reducción de muertes se debe a que el MINSA ha desplegado distintas estrategias para brindar el acceso de los menores a la atención de salud, a lo que se suman las vacunas que reciben los menores que en la actualidad los protegen de 11 enfermedades. A esto se suma el trabajo que el MINSA ha desarrollado sobre la lactancia materna, nutrición y la atención integral de la salud del niño. Acciones que contribuyeron a superar las metas del indicador:

- ✓ Actualización, aprobación e implementación de normas técnicas; asistencias técnicas a las regiones; pasantías para la “Formación de Facilitadores regionales en Crecimiento y Desarrollo con Enfoque del Desarrollo Infantil Temprano”.
- ✓ Elaboración y distribución de materiales comunicacionales para la adecuación de la organización y atención del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), frente a la pandemia por COVID-19.
- ✓ Telecapacitaciones sobre “Procedimiento Higiénico Sanitario para Personal de Salud del Primer Nivel de Atención durante la medición de peso, talla, perímetro abdominal y determinación de hemoglobina en la pandemia del COVID-19”.
- ✓ Seguimiento y análisis de la situación de los casos de EDAs e IRAs a nivel nacional
- ✓ Certificación de 15 establecimientos de salud denominados “Amigos de la Madre, la niña y el niño”.
- ✓ Campañas de desparasitación.
- ✓ Vigilancia de la morbilidad y mortalidad infantil.
- ✓ Aprobación e implementación del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.

b) Acción Estratégica Sectorial – AES.01.02. Reducir la Desnutrición Infantil y anemia

La implementación de esta AES se mide a través de los siguientes indicadores:

- **Indicador 17: Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)**

Durante el periodo 2016-2021, la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica se ha reducido en 1.6 p.p. En el año 2020 el valor alcanzado fue de 12.1 y para el año 2021 se obtuvo el 11.5. resultado que muestra que la meta programada no ha sido alcanzada (2021≤10).

En el año 2021 (ENDES), la desnutrición crónica afectó al 11,5 de niñas y niños menores de cinco años de edad en comparación con el año 2020 (12.1) disminuyó en 0.6 p.p. Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24,4%), es decir, 17,6 p.p. más que en los residentes del área urbana (6,8%); en tanto que, por región natural, fue mayor en las niñas y niños residentes en la Sierra (20,5%), seguido por los de la Selva (16,2%).

Sin embargo frente a estos resultados es preciso indicar, que se han ejecutado varias acciones como: implementación Plan Nacional de Reducción y Control de Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021; incorporación de procesos claves de prevención y control de anemia y DCI como parte de los indicadores de desempeño del D.L. N°1153; el fortalecimiento de la articulación intersectorial e intergubernamental con la aprobación del Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia; el fortalecimiento de aspectos programáticos y financieros con el diseño del PPO R DIT; la recuperación de las atenciones presenciales en los establecimientos de salud para el cierre de brechas de atenciones de inmunizaciones y anemia.

- **Indicador: Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia.**

Durante el periodo 2016-2021, la proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia se ha reducido en 4.8 p.p. En el año 2020 el valor del indicador fue de 40% y en el año 2021 fue 38.8% (ENDES), resultados que aún no son los esperados (programado 2021= 20%), puesto que han existido factores que han interferido en la continuidad de acciones como es la pandemia de COVID-19, la misma que ha afectado las intervenciones de prevención, control, y las atenciones prestacionales.

En el año 2021 (ENDES), el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural (48,7%) que en el área urbana (35,3%), y se presentó en mayor porcentaje en los que se ubican en la región natural Sierra (49,8%) y en aquellos cuyas madres se sitúan en el quintil inferior de riqueza (50,2%).

Frente a estos resultados, existen otros indicadores relacionados a la limitada reducción de la anemia, que se presentan a continuación:

- ✓ Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses de edad con lactancia materna, la cobertura ha disminuido de 68.4% (año 2020) a 64% al año 2021(ENDES).
- ✓ El porcentaje de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad según ENDES, en el año 2016 fue de 12.7% y ha disminuido en 3.8 puntos al año 2021 (8.9%), de las cuales el 6,6% ya eran madres y el 2,3% estaban gestando por primera vez.
- ✓ El 4.7% de niñas y niños menores de 3 años cuentan con control CRED completo, pero esta cifra es más preocupante en el área rural que solo llega a 2.3%. (ENDES 2021).

c) Acción Estratégica Sectorial – AES.01.03 Disminuir las Enfermedades Transmisibles

Se mide a través de la ejecución de los siguientes indicadores:

- **Indicador¹⁸: Tasa de Incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (ESNTB)**

En el periodo 2016-2021, se observa que la tasa de incidencia de TB ha disminuido de 86.4% a 69.5% por cada 100 000 habitantes, respectivamente; logrando cumplir la meta programada al 2021 (69.5%).

Así mismo, del 2016 al 2019, se muestra una tendencia de meseta porque según las estimaciones de OMS el país debe reportar 37,000 casos con una meta de 90% (33,300 casos).

Al respecto, para el cierre de la brecha de detección de casos, el MINSA como ente rector implementó estrategias, pero la pandemia de la COVID-19 afectó los avances de los últimos años, debido a la baja cobertura de detección de casos en los años 2020 y 2021; resultados que contribuyen a mantener la transmisión de la TB a nivel comunitario. La OMS estima que los casos a reportar para el año 2022 son de 39,000 con una meta del 90%, 35,100 casos por año.

Las principales medidas implementadas en el periodo, son:

- ✓ Plan de Intervención años 2018 - 2020.
- ✓ Plan de Cierre de Brechas de diagnóstico años 2020 - 2021.
- ✓ Implementación de nuevos métodos de diagnóstico: radiología móvil y prueba rápida molecular.

- **Indicador¹⁹: Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas)**

Durante los años 2016-2021, la incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo se ha mantenido en 5 por cada 100 mil personas, desde el año 2017 hasta el año 2020. Para el 2021 se cuenta con una incidencia de 3.53, resultado que ha superado lo programado (4).

Las intervenciones realizadas que han contribuido favorablemente a la evolución del indicador en el periodo 2016 al 2021 son: Subvención del Fondo Mundial

¹⁸ Fuente: Informe N°022-2022-DPCTB-DIGIESP/MINSA

¹⁹ Fuente: Informe N°018-2022-DPVIH-DIGIESP/MINSA

(Implementación del proyecto país (2016-2019) y (2019-2022)), se implementaron intervenciones específicas para abordaje de las poblaciones vulnerables en ámbitos urbanos y amazónicos con brigadas móviles, oferta comunitaria para consejería, tamizaje de VIH, fortalecimiento de sistemas comunitarios, descentralización de pruebas para monitoreo virológico (Gene Xpert), y otras actividades complementarias con el apoyo de otros cooperantes y organizaciones de la sociedad civil que se viene trabajando fuertemente en prevención, detección de casos y vinculación a los servicios de salud.

Además, el Ministerio de Salud, en el contexto de pandemia ha realizado esfuerzos para incluir consejería y tamizaje a través de campañas integrales COVID-19, campañas comunicacionales a través de redes sociales y otros medios, elaboración de aplicativos web y móvil con información de centros que realizan pruebas de VIH y ofrecen tratamiento ARV, uso de herramientas tecnológicas para teleorientación, teleconsulta y telemonitoreo.

d) Acción Estratégica Sectorial – AES.01.04. Controlar las enfermedades No Transmisibles

La implementación de esta AES se mide a través de los siguientes indicadores:

- **Indicador²⁰: Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus**

En el periodo 2016 al 2021, el porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus, se ha incrementado de 2.9% a 4.9%.

Durante este periodo, se han realizado intervenciones que han contribuido a mejorar las coberturas de tamizaje y de control como:

- ✓ Tamizaje de factores de riesgo a partir de la valoración clínica y factores de riesgo cardiovascular.
- ✓ Monitoreo y asistencia técnica permanente con las DIRIS y DIRESA, en relación a las intervenciones de prevención según etapa de vida.
- ✓ Difusión de información a la población para la promoción de la actividad física y alimentación saludable.
- ✓ Estandarización del tratamiento farmacológico a través de la implementación de Guías de Práctica Clínica de alcance nacional.
- ✓ Programación de las compras de medicamentos considerando criterios de morbilidad en base a guías de práctica clínica.

En el tiempo de pandemia la proporción de las personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus se incrementó de 3.3% en el 2017 a 4.9% en el año 2021. Este incremento del reporte de diabetes se relaciona con el incremento de personas mayores de 15 años con exceso de peso en los años 2020 y 2021 (de 9.9% y 11.5%), así como el incremento de la cantidad de personas del mismo grupo de edad con comorbilidades (39.9% y 41.4%), respectivamente.

Una preocupación respecto al incremento de las personas que reportan diabetes mellitus u otros relacionados a problemas metabólicos, es la reducción de la

²⁰ Informe N°099-2022-AKT-DGIESP/MINSA y Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, elaborada por DIGIESP

actividad física en el periodo de la pandemia. Por ejemplo, según (Martínez-Hita, 2020), el incumplimiento de la recomendación de actividad física es mayor en el género femenino (70,1%) que en el masculino (56,1%) y también es mayor en la población adolescente (69,9%) que en la población infantil (56,1%). Pese a los esfuerzos realizados el indicador Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus se ha incrementado. A continuación, se resaltan dos aspectos importantes en el abordaje de esta enfermedad:

- La pandemia inhibió los esfuerzos por modificar los comportamientos respecto al sedentarismo (que se incrementó) y el consumo de frutas y verduras (que se redujo).
- Preocupación por descartar comorbilidades incrementa los pacientes que reportan diabetes y otros problemas metabólicos. (hecho que si es un logro porque el MINSA logró difundir mensajes de detección temprana de diabetes y garantizar la atención de esta población).

- **Indicador²¹: Tasa de mortalidad por Cáncer por 100 mil habitantes**

La Tasa de mortalidad por cáncer tuvo una tendencia creciente en los años 2016-2018; no obstante, esta tendencia disminuyó en 2.3 p.p. en los últimos tres años (2019-2021).

Es importante resaltar que, a pesar de no contar con logros esperados para el periodo 2016 – 2021, si se ha realizado actividades que han permitido obtener la medición del indicador para el periodo.

Durante el periodo se han realizado actividades que han contribuido a los resultados obtenidos de los indicadores antes señalados, como son:

- ✓ Aprobación de documentos técnicos normativos para la prevención de cáncer de colon, próstata, piel, leucemias y cuello uterino.
- ✓ Gestión de compras estratégicas de insumos para los tipos de cáncer de: cuello uterino, colon y próstata.
- ✓ Publicación del Reglamento de la Ley N°31041 “Ley de urgencia médica para la detención oportuna y atención integral del cáncer del niño y adolescente”.
- ✓ Implementación de siete laboratorios referenciales para el procesamiento de las pruebas moleculares VPH para cáncer de cuello uterino, prueba de PSA para cáncer de próstata y prueba SOH para cáncer de colon.
- ✓ Otras actividades relacionadas al tamizaje.

Por otro lado, la situación de Emergencia Sanitaria por el COVID-19 hizo que se prioricen las acciones de prevención y atención de los casos de COVID-19, disminuyendo la atención especializada en los servicios oncológicos a nivel nacional para el diagnóstico y tratamiento del cáncer (recurso humano laborando principalmente en remoto, insuficientes equipos para el manejo de las lesiones pre malignas, demoras en la entrega de resultados de las biopsias realizadas para el diagnóstico definitivo, restricción de las cirugías electivas), así como los limitados

²¹ Fuente: Informe N°069-2022-DPCAN-DGIESP/MINSA e Informe N°009-2022-AKT-DGIESP/MINSA

recursos humanos y financieros para la atención integral y especializada por prevención y control del cáncer.

- **Indicador²²: Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental**

Durante el periodo 2016-2021, los valores obtenidos sobre el porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental, se ha incrementado de 16.1% en el año 2016 a 27.31% en el año 2020 (OGTI-MINSA). Para el año 2021, se muestra una disminución de 2.39 p.p. en comparación con el año 2020, afectando el cumplimiento de la meta programada (35%).

En este periodo, se han realizado intervenciones en los establecimientos del primer nivel de atención, en el marco del Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021, como: la detección, mediante el tamizaje de personas para la detección temprana de depresión, ansiedad, conducta suicida, trastornos mentales por uso de sustancias, problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes, psicosis, violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar y maltrato infantil; con lo cual se espera incrementar el acceso de la población a los servicios especializados de salud mental, según sus necesidades.

Asimismo, es importante resaltar que existieron factores que dificultaron el cumplimiento de los logros esperados como:

- ✓ Falta de una visión integral de la persona atendida por el personal de las estrategias sanitarias, lo que propicia que soslayan la dimensión de la salud mental considerándola como tema único de psicólogos y psiquiatras.
 - ✓ Emergencia Sanitaria por COVID-19, que motivo el cierre de los establecimientos de salud.
 - ✓ El financiamiento del tamizaje, independientemente de su resultado, por el SIS.
- **Indicador: Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados**

Durante el periodo 2016-2021, se evidencia que el porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados, se ha incrementado de 79% en el año 2016 a 84.5% en el año 2020 (ENDES). Mientras que en el año 2021 el indicador se situó en 83.4%, con una disminución de 1.1p.p a comparación del año 2020; sin embargo, este resultado no afectó el cumplimiento de la meta programada del año 2021 (80%).

Las acciones que han contribuido a mejorar este indicador son:

- ✓ Fortalecimiento del primer nivel de atención para el tamizaje de cáncer de cuello uterino a través del Papanicolaou; implementación de la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención

²² Fuente: Nota Informativa N°222-2022-DSAME-DGIESP/MINSA

del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ" aprobada mediante Resolución Ministerial N°576-2019/MINSA.

- ✓ Fortalecimiento de competencias del recurso humano para el Tamizaje por Papanicolaou.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de registro y codificación HIS, a través de asistencias técnicas y capacitaciones al personal de salud a nivel nacional y regional.
- ✓ Ampliación de la población objetivo de intervención, pasando de población femenina de 30-59 años a población femenina de 25-64 años, en conformidad a la Directiva Sanitaria N°085-MINSA/DGIESP "Directiva Sanitaria para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones pre malignas incluyendo carcinoma in situ", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 576-2019/MINSA.

e) Acción Estratégica Sectorial – AES.01.05 Reducir los riesgos daños y/o lesiones originadas por factores externos

Se mide a través de la ejecución de los siguientes indicadores:

- **Indicador: Tasa de mortalidad por causas externas**

Durante el periodo 2016 al 2021, solo se cuenta con información reportada en el año 2020, en donde se observa que la tasa de mortalidad por causas externas fue del 50,53 x 100 mil hab. Actualmente no se dispone con información del año 2021, puesto que aún el estudio de carga de enfermedad se encuentra en proceso de elaboración; el indicador se mide con una periodicidad mínima de cinco años.

4.2. OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL - OES.02 AMPLIAR EL ACCESO Y COBERTURA DE ASEGURAMIENTO PARA LA PROTECCIÓN EN SALUD EN LA POBLACIÓN

El cuadro N°3, muestra la programación y ejecución de los indicadores del OES.02

Cuadro N°3. Resultados del OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población

OES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	2015	Valor basal (73%)	NA	RAAUS - SUSALUD
		2016	ND	83.20%	
		2017	75%	84.99%	
		2018	77%	75.50%	
		2019	80%	92.26%	
		2020	85%	94.87%	
		2021	90%	98.03%	

Elaborado por la OPEE-OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN.

4.2.1. Indicador:²³ Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud

El aseguramiento universal en salud física y mental es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).²⁴

La Política de Aseguramiento Universal en Salud²⁵, se desarrolla a través de sus tres dimensiones o coberturas: Cobertura poblacional, es la admisibilidad de la población al sistema de salud a través de un seguro de salud; la cobertura prestacional, es el acceso de los asegurados a un servicio de salud en las condiciones adecuadas que la norma señala y; la cobertura financiera, es la protección financiera para garantizar la atención médica, y evitar el gasto de bolsillo en el asegurado, que traería como consecuencia penurias económicas poblacional.

La afiliación, se refiere a la ampliación de la cobertura de la población que antes no estaban cubiertos por un seguro de salud. Con la publicación de la Ley 293448, se dio inicio al proceso de afiliación de toda la población residente en el territorio nacional a un seguro de salud. Siendo la “afiliación individual” exclusiva a un régimen de financiamiento determinado.

Dicha Ley ha sido reforzada a través de Decretos de Urgencia y otras normas, que generan mecanismos que facilitan la afiliación de las personas a un seguro de salud.

La más importante y con mayor impacto ha sido el Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal en Salud, con el objetivo de “establecer medidas urgentes para garantizar la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional, (...); mediante la afiliación de esta población a la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Seguro Integral de Salud (IAFAS -SIS)”. Asimismo, dicho marco legal autoriza a la IAFAS SIS a “afiliar independiente de la clasificación socioeconómica a toda persona residente en el territorio nacional” que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud. Esta afiliación garantiza a los beneficiarios la cobertura gratuita del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS”. De esta manera, se dispone que la población residente en el Perú que no contaba con un seguro de salud, sea afiliada a la IAFAS SIS y reciba gratuitamente el PEAS.

²³ Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, elaborada por DGAIN

²⁴ INFORME TÉCNICO: ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS NO ASEGURADAS EN SALUD A NIVEL NACIONAL

²⁵ Implementada con la promulgación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

En el período 2016-2021, el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población, ascendió a 98.03%, superior a lo programado en el PESEM 2016-2021; a partir del 2019 el incremento fue significativo pasando de 75% a 92%, este resultado se debe a las medidas implementadas por el gobierno como la aprobación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que autoriza a la IAFAS – SIS afiliar independientemente de la clasificación socio económica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud. Adicionalmente, y en el marco de la emergencia sanitaria, se aprueba el Decreto de Urgencia N°046-221, mediante el cual se autoriza a la IAFAS- SIS a financiar la cobertura del PEAS y Plan complementario de los afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N° 017-2019, así como afiliar a toda persona de nacionalidad peruana residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, independiente de la clasificación socio económica. Asimismo en el 2021, mediante el Decreto de Urgencia N°078-2021, se modifica el artículo 2 del DU 046-2021, que autoriza a la IAFAS SIS a afiliar a toda persona de nacionalidad peruana residente o no en el territorio nacional; que durante la vigencia del presente Decreto de Urgencia se encuentre en territorio que no cuente con ningún seguro de salud o se encuentre en situación de latencia o carencia, independientemente de la clasificación socio económica, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud dentro del territorio nacional.

Por otro lado, considerando en este análisis sobre la estimación del gasto directo (“gasto de bolsillo”) que las familias realizaron anualmente considerando su afiliación a alguna IAFAS para el periodo 2016 a 2021²⁶. En términos generales, el gasto directo de los hogares se incrementó en 53% durante el periodo. Asimismo, el gasto directo anual como proporción del gasto total en salud no varió significativamente en el periodo, registrando 29.7% en el 2018 y 28.3% en el 2019. No se cuenta con datos para los años 2020 y 2021; sin embargo, hay que tomar en cuenta que esta proporción se aplica a un gasto total en salud que se ha incrementado cada año. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Estimación del gasto directo en salud por parte de los hogares a partir de la información de la encuesta nacional de hogares (soles).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ámbito Público:						
Seguro Integral de Salud	2,657,185,852	2,659,514,425	2,975,719,721	3,176,479,427	3,438,691,095	5,671,791,420
Var %		0.1%	11.9%	6.7%	8.3%	64.9%
Sanidades	255,227,746	270,415,686	273,898,154	308,513,214	251,758,628	320,549,431
Var %		6.0%	1.3%	12.6%	-18.4%	27.3%
Ámbito Seguridad Social:						
EsSalud	3,226,825,220	3,279,872,810	3,846,958,079	3,911,612,296	3,572,554,664	4,871,967,628
Var %		1.6%	17.3%	1.7%	-8.7%	36.4%
EPS (y EsSalud)	163,056,059	232,331,914	253,450,059	192,352,381	119,679,174	211,993,966
Var %		42.5%	9.1%	-24.1%	-37.8%	77.1%

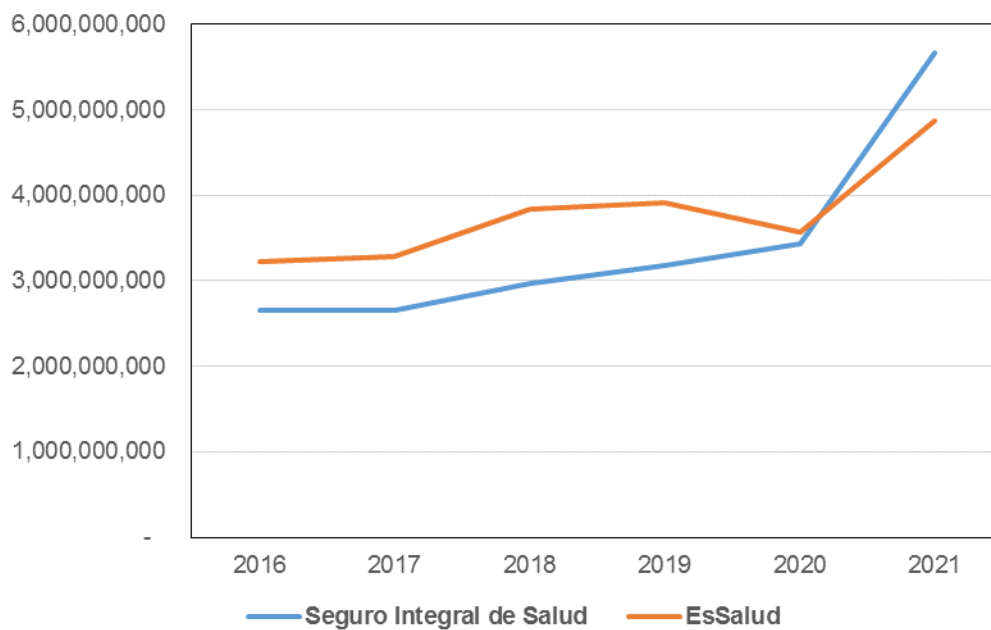
²⁶ DGAIN-MINSA. Informe de análisis de estimación del gasto directo en salud por parte de los hogares a partir de la información de la encuesta nacional de hogares.

Otros ámbitos:						
Privado	251,510,190	263,523,376	432,066,612	239,886,335	149,879,536	213,566,948
Var %		4.8%	64.0%	-44.5%	-37.5%	42.5%
No asegurado	2,512,989,557	2,517,022,469	2,906,988,310	2,738,795,478	2,336,432,243	2,836,045,223
Var %		0.2%	15.5%	-5.8%	-14.7%	21.4%
Otros	532,520,404	608,943,555	623,244,208	729,053,932	437,336,929	583,536,984
Var %		14.4%	2.3%	17.0%	-40.0%	33.4%
Total general	9,599,315,029	9,831,624,235	11,312,325,142	11,296,693,061	10,306,332,268	14,709,451,601
Var %		2.4%	15.1%	-0.1%	-8.8%	42.7%
% Gasto Directo del Gasto Total en salud.	29.6%	28.9%	29.7%	28.3%		

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del INEI / Cuentas de Salud. Perú 2002– 2019

Asimismo, el gráfico N° 2, sobre la evolución del gasto directo de los hogares, muestra que en los primeros años del periodo (2016 a 2019), el mayor gasto lo hicieron las familias cubiertas por la IAFAS EsSalud, mientras que, en los años 2020 y 2021, periodo de ocurrencia de la pandemia por el COVID-19, el mayor gasto directo correspondió a los hogares afiliados al Seguro Integral de Salud.

Gráfico N°2. Evolución del gasto directo en salud de hogares



La información de afiliaciones a algún seguro de salud y de la magnitud de prestaciones brindadas a la población, nos muestra el desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud que ha facilitado el acceso de las personas a prestaciones de salud, sin embargo, aún el costo de la atención integral es cubierto en buena proporción por los recursos que los hogares destinan para tal fin.

4.2.2. Acciones Estratégicas Sectoriales - OES.02

El cuadro N°4 muestra el resultado de la ejecución de las Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.02

Cuadro N°4. Resultados de las AES del OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población

OES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
AES.02.01 Ampliación de cobertura de aseguramiento de la población	Porcentaje de población afiliada al SIS	2015	Valor basal (43.40%)	NA	ENAHO-INEI
		2016	ND	52.20%	
		2017	ND	76.54%	
		2018	ND	62.90%	
		2019	ND	61.40%	
		2020	ND	69.30%	
AES.02.02 Expandir la oferta de los servicios de salud	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	2014	Valor basal (34%)	NA	ENAHO-INEI
AES.02.03 Modernizar la gestión de los servicios de salud		2016	ND	29%	
		2017	ND	27.70%	
		2018	ND	27.35%	
		2019	ND	26.95%	
		AES.02.04 Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria	2020	ND	
	2021	65%	12.08%		

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN e Informe N°054-2022-DIPOS-DGAIN/MINSA.

a) Acción Estratégica Sectorial - AES.02.01 Ampliación de cobertura de aseguramiento de la población.

La implementación de esta AES se mide a través del siguiente indicador:

- **Indicador²⁷: Porcentaje de población afiliada al SIS.**

Durante los años 2016-2021 el porcentaje de población afiliada al SIS ha ido en aumento sobre todo en los años 2018 y 2020 alcanzado el 69.3%; sin embargo, en el 2021 se registró una leve disminución alcanzando el 69.01%.

En este periodo se han realizado acciones que han contribuido en el logro del indicador como: aprobación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que autoriza a la IAFAS – SIS afiliarse independientemente de la clasificación socio económica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud.

Adicionalmente, y en el marco de la emergencia sanitaria, se aprueba el Decreto de Urgencia No 046-221, mediante el cual se autoriza a la IAFAS SIS a financiar la cobertura del PEAS y Plan complementario de los afiliados en el marco del Decreto

²⁷ Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, elaborado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional

de Urgencia N° 017-2019, así como afiliar a todas personas de nacionalidad peruana residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, independiente de la clasificación socio económica.

Asimismo, mediante el Decreto de Urgencia N° 078-2021, se modifica el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 046-2021, que autoriza a la IAFAS SIS a afiliar a toda persona de nacionalidad peruana residente o no en el territorio nacional; que durante la vigencia del presente Decreto de Urgencia se encuentre en territorio no cuente con ningún seguro de salud, o se encuentre en situación de latencia o carencia, independientemente de la clasificación socio económica, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud dentro del territorio nacional.

b) Acciones Estratégicas Sectoriales - AES.02.02 Expandir la oferta de los servicios de salud, AES.02.03 Modernizar la gestión de los servicios de salud y AES.02.04. Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria

La implementación de esta AES se mide a través del siguiente indicador:

• **Indicador²⁸: Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud**

En el periodo 2016-2021, el porcentaje de personas que acuden a los establecimientos de salud ha descendido de 29% a 12.08%, resultado muy lejano a la meta programada (65%); se observa una disminución de alrededor de 17 p.p. en el periodo de análisis, identificándose que uno de los principales factores que ha contribuido a este resultado, ha sido la emergencia sanitaria debido a la pandemia por el COVID-19.

Durante este periodo se han realizado intervenciones que contribuyen a mejorar el acceso de las personas a los establecimientos de salud, como:

- ✓ La formulación y aprobación de documentos técnicos normativos en el marco de la emergencia sanitaria.
- ✓ Asistencia técnica y acompañamiento a las Diresas, Geresas y Diris para fortalecer las competencias del equipo de gestión, a fin de mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud.
- ✓ Conducción de los proyectos de inversión para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria y la capacidad de oferta de los servicios de salud para el cierre de brechas de infraestructura y equipamiento con enfoque de redes integradas de salud.
- ✓ Suscripción y renovación de convenios de intercambio prestacional.
- ✓ Expansión de la cobertura de telesalud.
- ✓ Asignación de la población nominalizada a equipos multidisciplinarios de salud con enfoque territorial.

²⁸ Fuente: Informe N°054-2022-DIPOS-DGAIN/MINSA

4.3. OBJETIVO ESTRATÉGICO SECTORIAL- OES.03 EJERCER LA RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD EN BENEFICIO DEL USUARIO

El cuadro N°5, muestra la programación y ejecución del indicador del OES.03

Cuadro N°5. Resultados del OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario

ES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	2014	Valor basal (73.70%)	NA	ENAH0
		2016	ND	73.9%	
		2017	75%	58.3%	
		2018	78%	59.0%	
		2019	80%	64.0%	
		2020	85%	57.0%	
		2021	90%	56.0%	

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – UFGC/DGAIN.

4.3.1. Indicador²⁹: Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa

El usuario de los servicios del establecimiento de salud espera que la atención sea fiable, competente, cortés, honesta, creíble, segura, con resultados adecuados a los tratamientos, oportuna, con calidad; y su satisfacción será el grado de concordancia entre sus expectativas del servicio y la atención recibida, es por ello que se requiere esta evaluación para conocer el Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa ponderado por los atributos de cada IPRESS.

En el periodo 2016-2021, el porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa, ha llegado alcanzar al 56%, porcentaje no esperado según lo programado (90% año 2021). En el año 2016 fue la última encuesta nacional de satisfacción de los usuarios en Salud realizada por el INEI, bajo la responsabilidad de SUSALUD teniendo un valor de 66%, considerado como el valor basal. Se observa que en el año 2019 se logró un 64%, sin embargo, ese porcentaje tuvo una reducción en el 2020, el mismo que ha sido afectado por el aumento de atenciones a consecuencia de la pandemia COVID-19.

Durante los años 2017, 2018, 2019, se ha sistematizado la información de la evaluación de satisfacción de los usuarios externos realizada por los Equipos operativos de las Oficinas de Gestión de Calidad en Salud de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS e institutos, que a pesar de las limitaciones

²⁹ Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, elaborado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional

presupuestales cumplieron con la medición. En los años 2020, 2021 se sistematizó la información de un número poco significativo de IPRESS que a través de los equipos de las Oficinas de Gestión de Calidad de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS e institutos realizaron la evaluación de la satisfacción de los usuarios en consulta externa; la emergencia sanitaria por el COVID-19 limitó el cumplimiento total y también la escasa asignación presupuestal.

Para el cumplimiento de la evaluación nacional tanto de IPRESS públicas y privadas se requiere mayor asignación presupuestal que permita la contratación de una entidad externa, para la ejecución de una encuesta nacional que evalúe la satisfacción de las personas que acceden a los servicios de salud.

4.3.2. Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.03

El cuadro N°6 muestra el resultado de la ejecución de las Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.03.

Cuadro N°6. Resultados de las AES del OES.03

OES/AES	INDICADOR	AÑOS	LOGROS ESPERADOS	VALOR OBTENIDO	FUENTE
DESCRIPCIÓN					
AES.03.01 Fortalecer la Autoridad Sanitaria	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	2016	Valor Basal (1)	NA	MINSA
		2016	ND	ND	
		2017	3	ND	
		2018	2	ND	
		2019	1	ND	
		2020	1	2	
2021	1	3			
AES.03.02 Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	2015	Valor Basal (104 minutos)	NA	SUSALUD
		2016	ND	135	
		2017	90	135.5	
		2018	80	ND	
		2019	ND	ND	
		2020	ND	ND	
2021	45	ND			
AES.03.03 Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.	Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública	2016	Valor Basal (0)	NA	SUSALUD
		2016	ND	ND	
		2017	1	ND	
		2018	1	ND	
		2019	1	ND	
		2020	1	1	
2021	1	1			
AES.03.04 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial en salud	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas").	2016	Valor Basal (2)	NA	MINSA
		2016	ND	ND	
		2017	1	ND	
		2018	1	ND	
		2019	1	ND	
		2020	1	1	
2021	1	1			

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2021, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN.

a) Acción Estratégica Sectorial - AES.03.01 Fortalecer la Autoridad Sanitaria

La implementación de la AES se mide a través del siguiente indicador:

- **Indicador: Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales**

Durante el periodo de evaluación, el indicador no ha contado con mediciones anuales para los años 2016, 2017, 2018 y 2019; mientras que en los años 2020 y 2021 se cumplieron las metas programadas.

En el año 2019, se aprobó el Decreto de Urgencia N°007-2019, que declara a los medicamentos, productos biológicos y Dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.

En el año 2020, se aprobaron las siguientes leyes:

- Ley N° 31027 que modifica los artículos 8 y 9 del Decreto Legislativo 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.
- Ley N° 31091 que garantiza el acceso al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 y de otras enfermedades que dan origen a emergencias sanitarias nacionales y otras pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud.

En el año 2021, se aprobaron las siguientes leyes:

- Ley N° 31125 que declara en emergencia el Sistema Nacional de Salud y regula su proceso de reforma.
- Ley N° 31113 que regula, autoriza, asegura y garantiza el uso de oxígeno medicinal en los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional.
- Ley N° 31226 que establece la organización y ejecución de acciones de promoción, vigilancia y control del servicio de salud preventiva en el primer nivel de atención en el ámbito de los gobiernos regionales.
- Ley N°31312, Ley que incorpora y modifica artículos de la Ley 30681, Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados.

b) Acción Estratégica Sectorial - AES.03.02 Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos.

La implementación de la AES se mide a través del siguiente indicador:

- **Indicador: Tiempo de espera en consulta ambulatoria.**

El tiempo de espera está asociado con la satisfacción del usuario externo, el nivel de utilización de servicios de salud y los costos de oportunidad de los pacientes. Las demoras en la atención tienen efectos sobre el control de las enfermedades y

en los resultados de salud de la población. Por ello la importancia de su evaluación periódica.

En el marco de los convenios de gestión del MINSA se estableció que en la evaluación del tiempo de espera para atención de consulta externa de los usuarios en hospitales el tiempo sea menor o igual 75 minutos o en el caso de hospitales cuyo tiempo de espera es mayor a 75 minutos el tiempo de espera se reduzca cada año como mínimo en un 15%

En los años 2014, 2015 y 2016 la evaluación del tiempo de espera para atención en consulta externa se realizó a través de una Encuesta realizada por INEI, por encargo de SUSALUD (encuesta ENSUSALUD). En los Convenios de Gestión MINSA 2014, 2015 y 2016 se incluyó como uno de los Indicadores de desempeño el Tiempo de espera para atención en consulta externa en hospitales.

De acuerdo a la información de SUSALUD, de la aplicación de la encuesta ENSUSALUD se obtuvo como Resultados de la medición del tiempo de espera para atención en consulta externa en hospitales:

2014 tiempo de espera 114 minutos

2015 tiempo de espera 148 minutos

2016 tiempo de espera 135 minutos

A partir del 2017 no se cuenta con resultados nacionales de evaluación de tiempo de espera para la atención en consulta externa; ha influido en que esto ocurra el que SUSALUD (por reducción de presupuesto) no volvió a encargar la Encuesta de evaluación de tiempo de espera en consulta externa y que desde el 2017 en adelante el tiempo de espera no ha sido incluido como indicador de desempeño de los Convenios de Gestión MINSA, no se cuenta con normativa aprobada sobre la metodología de evaluación del tiempo de espera para la atención en servicios de salud.

Al no tener normativa como marco para la evaluación de tiempo de espera la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del DVMPAS no incluye en los criterios de programación anual de actividades del Sistema de Gestión de la Calidad la evaluación del tiempo de espera y al no contar con presupuesto suficiente aprobado para encargar una encuesta a INEI no se cuenta con resultados nacionales.

Por el estado de emergencia y pandemia COVID-19 el tiempo de espera para atención en consulta externa en hospitales es de prever que se ha visto muy afectado. Las prioridades de intervenciones en los Hospitales han sido enfocadas en la atención de pacientes viéndose muy reducidas la dedicación del personal a las actividades de gestión de la calidad.

La Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del DVMPAS ha elaborado una propuesta de normativa para la evaluación de tiempo de espera, la cual fue derivada a la DIPOS de DGAIN para continuar su trámite de aprobación.

La Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud -UFGCS al no ser orgánico no puede elevar propuesta de documentos normativos para su aprobación.

c) Acción Estratégica Sectorial - AES.03.03 Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.

La implementación de la AES se mide a través del siguiente indicador:

- **Indicador: Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública**

En el año 2020 se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” mediante el Decreto Supremo N°026-2020-SA de fecha 24 de agosto, la cual está orientada a reducir los años de vida perdidos por causas evitables que responde no solo con el cumplimiento de las normas constitucionales, los compromisos asumidos por el Estado peruano respecto a tratados en materia de derechos humanos, sino adicionalmente, a garantizar el bienestar y desarrollo de todas las personas, a través de una atención de salud integral, accesible, segura, oportuna y de calidad, así como a través de la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables por parte de las personas, familias y comunidad, como por la acción multisectorial para mejorar las condiciones de vida y evitar la exposición a factores socio ambientales de riesgo para la salud de la población.

A finales del 2020 se elaboró el reporte de avance en el cumplimiento de los objetivos prioritarios y se inició con la elaboración del Plan Estratégico Multisectorial para su implementación.

En el año 2021, se elaboró el reporte de cumplimiento³⁰ de Políticas Nacional Multisectorial de Salud, en donde se describe el avance de su primer año de implementación a través de los servicios e intervenciones alienados a los tres objetivos prioritarios por los sectores participantes, con lo cual se cumplió el logro esperado. El referido reporte se encuentra en el siguiente enlace:

<http://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2022/REPORTE-CUMPLIMIENTO-PNMS-AL-2030.pdf>

d) Acción Estratégica Sectorial - AES.03.04 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial en salud

La implementación de la AES se mide a través del siguiente indicador:

- **Indicador: Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas").**

³⁰ Informe enviado al CEPLAN en el año 2021.

El indicador sólo cuenta con mediciones para los años 2020 y 2021.

En el año 2020 se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” mediante el Decreto Supremo N°026-2020-SA de fecha 24 de agosto, con lo cual se cumplió la meta anual. La Política “Perú, País Saludable” es una política liderada por el Ministerio de Salud, con enfoque territorial, formulada de forma consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados y con los Gobiernos Regionales y Locales, que gestionan los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, estableciendo los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud priorizados, basada en el enfoque de “Cuidado Integral por Curso de Vida”, los principios del derecho y equidad en salud, la atención primaria de la salud (APS), la determinación social de la salud, la gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres.

La Política enfatiza en las “Prioridades Sanitarias” tales como: anemia, desnutrición crónica infantil, muerte materna, muerte neonatal, embarazo adolescente, tuberculosis pulmonar, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Hepatitis B, enfermedades metaxénicas: malaria, dengue, Chikungunya, enfermedades zoonóticas (rabia humana, leptospirosis), cáncer, sobrepeso, obesidad y Diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, desordenes de comportamiento y enfermedades de salud mental, exposición e intoxicación por metales pesados, muerte y discapacidad por accidentes de tránsito.

La Política expresa la responsabilidad por la mejora del estado de salud de la población y la prevención de enfermedades, como una responsabilidad compartida por diversos sectores y liderada por el Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional.

Ante este panorama, la Política identifica como problema público a resolver, “los años de vida saludables perdidos por causas evitables” para lo que propone tres objetivos prioritarios a alcanzar el 2030:

OP1. Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población

- Las principales intervenciones consistirán principalmente en la labor intersectorial e intergubernamental para establecer a lo largo de la educación de niños y niñas, adolescentes y jóvenes, estrategias e intervenciones educativas que formen valores, hábitos y conductas que establezcan estilos de vida saludables en la población, mayoritariamente.
- Se realizarán inversiones e intervenciones intergubernamentales en aspectos de seguridad ciudadana, espacios públicos para deporte y recreación, servicios que oferten productos saludables, etc. que faciliten las conductas y estilos de vida saludables.

OP2. Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población

- Este objetivo prioritario de la PNMS 2030 propone tres pilares fundamentales para lograr un Sistema Unificado de Salud: a) la universalización efectiva de la seguridad social en salud, b) la aplicación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad, y c) el acceso a servicios integrales de salud proporcionados por redes Integradas de Salud (RIS). Estos pilares deberán desarrollarse haciendo uso eficiente y adecuado de Tecnologías Informáticas aplicadas a la salud como Telesalud, la formación y actualización / desarrollo permanente del personal de salud y sistemas eficaces y eficientes para la disponibilidad de productos farmacéuticos, insumos médicos y demás recursos necesarios para el mantenimiento de la salud y la prevención y recuperación de la enfermedad.

OP 3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud

- Este objetivo atiende las inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud. Incluye el quehacer especializado y articulado de los diversos sectores que componen el Estado, en espacios territoriales específicos. Estas acciones, mejorarán la disponibilidad de recursos y las condiciones de vida de las personas, familias y comunidad permitiendo la conservación de la salud y evitando riesgos de enfermedad. Incluye intervenciones relacionadas a la educación, la vivienda y sus servicios, el transporte y viabilidad, la alimentación, la urbanización y seguridad ciudadana, el medio ambiente, entre otros.

En el año 2021, se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la PNMS 2030, mediante el Decreto Supremo N°016-2021-SA con fecha 26 de agosto, de acuerdo a la Única Disposición Complementaria Final de la PNMS al 2030 que encarga al MINSa, como responsable de la conducción de la implementación, seguimiento, evaluación de dicha política y la elaboración de su Plan Estratégico Multisectorial (PEM); con lo cual se cumplió la meta del 2021.

Considerando que la Política Nacional Multisectorial de Salud requiere del abordaje multisectorial para lograr que el Perú sea un “País saludable”, las alternativas de solución constituyen los posibles cursos de acción que permitirán alcanzar la situación futura deseada. En ese sentido, es necesario actuar sobre los inadecuados hábitos, conductas y estilos de vida, limitada cobertura y acceso de la población a servicios de salud e inadecuadas condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población para lograr los objetivos de la política. Para el logro de los objetivos es necesario la participación multisectorial en los esfuerzos para identificar las actuales intervenciones que se vienen realizando a nivel nacional que tienen un impacto y/o relación con la salud, las cuales deben sumarse y consolidarse a fin de lograr resultados tangibles.

El PEM³¹ de la PNMS al 2030 es fruto del trabajo articulado con todas las entidades públicas responsables de las acciones que incluye la Política Nacional Multisectorial de Salud, de modo que recoge el compromiso de cada una de ellas, en el marco de sus funciones en cuanto a los objetivos prioritarios y lineamientos con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, el aseguramiento a servicios integrales de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Este instrumento de gestión establece 16 Cambios Claves y 30 Acciones Estratégicas Multisectoriales y los servicios de la Política.

V. MEDIDAS PARA MEJORAR LOS OES

El Sistema de Salud tiene un gran reto para enfrentar la pandemia por el COVID-19 y sus efectos, en este contexto es necesario continuar implementando medidas de prevención y protección, cerrando brechas de acceso y disponibilidad de recursos.

Las medidas planteadas a continuación, se definen en el marco de la formulación de un nuevo PESEM para el Sector Salud, articulado a la Política General de Gobierno 2021-2026, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, teniendo como base los resultados obtenidos en el periodo 2016-2021 y las lecciones de la pandemia:

- **Promover la Cobertura Universal en Salud-CUS:**

Promover el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, adoptando medidas concretas que alcancen a todo el sistema de salud, con una visión compartida y liderada por los responsables de la conducción y gobierno del sistema.

- **Mejorar el acceso oportuno y en la satisfacción de las necesidades de salud de gran parte de nuestra población:**

Establecer un sistema de salud universal, unificado, gratuito, descentralizado y participativo; implementar prestaciones de salud en Redes Integradas de Salud con capacidad resolutoria óptima, en el marco de la atención primaria de salud integral con especial énfasis en el primer nivel de atención; organizar equipos multidisciplinarios para el cuidado integral de salud por curso de vida a la población; fortalecer el servicio de telesalud para la población de zonas aisladas; promover un sistema nacional de cuidado de la salud mental; impulsar la especialización hospitalaria en las regiones; desarrollar el proyecto "Médico de familia"; fortalecer la distribución y entrega de suplementos para la prevención de la anemia, así como, los productos farmacéuticos y dispositivos médicos para la prevención y/o recuperación de la salud de la población; asegurar la articulación intersectorial e intergubernamental para la atención desde la gestación hasta los 36 meses de edad, fomentando el buen crecimiento de los niños y niñas; fortalecer la vacunación contra el sarampión, paperas y rubeola (SPR), pentavalente y neumococo.

³¹ Al inicio del proceso de formulación del PEM no existía una Guía Metodológica para la elaboración de dicho Plan, por lo que el Ministerio de Salud, a través de la OPEE/OGPPM y con la Asistencia Técnica No Reembolsable del BID, diseñó una metodología de seis pasos que fue expuesta ante el CEPLAN, la cual está dentro del marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN) y el marco conceptual de la gestión por resultados y territorial.

- **Fortalecer las acciones de lucha contra la pandemia por el COVID-19:** Optimizar las campañas del testeo y la vacunación masiva, gratuita, disponible a nivel nacional y sin discriminación; Asegurar el abastecimiento de insumos de primera necesidad para la atención del COVID-19; Promover la interoperabilidad de los sistemas de salud a nivel nacional y regional; Asegurar el proceso de adquisición y distribución de vacunas contra el COVID-19; Fortalecer la estrategia de prevención y atención contra el COVID-19 con participación ciudadana en todos los niveles.
- **Promover la investigación e innovación** para el fortalecimiento del sistema de salud, con especial énfasis en la provisión de vacunas contra el COVID-19.
- **Desarrollar e incorporar la investigación e innovación tecnológica** en las estrategias para la prevención de riesgos y amenazas, protección del daño, recuperación de la salud y de las capacidades de la población.

VI. CONCLUSIONES

- 7.1. La vulnerabilidad del sistema de salud frente a emergencias sanitarias de nivel internacional como la pandemia por el COVID-19, ha sido uno de los principales factores que ha interferido en la continuidad de la entrega de los servicios en el primer nivel de atención y la ejecución de intervenciones de salud pública, afectando las coberturas de atención y cumplimiento de algunos indicadores sanitarios.
- 7.2. En cuanto a los resultados de la evaluación, a nivel de OES, de los tres indicadores propuestos, se ha contado con la medición anual de dos (02) indicadores: el porcentaje de la población afiliada a un seguro de salud, que ha registrado un incremento de 83.20% en el 2016 a 98.03% en el 2021, con lo cual se ha superado la meta del periodo; y el Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa, que ha registrado un descenso de 73.9% en el 2016 a 56% en el 2021.
- 7.3. A nivel de AES, de los 17 indicadores planteados, 12 cuentan con mediciones anuales durante el periodo de evaluación, de los cuales 03 han cumplido o superado la meta del periodo y 14 presentan un desempeño por debajo de lo esperado.
- 7.4. En el marco del OES 01, entre los indicadores de AES que cumplieron la meta y tuvieron un buen desempeño desde el 2016 al 2021, destacan: Tasa de incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes, disminución en 16.9 p.p; Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo, disminución en 2.6 p.p; y porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados, con un aumento de 4.4 pp.
- 7.5. Respecto al alcance de la meta propuesta entre los indicadores que no la cumplieron y tuvieron un desempeño no favorable durante el periodo 2016 al 2021

destacan: 1) Razón de Mortalidad Materna por cien mil nacidos vivos con un aumento de 27.5 p.p; 2) Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus con 2 p.p de aumento; 3) Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental con incremento de 8.82 p.p; 4) Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia con una disminución de solo 6 p.p; 5) Tasa de mortalidad por Cáncer por cien mil con una disminución de 4.4 p.p; y Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica con 1.6 p.p de disminución.

- 7.6. En el marco del OES 02, entre los indicadores de AES el que destaca con un buen desempeño desde el 2016 al 2021, es el Porcentaje de población afiliada al SIS, con un aumento de 16.8 p.p.
- 7.7. Por otro lado, el indicador que muestra un desempeño no favorable durante el periodo 2016 al 2021, es el Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud, el mismo que viene decreciendo en 16.9 p.p.
- 7.8. En el marco del OES 03, de los cuatro (04) indicadores de AES, durante el periodo 2016-2021, tres (03) indicadores no ha contado con mediciones anuales para los años 2016, 2017, 2018 y 2019 y un (01) indicador solo ha tenido medición anual en los años 2016 y 2017.
- 7.9. A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud y sus Organismos adscritos para facilitar el acceso a los cuidados y atención de salud de calidad, la cobertura universal y la calidad de tales servicios sigue siendo un desafío. La ineficiencia y vulnerabilidad en los servicios de salud, la persistencia de inequidades en el acceso a la salud, entre otros factores, evita que todos los peruanos lleven vidas saludables y desarrollen su potencial humano y productivo.
- 7.10. En cuanto a las limitaciones para medir los resultados de la implementación del PESEM, se observa que a nivel de los OES, de los tres (03) indicadores, un (01) indicador no cuentan con medición, como es el caso del indicador AVISA que se mide cada cinco (05) años; y de los 17 indicadores a nivel de las AES, cinco (05) no cuentan con mediciones anuales durante el periodo de evaluación, como es el caso del indicador Tasa de mortalidad por causas externas, puesto que aún el estudio de carga de enfermedad se encuentra en proceso de elaboración y este indicador se mide con una periodicidad mínima de cinco años. Sin embargo, los otros cuatro (04) indicadores que pertenecen a las AES del OES 03 que no cuentan con mediciones anuales periódicas, se debe a otros factores como: reducción de presupuesto para realizar encuestas y procesos de gestión institucional y multisectorial que no tuvieron continuidad en los años 2016 al 2019.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Es importante implementar un sistema informático digital de reporte directo por órganos de línea, unidades ejecutoras del Minsa y órganos adscritos al Minsa para disponer de un tablero de mando integral que permita analizar trimestralmente el avance de indicadores propuestos y establecer alertas para las mejoras y modificaciones correspondientes en pro de la oportuna toma de decisiones y evitar así no disponer de información o reformular indicadores de ser necesario.
- 7.2. El Ministerio de Salud y las entidades del sector deben articular los planes estratégicos con los objetivos nacionales, objetivos específicos y acciones estratégicas previstas en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, en el marco de lo dispuesto por el CEPLAN.
- 7.3. Mantener una comunicación y coordinación periódica con los gobiernos regionales y locales, a fin de fortalecer las competencias compartidas para el cumplimiento de las acciones estratégicas y logros esperados consignados en los planes estratégicos mediante la utilización de un tablero de mando que permita identificar el avance de indicadores articulados entre sí.
- 7.4. Elaborar un nuevo PESEM considerando el actual contexto nacional e internacional, alineado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, Plan Estratégico Multisectorial al 2030 y a la Política General de Gobierno 2021-2026.
- 7.5. El nuevo PESEM debe considerar indicadores relevantes, pero con mediciones anuales en la medida de lo posible, de tal modo que sea factible medir los avances anualmente, asimismo, se deben realizar esfuerzos para contar con bases de datos que permitan medir y verificar la consistencia de las mediciones de los indicadores.
- 7.6. Los indicadores deben ser considerados de alta prioridad para la toma de decisiones y definición de políticas.
- 7.7. Fortalecer el sistema de salud para responder a las necesidades y prioridades de la población a fin de reducir: la Mortalidad Materna e Infantil; la Desnutrición Infantil y anemia; las Enfermedades Transmisibles; y Controlar las enfermedades No Transmisibles.
- 7.8. Abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud y en la calidad del servicio.
- 7.9. El Ministerio de Salud como Autoridad de Salud Nacional (ASN), debe fortalecer su rol rector de: conducción sectorial; regulación y fiscalización; y de medición de la Funciones Esenciales de la Salud Pública; y las otras tres funciones que son compartidas con la Autoridad de Salud de nivel regional: modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento en salud y armonización de la provisión de servicios; a fin de implementar políticas de salud pública que mejoren el nivel de salud de la población.

VIII. ANEXOS

- Reporte de seguimiento del PESEM emitido a través del aplicativo CEPLAN.
<https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1402>
- Informe de Evaluación de Implementación del PESEM.
<https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1402>
- Informe de Evaluación de Resultados de los PEI de los Pliegos.

MINSA

- ✓ http://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/13InformacionAdicional/evaluacion/acciones/pei_2019-2025.pdf

SUSALUD:

- ✓ <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/porta-transparencia/plan-estr-nst/2021/Seguimiento%20PEI%202021%20Anexo%2007.pdf>

INEN

- ✓ <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/05/INFORME-DE-EVALUACION-DE-RESULTADO-PEI-POI-DEL-PLAN-ESTRATEGICO-INSTITUCIONAL-2019-2024-AMPLIADO-CORRESPONDIENTE-AL-ANO-2021.pdf>

INS

- ✓ <https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/3562505-evaluacion-integral-pei-poi-del-ins-periodo-202>

SIS

- ✓ https://transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=13004&id_tema=5&ver=#.Y5CbCnbMKUk

- Listado de los estudios y/o investigaciones que se incluyeron en la evaluación.
 - ✓ Estudio de Carga de Enfermedad 2016, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargAES.nfermedad2016.pdf>
 - ✓ Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html
 - ✓ Marco Macroeconómico Multianual 2022-2025: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2022_2025.pdf
 - ✓ Cuentas de Salud Perú 2002-2019: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1352787>



Porcentaje de avance de los indicadores del PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud

OES/AES	INDICADOR	LINEA BASE		LOGROS ESPERADOS						VALOR OBTENIDO						AVANCE (%)						FUENTE
		Valor basal	Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
OES.01 Mejorar la salud de la población	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192.5 años por mil hab.	2012	ND	191.7 1 años por mil hab.	ND	ND	ND	172.5 4 años por mil hab.	168.8 años por mil hab.	ND	ND	ND	ND	ND	-	-	ND	ND	ND	ND	CDC
AES.01.01 Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos)	93	2014	ND	90	85	80	75	< 70	60.7	76.3	93	63	81.6	88.2	-	100%	91.40%	100%	91.91%	79.37%	ENDES-INEI
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos - nv)	20	2014	ND	18	17	16	15	< 14 por 1000 nv	18	19	19	16	16	18	-	94.74%	89.47%	100%	93.75%	77.78%	ENDES-INEI
AES.01.02 Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	14.4	2015	ND	14	13	12	11	< 10	13.1	12.9	12.2	12.2	12.1	11.5	-	100%	100%	98.36%	90.91%	86.96%	ENDES-INEI
	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	43.5%	2015	ND	40%	35%	30%	25%	20%	44%	46.3%	43.5%	40.1%	40%	38%	-	86.39%	80.46%	74.81%	62.5%	52.63%	ENDES-INEI
AES.01.03 Disminuir las Enfermedades Transmisibles	Tasa de Incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes (ESNTB)	87.5	2015	ND	81.5	78.5	75.5	72.5	69.5	86.4	85.4	87.5	88.8	65.7	69.5	-	95.43%	89.71%	85.02%	100%	100%	OGTI-MINSA



OES/AES	INDICADOR	LINEA BASE		LOGROS ESPERADOS						VALOR OBTENIDO						AVANCE (%)						FUENTE	
		Valor basal	Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas)	5.2	2011	ND	5	ND	ND	ND	4	6.21	5.45	5.6	5.1	5.0	3.53	-	91.74%	-	-	-	-	100%*	CDC – MINSA
AES.01.04 Controlar las enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus	2.9%	2015	ND	2.8%	ND	2%	ND	< 2%	2.9%	3.3%	3.6%	3.90%	4.50%	4.9%	-	84.85%	-	51.28%	-	40.82%	ENDES-INEI	
	Tasa de mortalidad por Cáncer por cien mil	107	2012	ND	ND	ND	ND	ND	ND	122.9	107.3	129.9	120.8	119.5	118.5	-	-	-	-	-	-	INEN	
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental	15%	2014	ND	ND	ND	ND	ND	35%	16.1%	18.6%	25.48%	17.15%	27.31%	24.92%	-	-	-	-	-	71.2%	OGTI-MINSA	
	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	77.9%	2015	ND	ND	ND	ND	ND	80%	79%	83.3%	82.3%	83.1%	84.50%	83.4%	-	-	-	-	-	100%*	ENDES-INEI	
AES.01.05 Reducir los riesgos daños y/o lesiones originadas por factores externos	Tasa de mortalidad por causas externas	69.2 por 100 mil hab.	2015	ND	ND	ND	ND	ND	59 por 100 mil hab.	ND	ND	ND	ND	50.53 por 100 mil hab.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	-	-	CDC – MINSA



PERÚ

Ministerio
de Salud

Secretaría General

Oficina General de
Planeamiento, Presupuesto
y Modernización

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

OES/AES	INDICADOR	LINEA BASE		LOGROS ESPERADOS						VALOR OBTENIDO						AVANCE (%)						FUENTE
		Valor basal	Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	73%	2015	ND	75%	77%	80%	85%	90%	83.2%	84.99%	75.50%	92.26%	94.87%	98.03%	-	100%	98.05%	100%	100%	100%*	RAAUS - SUSALUD
AES.02.01 Ampliación de cobertura de aseguramiento de la población	Porcentaje de población afiliada al SIS	43.4%	2015	ND	ND	ND	ND	ND	ND	52.2%	76.54%	62.90%	61.40%	69.30%	69.01%	-	-	-	-	-	-	ENAHO-INEI
AES.02.02 Expandir la oferta de los servicios de salud	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	34%	2014	ND	ND	ND	ND	ND	65%	29%	27.7%	27.35%	26.95%	15.53%	12.08%	-	-	-	-	-	18.58%	ENAHO-INEI
AES.02.03 Modernizar la gestión de los servicios de salud																						
AES.02.04 Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria																						
OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73.7%	2014	ND	75%	78%	80%	85%	90%	73.9%	58.3%	59%	64%	57%	56%	-	77.7%	75.64%	80%	67.06%	62.22%	ENAHO



PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

OES/AES	INDICADOR	LINEA BASE		LOGROS ESPERADOS						VALOR OBTENIDO						AVANCE (%)						FUENTE
		Valor basal	Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
AES.03.01 Fortalecer la Autoridad Sanitaria	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	1	2016	ND	3	2	1	1	1	ND	ND	ND	ND	1	1	ND	ND	ND	ND	100%	100%	MINSA
AES.03.02 Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	104 min	2015	ND	90	80	ND	ND	45	135	135.5	ND	ND	ND	ND	-	66.42%	-	ND	ND	-	SUSALUD
AES.03.03 Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.	Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública	0	2016	ND	1	1	1	1	1	ND	ND	ND	ND	1	1	ND	ND	ND	ND	100%	100%	MINSA
AES.03.04 Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial en salud	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas").	2	2016	ND	1	1	1	1	1	ND	ND	ND	ND	1	1	ND	ND	ND	ND	100%	100%	MINSA

* Los porcentajes son hasta el 100% como máximo que calcula el aplicativo CEPLAN.