MEMORANDUM Nº 0333-2016-OGPPM-OPEE/MINSA

A : Sr. MANUEL SUNICO RABORG
Director General
Oficina General de Comunicaciones

ASUNTO : Documento Prospectivo del Sector Salud

REFERENCIA : OFICIO N° 095-2016-CEPLAN/DNCP (16-006337-002)

FECHA : Lima, 12 ABR. 2016

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y manifestarle en relación al documento de la referencia mediante el cual, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico remite el informe técnico del Documento Prospectivo del Sector Salud.

Al respecto adjunto al presente el Documento Prospectivo para que tenga a bien consignarlo en el portal de transparencia, en Planes y Políticas- PESEM.

Atentamente,

CPC. CECILIA V. KUROIWA PEREZ
Director General
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
MINISTERIO DE SALUD

CKP/FGG/gvp
Adj. cd.
cc. S.G

CEPLAN
Dirección Nacional de Coordinación y Planeamiento Estratégico
05 ABR 2016
RECIBIDO
Hora: 15:04

INFORME N° 012-2016-CEPLAN-MAFT

A	:	**ALVARO VELEZMORO ORMEÑO** Director Nacional de Coordinación y Planeamiento Estratégico
DE	:	**MARCO ANTONIO FRANCISCO TORRES** Especialista en Planeamiento Estratégico Regional y Local
ASUNTO	:	Documento Prospectivo del Sector Salud
FECHA	:	05 de abril del 2016

Me dirijo a usted en relación al Oficio N° 337-2016-DM/MINSA el cual presenta el Documento Prospectivo del Sector Salud.

Al respecto, se realizó el análisis del mencionado documento de acuerdo a los principios y lineamientos establecidos en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico y en la Guía Metodológica de la Fase de Análisis Prospectivo para Sectores.

Análisis del Documento Prospectivo

1. El documento cuenta con tres secciones que en conjunto abordan las cinco etapas de la Fase de Análisis Prospectivo establecidas en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico.
2. El documento inicia con la contextualización de la actualización del PESEM, definición de la salud y los principales acuerdos internacionales. Estos se consideran elementos importantes para comprender el resto del documento.
3. Acerca del diseño del modelo conceptual:
   a. La página 9 señala que son trece (13) los subcomponentes y en la misma página se presenta la gráfica del modelo conceptual con catorce (14) subcomponentes. La cantidad de subcomponentes debe ser revisada y corregida en la página 9 y 10.
4. Acerca de la identificación y análisis de tendencias:
   a. La página 21 señala que son trece (13) las tendencias priorizadas y en las páginas 22, 23, 24 y 25 se presentan catorce (14) tendencias.
   b. Según la Guía Metodológica, esta etapa debe incluir la identificación de los eventos de futuro, lo cual ha sido incluido en la construcción de escenarios exploratorios.
5. Acerca de la identificación de variables estratégicas:
   a. La página 31 señala que se seleccionaron trece (13) variables estratégicas, la página 32 señala que son catorce (14) y el cuadro de la página 33 y 34 presenta (25) variables estratégicas.

CEPLAN DNCP - EPERL V° B° MARCO A. FRANCISCO TORRES

MINISTERIO DE SALUD 003 FOLIOS OGPPM

52

b. Se recomienda que en la página 32 se exprese que, si bien el número de variables estratégicas es 25, la construcción de escenarios se desarrolla para 14 variables estratégicas por las razones que se expresan en la página 77 y por otras que el sector considere pertinentes.

6. Acerca del diagnóstico de variables estratégicas:
   a. El diagnóstico se elaboró considerando la metodología establecida por el Ceplan.
7. Acerca de la construcción de escenarios:
   a. Se recomienda que la identificación y evaluación de los eventos de futuro se traslade a la etapa de "identificación y análisis de tendencias".
   b. Se sugiere que en las páginas 78, 79 y 80 la redacción de los escenarios exploratorios ubique a los lectores en el año 2030, es decir como si lo descrito ya hubiera pasado.
   c. El escenario apuesta se construye en la Fase Estratégica. Se recomienda no considerarlo en el Documento Prospectivo.

Conclusiones y recomendaciones:

1. El Documento Prospectivo desarrolló las cinco etapas de la Fase de Análisis Prospectivo, logrando las finalidades de cada una de las etapas.
2. Se concluye que el Documento Prospectivo cumple con los principios y fines establecidos en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico.
3. Se sugiere corregir algunos errores materiales indicados en los puntos del Análisis del Documento Prospectivo.

Sin otro particular al respecto, me despido con un cordial saludo.

Atentamente,

MARCO A. FRANCISCO TORRES
Especialista en Planeamiento Estratégico Regional y Local
DNCP - CEPLAN

OFICIO N° 337 -2016-DM/MINSA

Lima, 23 MAR. 2016

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CEPLAN - TRAMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
23 MAR. 2016
N° EXP.: 201601038
HORA: 16:52 FIRMA:

Señor
RUBEN ESQUIVES GUERRA
Director Ejecutivo
Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
Av. Canaval y Moreyra N° 480-Piso 11, San Isidro
Presente.-

Asunto : Situación del Proceso de Planeamiento Estratégico del Ministerio de Salud

Referencia : OFICIO MULTIPLE N° 002-2016-CEPLAN/DE (16-006337-002)

De mi consideración:

Tengo el alto honor de dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y manifestarle que la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto ha emitido el Informe N° 017-2016-OGPPM-OPEE /MINSA, copia del mismo que se adjunta a la presente para las consideraciones del caso.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

MINISTERIO DE SALUD
Secretaría General
S. RUIZ Z.

CEPLAN
DIRECCIÓN EJECUTIVA
23 MAR 2016
RECIBIDO
Hora: 16:00

SRZ/CKP

MINISTERIO DE SALUD
002
FOLIOS
OGPPM

Ministerio de Salud

DOCUMENTO PROSPECTIVO AL 2030

Sector Salud

OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y MODERNIZACION

Marzo, 2016

Contenido

Presentación 2
I. ANÁLISIS DEL TEMA DE ESTUDIO 4
1.1 Actualización del Estudio Prospectivo 4
1.1.1 El concepto de Salud 4
1.1.2 El Proceso Salud – Enfermedad - Atención 5
1.1.3 La Respuesta de los Estados frente a las necesidades de salud 6
1.1.4 Acuerdos y compromisos regionales 8
1.2. Diseño del modelo conceptual 9
1.3. Descripción del modelo conceptual del Sector Salud 10
1.4. Identificación y análisis de tendencias 17
1.4.1. Listado de tendencias 21
1.4.2. Impacto de las tendencias en el modelo conceptual graficado 26
1.5. Definición de variables 27
1.5.1. Listado de las variables estratégicas 30
1.5.2. Diagnóstico de variables estratégicas 35
II. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS 69
2.1. Escenario tendencial 69
2.2. Escenario óptimo 72
2.3. Escenarios exploratorios 73
2.4. Identificación de riesgos y oportunidades 78
III. ESCENARIO DE REFORMA DE LA SALUD 80
Bibliografía 85

Presentación

El Documento Prospectivo al 2030 del Sector Salud es un documento de naturaleza orientadora para que en la fase estratégica (elaboración del Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM), los tomadores de decisiones del Sector cuenten con información relevante para definir los objetivos y acciones estratégicas sectoriales. Este documento se ha realizado de manera participativa y consensuada con los miembros del Equipo Técnico, iniciado desde el año 2014 con la asistencia técnica del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN), realizando algunos ajustes y actualizado en el primer trimestre del año 2016, en el marco de los lineamientos establecidos en la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico (Directiva 001-2014-CEPLAN), aprobada por el CEPLAN. Dicha Directiva establece la metodología para llevar a cabo un planeamiento estratégico prospectivo, participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, Plan Bicentenario: "El Perú al 2021".

El Documento Prospectivo es producto de la primera etapa del proceso de planeamiento estratégico: el análisis prospectivo, el cual comprende el diseño del modelo conceptual, la identificación de tendencias y variables estratégicas, así como el diagnóstico de tales variables y la construcción de escenarios de futuro. El precitado documento no sólo se ha basado en el estudio técnico de las variables más relevantes del sector, sino también en una serie de documentos internacionales y en las directrices de la Alta Dirección del Ministerio de Salud. Es así que para la definición del modelo conceptual y las variables estratégicas se ha tomado como referencia los Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud, el Plan "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad" para el periodo 2014 -2019 de la Organización Panamericana de la Salud, los compromisos del Estado peruano en la Conferencia Río + 20 sobre desarrollo sostenible, y los estudios de la OECD sobre la situación del Perú en materia institucional y de desarrollo humano.

Es preciso recordar que el Documento Prospectivo es un instrumento de gestión flexible y sujeto a la mejora continua, además no es vinculante sino simplemente orientador, por lo que su principal función es sistematizar información relevante (tendencias, escenarios, riesgos y oportunidades) para que los tomadores de decisiones públicas puedan formular políticas y planes basados en evidencia. De esta manera, esta es una herramienta importante para un planeamiento estratégico moderno que es capaz de articular los objetivos nacionales, regionales e institucionales de un sector.

No debe olvidarse que el fin último de todo esfuerzo del sector debe ser contribuir a garantizar la salud de las personas y, de esta forma, contribuir al desarrollo del país. Tal como lo señala el último estudio de la OECD sobre el Perú, la salud y el desarrollo son elementos profundamente conectados: una población saludable es la clave para el desarrollo sostenible. La buena salud puede ser vista como capital: individuos más saludables son capaces de invertir más en el desarrollo de capital humano y social, por lo tanto son más valiosos y productivos, y de esta manera, contribuyen al desarrollo sostenible. El crecimiento económico, a su turno, puede mejorar la salud: mayores ingresos puede permitir a las personas gastar más en dietas saludables y los avances tecnológicos ayudan a mejorar la ciencia médica.[1]

A pesar de los esfuerzos remarcables del Perú 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.

[1] OECD, *Multi-dimensional Review of Peru: Volume I. Initial Assessment*, OECD Development Pathways, OECD Publishing, Paris, 2015. p. 51.

La deficiencia en los servicios de salud, la persistencia de inequidades en el acceso a la salud, entre otros factores, evite que todos los peruanos lleven vidas saludables y desarrollen su potencial humano y productivo. El Perú necesita continuar incrementando la cobertura de salud y al mismo tiempo mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud.[2]

El presente documento busca contribuir a este fin, al brindar información relevante que facilite la definición de objetivos y acciones estratégicas en la fase de construcción del Plan Estratégico Sectorial Multianual.

2 OECD, *Multi-dimensional Review of Peru*, op. cit. p. 52.

I. ANÁLISIS DEL TEMA DE ESTUDIO

1.1 Actualización del Estudio Prospectivo

El Estudio prospectivo del Sector Salud se realizó sobre la actualización del trabajo realizado por el Equipo Técnico de Planeamiento Estratégico y la Comisión de Planeamiento Estratégico (conformados por Resolución Ministerial N.° 620-2014/MINSA) con el acompañamiento del CEPLAN en el año 2014. Esta actualización se realizó a través de estudios y reuniones conducidas por el Equipo de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) y los miembros del Equipo Técnico y la Comisión de Planeamiento Estratégico al primer bimestre del 2016. En dicho contexto, se han tenido en consideración las últimas tendencias globales en materia de salud, así como los documentos y lineamientos de política de la Alta Dirección respecto al proceso de reforma de la salud y la implementación de los compromisos asumidos por el Estado peruano ante los foros de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

1.1.1 El concepto de Salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud[3] es "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades*". Esta definición ha sido el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo hasta mediados del siglo XX, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas.

La salud del cuerpo y de la mente es necesaria para la vida cotidiana –trabajo, placer, sufrimiento, ocio, creación- y, por lo tanto, para el desarrollo de todas las funciones individuales y sociales del hombre. La salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de nuestra cultura social y política. De esta manera, el derecho a la salud se ha convertido en uno de los derechos humanos básicos, y ha sido recogido en la Constitución de muchos países.

Es preciso señalar que en sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso a propiedades y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es principalmente el resultado de las formas de organización social y de la economía o producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida y de salud[4] . Asimismo, en una concepción moderna de la salud es preciso considerar la existencia de factores objetivos y subjetivos, así como de diferentes niveles o grados de salud y bienestar.

Port otra parte, en el contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Por lo tanto, la salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

[3] Preámbulo de la Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, en vigor desde el 7 de abril de 1948. http://www.who.int/about/mission/es/

[4] Ibid.

En términos de la organización y gestión de los sistemas de salud, la salud es una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario. Así, el conocimiento de los muchos y variados factores implicados en conseguir mejoras en la salud individual y colectiva, ha ayudado a establecer el papel que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios.

Según Lafambroise – LaLonde, existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud: "biología humana", "ambiente", "forma de vida" y la "organización del cuidado de la salud".[5] De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de medicina, pero también por esfuerzo propio: actividad física, una dieta saludable, manejo del estrés, el dejar de fumar y de abusar de otras sustancias nocivas, entre otras medidas, que constituyen condiciones para mejorar la salud de una persona.

Un enfoque complementario toma en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio, surgió el término de salud holística. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de maneras interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

1.1.2 El Proceso Salud – Enfermedad - Atención

A fines de la década de los 70, la Medicina Social Latinoamericana,[6] introdujo el concepto proceso salud-enfermedad-atención[7], incluyendo así a la enfermedad dentro de procesos más amplios, en donde intervienen elementos sociales, políticos, culturales, económicos y subjetivos, todos ellos interactuando en un contexto histórico determinado.

Frente a esto, se plantó la interrogante: ¿Con qué elementos debería contar el sistema de salud para dar respuesta a esta complejidad? A partir de la declaración de Alma Ata en la sesión mundial de OMS en 1978, la estrategia de Atención Primaria de la Salud fue concebida como una de las estrategias para atender esta interrogante. La Atención Primaria de la Salud se postuló como una estrategia que concibe integralmente los problemas del proceso salud-enfermedad-atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Por otro lado, siguiendo la corriente de análisis y reflexión de Marc Lalonde, se empezó a adoptar dos distinciones[8] para enfrentar las necesidades de atender más allá de la enfermedad, la calidad de vida, los cuidados y la recuperación de la salud de las personas: 1) el campo de la salud, es decir, de los determinantes o condicionantes de la salud, y 2) el sistema de atención o cuidados de salud, relacionados a la organización de los procesos para hacer factible la entrega de servicios de salud.

---

5 Caballero González, Esperanza y otros, Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos, *Revista INFODIR*. (15)2012.

6 Algunos referentes dentro de la Medicina Social Latinoamericana son: Canguilhem; Wagner De Sousa Campos, Laurell, Menéndez y Almeida Filho.

7 Paulino, M. y Thouyaret, L., *Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales*. 2006, pp. 50-51.

8 Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada, 1981.

En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), vinculó la salud y el desarrollo. Relacionó el enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud que integra las áreas de la salud; con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. Así, se concibe la salud desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones. Por lo tanto, la salud y la enfermedad se conciben como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios entre las personas y las colectividades.

Esta perspectiva se plantea desde el denominado "Modelo Multinivel Socioeconómico de los Determinantes de la Salud" de Dahlgren y Whitehead, que explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades y a nivel de las políticas nacionales que influyen en la salud.[9] Las influencias sociales influyen en los comportamientos personales ya sea de forma positiva o negativa.

Desde entonces y hasta la actualidad se reconoce la importancia y relevancia que la planificación y la acción del Estado o de los Gobiernos se haga transversal al quehacer de múltiples sectores, de manera articulada o coordinada, así como que se fortalezca al gobierno nacional a través de la Autoridad Nacional de Salud, principalmente en su rol rector, modulador, conductor y facilitador de múltiples procesos que hagan factibles políticas y acciones en el campo de los determinantes de la salud, cuya presencia condiciona la mayor o menor probabilidad de contar y mantener un estado saludable o de enfermar o morir. Del mismo modo, se reconoce la importancia del rol rector de la Autoridad Nacional de Salud en la organización de un sistema de salud articulado que facilite el acceso y aseguramiento universal a la salud.

1.1.3 La Respuesta de los Estados frente a las necesidades de salud

Los avances conceptuales, teóricos y reconocimiento de la salud como derecho universal de los Estados en los Foros Internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), encuentran en la realidad de la mayoría de países, brechas de distinto tipo; entre las más importantes, las crisis económicas, social y de gobernabilidad o institucionalidad. Ante ello, los países miembro de la ONU y de la OMS desarrollaron una agenda amplia y fructífera de conferencias y reuniones de expertos y líderes mundiales que han llevado a establecer acuerdos, políticas y compromisos internacionales de carácter vinculante en muchos casos, que sirven de referencia a los países miembros para, adecuándolas a las particularidades de cada país, establecer sus propias políticas, normatividad, planes y estrategias.

En este contexto, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible denominada "Río +20", asumió compromisos internacionales en favor de la reducción de la pobreza, el fomento de la equidad social y para garantizar la protección del medio ambiente en un planeta cada vez más poblado. El 27 de julio del 2012, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Resolución el "futuro que queremos"[10].

---

[9] Palomino Moral, Pedro; Grande Gascón, María Luisa; Linares Aba, Manuel. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*. Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014.

[10] Río + 20 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. http://www.uncsd2012.org/content/documents/778futurewewant_spanish.pdf

En la sección de Salud y Población de dicha resolución, los jefes de Estado y de Gobierno de los países miembros, entre ellos del Perú, establecieron dos resoluciones relacionadas a salud:

"**Resolución 138**. Reconocemos que ***la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible (económico, social y ambiental).*** Sabemos que solo se podrán lograr los objetivos del desarrollo sostenible cuando no haya una alta prevalencia de enfermedades debilitantes transmisibles y no transmisibles y las poblaciones puedan llegar a un estado de bienestar físico, mental y social. Estamos convencidos de que ***las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud***, tanto para los pobres y vulnerables como para toda la población, ***son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas***.
Resolución 139. Reconocemos también la importancia de una ***cobertura sanitaria universal para fomentar la salud, la cohesión social y el desarrollo humano y económico sostenibles***".

Estas declaraciones resolutivas, representan compromisos que el Estado Peruano ha asumido para su población en el marco del desarrollo mundial con equidad.

A nivel Latinoamericano y del Caribe, los Ministros de Salud de estos países se reúnen periódicamente para analizar la situación de salud en la región así como las respuestas desde los sistemas de salud y sociales; y adoptan acuerdos y compromisos en resoluciones y en planes que orientan el desarrollo de los sistemas de salud y abordan las formas de intervenir sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Así, se tomó como referencia el documento: "*En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad*" de la Organización Panamericana de la Salud[11]; que resalta cómo los sistemas de salud de la Región se caracterizan por su segmentación (lo que se manifiesta en una variedad de mecanismos de financiamiento y afiliación), y por la fragmentación de la prestación de servicios de salud en muchas instituciones, establecimientos o unidades diferentes, que no se integran en una red de atención y cuidados de salud. Este documento concluye que estas dos características aumentan la inequidad en el acceso a los sistemas de salud y reducen la eficiencia en cuanto a la prestación y la gestión de los servicios de salud.

Las razones fundamentales de esta segmentación y fragmentación son complejas, con frecuencia son el reflejo de factores sistémicos de carácter social, político y económico que se han acumulado a lo largo del tiempo. En este contexto, los servicios de salud se convierten en un importante determinante de la salud y tienen el potencial para ayudar a mejorar la equidad en la medida en que impulsen la cobertura universal, financiada mediante recursos públicos progresivos que reduzcan al mínimo los desembolsos por los usuarios y eliminen las prácticas discriminatorias y la diferencia en calidad de la atención.

En este sentido, en los últimos años, los países de la Región han avanzado hacia la universalización de los sistemas de salud mediante reformas de las políticas y cambios que hacen hincapié en el derecho a la salud y la reafirmación de la atención primaria de salud (APS). Se ha reconocido la importancia de adoptar eficazmente los valores y principios de la estrategia de la atención primaria de salud, en especial mediante enfoques integrales y multisectoriales para abordar los determinantes de la salud. Aun así, persisten varios retos para el propio sistema de atención sanitaria, en particular en cuanto a la mejor manera de avanzar hacia la cobertura integral de los servicios, reducir los copagos y otros desembolsos directos de los usuarios y

11 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52º Consejo Directivo; Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013.

garantizar beneficios similares para todos. Otros retos importantes incluyen mejoras a la calidad de la atención y la adaptación de la capacidad de respuesta de los servicios a la demanda de atención de salud.

1.1.4 Acuerdos y compromisos regionales

En el contexto de la "Región de Las Américas", los Ministros de Salud aprobaron el Plan "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad" para el periodo 2014 -2019, que presenta una agenda para la acción cuyas estrategias principales son: a) promover la salud y el bienestar; b) abogar por un enfoque multisectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud; y c) fomentar la colaboración para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

Asimismo, con relación a la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, se proponen cuatro líneas estratégicas que guiarían la transformación de los sistemas de salud e impactarían en los determinantes sociales:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza de la Autoridad Nacional de Salud.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo por parte del usuario.
4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

El Perú como miembro de los organismos internacionales y firmante de los acuerdos mundiales y regionales, ha asumido un compromiso político y social con sus propios ciudadanos y con la comunidad internacional para que, sobre la base de los avances logrados en el desarrollo de sus políticas para la mejora del sistema de salud, profundice y amplíe el acceso universal y cobertura universal de la salud con una visión centrada en el bienestar y la vida sana a fin de trascender el enfoque tradicional centrado en la enfermedad.

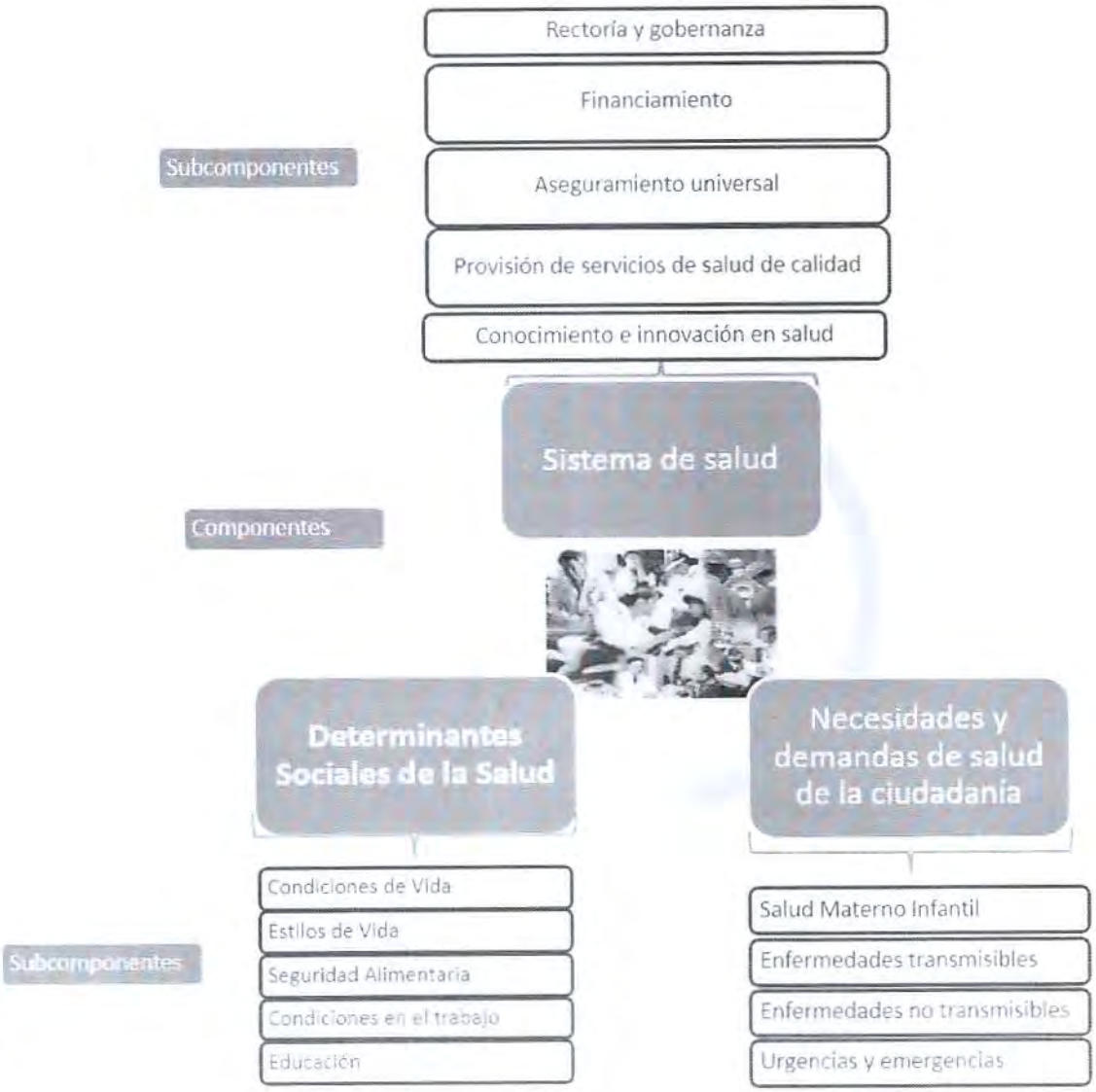
Es por ello que las mencionadas líneas de acción y los documentos internacionales citados han sido insumos fundamentales para desarrollar el presente Documento Prospectivo. En particular, el componente del modelo conceptual "Sistema de salud" contiene en esencia el enfoque institucional que presenta la Estrategia para el Acceso Universal y la Cobertura de Salud como el modelo de gestión para atender la salud en el caso peruano. Estos documentos internacionales contienen acciones estratégicas específicas que se verán reflejadas con más claridad en el Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM, donde se definen los lineamientos de políticas, objetivos, indicadores y metas. El documento prospectivo es un documento que brinda información y orientación a los tomadores de decisiones para los planes, políticas y estrategias.

1.2. Diseño del modelo conceptual

El modelo es una estructura sistemática que refleja el estado del conocimiento con relación al tema central del sector. Cabe señalar que el modelo conceptual está constituido por componentes y sub-componentes que explican orden lógico de organización de los temas principales sobre el cual se estructura el sector.[12]

De esta manera, se diseñó el modelo conceptual del Sector Salud mediante el análisis de las entidades y actores que lo conforman, además de los temas que aborda y de su entorno. Para ello, se analizaron estudios, informes, documentos públicos y se realizaron consultas a expertos. El modelo consta de tres (3) componentes y trece (13) subcomponentes.

Gráfico N° 1- Modelo conceptual del Sector Salud



12 Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). *Guía Metodológica de la Fase Prospectiva*. Documento de Trabajo. Mayo, 2015, p. 11.

1.3. Descripción del modelo conceptual del Sector Salud

Una vez planteado el diseño del modelo conceptual, se identificaron tres (3) componentes y trece (14) subcomponentes, los cuales se detallan a continuación:

COMPONENTE 1: Sistema de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo[13].

Subcomponentes:

- **Rectoría y Gobernanza**

La Rectoría en Salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud. Es decir, es la capacidad del Estado para conducir el Sector Salud, en su totalidad y para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población a través de la Autoridad Nacional de Salud (MINSA). Se trata de garantizar y efectivizar en el sector y en todo el sistema de salud: a) la provisión de la visión y dirección del desarrollo en salud, b) ejercer influencia en los actores sectoriales a través de la regulación y otros mecanismos, c) fiscalizar sobre el sector y sobre el Sistema Nacional de Salud, así como d) fortalecer y mejorar la capacidad de gestión descentralizada, coordinada y articulada en salud en los tres niveles de gobierno. [14]

La gobernanza del sistema de salud es "el proceso de toma de decisiones y el proceso mediante el cual las decisiones se implementan (o no implementan)"[15]. La gobernanza, de esta forma, promueve acciones conjuntas de diferentes sectores, de actores públicos y privados y, en general, de los ciudadanos por el interés común sobre la promoción de la salud. Requiere, por lo tanto, un conjunto de políticas sinérgicas, muchas de las cuales se encuentran en sectores distintos al de salud, así como en instituciones no gubernamentales, los cuales deben ser apoyados por estructuras y mecanismos que posibilitan la colaboración. Además, esta gobernanza provee de una fuerte legitimidad a los ministerios de salud para ayudar a que alcancen y lleven a cabo nuevos roles en el diseño de políticas para promover la salud y el bienestar.[16]

---

13 Véase: http://www.who.int/features/qa/28/es/

14 USAID, *Análisis del Sector Salud, Una Herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos*. Edición Especial N° 9. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) Washington, D.C. febrero 2006.

15 United Nations-Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). *What is Good Governance? 2010.*

16 WHO Regional Office for Europe. *Governance for health in the 21st century*, Ginebra, 2012, p. 4.

La Carta de Ottawa[17] pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. Por ello, el concepto de participación social y empoderamiento para la salud de la comunidad es fundamental. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus respectivas necesidades sanitarias. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad.[18]

La participación en salud hace también referencia a la participación efectiva de la ciudadanía en el diseño de las políticas nacionales de promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de la salud, así como en su evaluación y vigilancia en los diversos niveles del sistema de salud.

- **Aseguramiento universal**

El Aseguramiento Universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población desde su nacimiento hasta su muerte. 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).19 El Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida[20].

- **Financiamiento**

El financiamiento es la función de un sistema de salud que implica la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud[21]. Por lo tanto, el financiamiento es el suministro de recursos financieros a partir de diversas fuentes, destinados a la producción o compra de servicios de salud, a las inversiones, a la investigación y a la innovación tecnológica. Los objetivos financieros en un sistema de salud son: I) Conseguir el máximo nivel de salud posible con los recursos que el país dispone, II)

---

17 Carta de Otawa para la promoción de la salud, Organización Mundial de la Salud, Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, 1986.

OMS, Social participation. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/ (visitado: 02.02.2016).

19 Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Lima, Perú, 2009.

20 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento: Documento técnico (Ley N° 29344 - DS N° 008 2010-SA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Gestión Sanitaria -- Lima: Ministerio de Salud, 2010.

21 OMS, Financiamiento de los sistemas de salud. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/ (Visitado el 03.02.16).

Asegurar que toda la población (cobertura universal) tenga acceso igualitario a los servicios de salud, y; III) Reducir las desigualdades en salud de la población.

El desarrollo del sistema nacional de la salud que brindan acceso universal a los servicios de atención de salud, es una fuerza impulsora importante de las iniciativas de reforma del sector y es el objetivo principal de los cambios propuestos en la manera de financiar los sistemas nacionales de atención de salud[22].

- **Provisión de servicios de salud de calidad**

La cobertura sanitaria universal de salud implica que toda la población dispone de los servicios de salud que necesita sin que el pago de esos servicios le cause dificultades económicas. En esta situación, deben estar cubiertos todos los servicios sanitarios esenciales, con una dispensación de calidad, incluidos la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.[23]

Es preciso señalar que la cobertura universal debe abarcar intervenciones clave contra las principales causas de morbilidad y mortalidad. El objetivo principal de la cobertura universal es que la calidad de los servicios sea suficientemente buena para mejorar la salud de quienes la reciben.[24]

Por su parte, la calidad del servicio de salud es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.[25]

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella[26].

OMS. Economía de la Salud y Financiamiento. 2014.

23 OMS, *cobertura sanitaria universal*. Disponible en: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/ (visitado el 05.02.16).

24 Ibid.

25 Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente, 17 de julio del 2007.

26 Vandamme, R. and Leunis, J., "Development of a Multiple-item Scale for Measuring Hospital Service Quality", International Journal of Service Industry Management, Vol. 4 Iss: 3, 1993, pp.30 – 49.

Bajo estos dos enfoques la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional[27]. La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario.

- **Conocimiento e innovación en salud**

La utilización del conocimiento en salud implica la acción sanitaria sustentada en bases científicas y tecnológicas, tanto para la atención de la salud individual como para la colectiva. El conocimiento se va a ver reflejado mediante la investigación que se realiza en salud.

La Investigación en salud pública es una forma de investigación científica que estudia los fenómenos de salud en poblaciones humanas. Abarca dos objetos principales de análisis: por un lado, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, y en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud (Frenk, 1988).

Tabla N° 1 Tipología de la investigación en salud según objeto de análisis

Nivel de análisis	Objeto de análisis	
	Condiciones	Respuestas
Individual y subindividual	**Investigación biomédica** (Procesos biológicos básicos; estructura y función del cuerpo humano; mecanismos patológicos)	**Investigación clínica** (Eficacia de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; historia natural de las enfermedades)
Poblacional	**Investigación epidemiológica** (Frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud)	**Investigación en sistema de salud** (Efectividad, calidad, costos de los servicio; desarrollo y distribución de recursos para la atención)

Fuente: Frenk (2000)

La producción de nuevos conocimientos científicos rigurosos en salud mayormente se encuentra publicada en revistas científicas indizadas, siendo una de las fuentes de datos bibliométricas más usada *Scopus* y la metodología de *Scimago Research Group*.

COMPONENTE 2: Determinantes sociales de la salud

Son los condicionantes sociales, económicos, culturales y ambientales que constituyen el contexto en el cual las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.[28] Estos determinantes explican la situación de la salud, la oferta, demanda efectiva y el acceso de los individuos y grupos o comunidades a los servicios y recursos de salud.

Subcomponentes:

- **Condiciones de Vida**

Las condiciones de vida comprenden el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias

27 Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

28 Organización Mundial de la Salud. *Determinantes de la Salud*. Disponible en: www.who.int/social_determinants/es/ (visitado el 03.02.2016).

desconocimiento de cultura nutricional; 5. La falta de información y formación adecuada por los organismos rectores vinculados a la alimentación y nutrición, y a la educación.[34]

Como consecuencia de la deficiencia e inseguridad alimentaria, se presentan dos efectos negativos frecuentes en la salud de la población: a) La desnutrición crónica infantil, que usualmente se instala en los 24 primeros meses de vida[35] y es más notoria en la población con mayor grado de exclusión (por ejemplo, la población rural), de menor nivel educativo, de menores ingresos económicos y que tienen un limitado acceso a los servicios básicos de agua y desagüe[36]; y b) El sobrepeso y la obesidad, que son enfermedades que causan discapacidad y muerte prematura.[37] El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer.

- **Condiciones en el trabajo**

Las condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, con especial énfasis a la situación de exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos y biológicos que provocan accidentes. Las condiciones laborales determinan lo que se denomina "Salud ocupacional y seguridad en el trabajo".

Existe un alto desconocimiento sobre comportamientos saludables en el trabajo y sobre las normas de seguridad ocupacional, ocasionando diversas enfermedades por falta de previsión o por su incumplimiento.[38] Además, la alta informalidad laboral existente en el Perú (estimada en el 74%[39]), hace suponer que un grupo significativo de personas se haya expuesto a condiciones de trabajo que incrementan el riesgo de sufrir enfermedades y accidentes vinculados a sus ocupaciones.

Las formas más habituales en que se manifiestan y registran las consecuencias a la exposición a riesgos en salud en el trabajo son: los accidentes de trabajo, las enfermedades ocupacionales, las bajas temporales por enfermedad o secuela de accidentes, las incapacidades temporales y permanentes en el trabajo, y el ausentismo laboral.

- **Educación**

La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje. Se transfiere o comparte conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la investigación. La educación también está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Cualquier experiencia que

34 Ibid.

35 Al primer semestre 2015 en el Perú en promedio se hallaba en 14.6%, en un rango de 3.7% a 35%, con 16 regiones por encima del promedio nacional (ENDES 1° semestre 2015).

36 ENDES 1° semestre 2015.

37 El Instituto Nacional de Salud encontró una prevalencia de 35.3% y 16.5% respectivamente (INS, Encuesta Nacional Nutricional, 2006). Asimismo, ya se evidencia un patrón de presentación en la población infantil; con una prevalencia de 15.5% y 8.9% en niños y niñas entre los 5 años y 9 años de edad (ENASHO 2009-2010).

38 Las normas internas se sustentan en el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo de la OIT (1981).

39 INEI. *Producción y Empleo Informal en el Perú. Cuenta Satelite de la Economía Informal 2007-2012*. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática, mayo 2014.

sociales, económicas y del entorno físico (estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo), todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, limitar el desarrollo humano y reducir las oportunidades y el goce de derechos y capacidades.[29]

- **Estilos de Vida**

Forma de vivir que adopta una persona o grupo, sus reacciones habituales y los patrones de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Ello incluye la manera de ocupar el tiempo libre, el tipo de consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos, entre otros. Estas pautas de comportamiento se aprenden en la familia, en la relación con los padres, hermanos, amigos y compañeros, así como por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por lo tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

Existen formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, como por ejemplo, los controles de salud periódicos, la higiene y la actividad física, frente a otras que pueden resultar desfavorables o nocivas, como el alcoholismo o las adicciones.[30]

- **Seguridad alimentaria**

La Seguridad Alimentaria a nivel de individuo, hogar, nación y a nivel global, "se consigue cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana".[31]

Un concepto íntimamente relacionado con la seguridad alimentaria es la nutrición, entendido como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.[32]

En dicho contexto, la deficiencia e inseguridad alimentaria se define como la probabilidad de una disminución drástica del acceso a los alimentos o de los niveles de consumo, debido a riesgos ambientales o sociales, o a una reducida capacidad de respuesta[33]. Situaciones de inseguridad alimentaria incluyen: 1. La escasa producción de alimentos inocuos; 2. La alta producción de alimentos "chatarra"; 3. La inadecuada distribución de la producción de alimentos; 4. La falta de acceso a alimentos inocuos y saludables, por ingresos o

29 Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud*. Glosario, Ginebra, 1998, p. 27.

30 Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud*, op. cit.

31 Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA). *Conceptos básicos*. FAO, disponible en: http://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/ (Visitado: 02.02.16).

32 Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud: nutrición*. Disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition/es/ (revisado: 27/01/2016).

33 Ibid.

tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente, o actúa puede considerarse educativo. Se reconoce la importancia de educar en salud bajo un enfoque de promoción de estilos de vida y hábitos saludables así como preventivo con la finalidad de mejorar la calidad de vida a lo largo de todas las etapas del desarrollo humano.

COMPONENTE 3: Necesidades y demanda de salud de la ciudadanía

Constituye el conjunto de requerimientos de salud de los ciudadanos que se ejercen a través de derechos diferenciados, de acuerdo a su contexto social y cultural. Es preciso señalar que el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.[40]

- **Salud Materna e Infantil**

La salud materna e infantil son prioridades de salud en el país. Depende del bienestar, en las etapas de preconcepción, gestación e infancia, que las personas adquieran sus mayores capacidades para el futuro desarrollo de sus potencialidades. La atención materna infantil comprende cinco elementos: 1) Atención prenatal de calidad; 2) Atención de los partos y del recién nacido por personal calificado; 3) Fortalecimiento de los servicios de atención obstétrica básica; 4) Atención universal a los niños y 5) Poner a disposición de los y las adolescentes servicios de planificación familiar.

Por su parte, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres y más vulnerables, en especial de zonas rurales y urbanas. La razón de muerte materna es el indicador que mide el riesgo que tiene una mujer de morir por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.[41]

- **Enfermedades transmisibles**

Las enfermedades transmisibles comprende el conjunto de daños generados por la transmisión de infecciones que afectan la salud. Las enfermedades transmisibles priorizadas por el Ministerio de Salud son: Tuberculosis, VIH/SIDA, Hepatitis B, Metaxénicas endémicas (Malaria, Dengue, Bartonelosis, Leishmaniosis, enfermedad de Chagas, Fiebre Amarilla) y Zoonosis endémicas (Rabia urbana y silvestre, Brucela, Peste, Carbunco, Leptospirosis, Equinococosis quística, Fasciola, Cisticercosis y accidentes por animales ponzoñosos).

Estas enfermedades están asociadas a la pobreza y al ámbito rural o urbano marginal donde viven las personas. Las enfermedades metaxénicas son transmitidas por mosquitos, debido a lo cual las características del medio ambiente y sus cambios van a influir en la transmisión de estas enfermedades. Las zoonosis tienen un reservorio animal, usualmente silvestre, lo cual hace difícil controlar su transmisión. Ambos tipos de enfermedades transmisibles se

[40] OMS. *Salud y derechos humanos*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/ (visitado el 03.02.2016).

[41] Véase al respecto: Maguiña Guzmán, Mirtha y Miranda Monzón, Jorge, *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

caracterizan por causar brotes o epidemias con un elevado número de casos y letalidad variada, pudiendo hacer colapsar los servicios de salud. Solamente la Fiebre Amarilla dispone de vacunas eficaces para evitar la enfermedad[42].

- **Enfermedades no transmisibles**

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen una importante carga de enfermedad para el país por el alto costo de tratamiento. En el Perú, las ENT representan el 60,5% de la carga de enfermedad generada cada año[43], por lo que éstas son el mayor causante de discapacidad y muerte prematura. Entre las más frecuentes se tiene: salud mental, enfermedad crónica degenerativa[44], enfermedades del sistema bucal (con alta incidencia de caries), discapacidad o minusvalía mental y/o física, enfermedades por causas externas tales como accidentes (por ejemplo, vinculadas al tránsito o la construcción) y lesiones intencionales (vinculadas al incremento de la inseguridad ciudadana por delitos), enfermedades por contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas.

- **Urgencias y emergencias**

La urgencia es la "situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre la aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo. Este concepto lleva implícita la necesidad de ajustar la respuesta asistencial al grado de urgencia, de forma que los pacientes más urgentes sean atendidos más rápidamente, y la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla" [45].

Por su parte, la emergencia es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Son casos en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos.[46]

Ambas requieren atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.

1.4. Identificación y análisis de tendencias

La presentación del modelo conceptual (Componentes y Subcomponentes) requiere considerar la identificación y análisis de tendencias que lo pueden afectar en el tiempo. Se requiere

---

Programa Presupuestal Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis 2015, anexo N° 2.

43 Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años saludables perdidos 2012. Lima, Dirección General de Epidemiología, junio 2014.

44 Entre las cuales se tienen a la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebrovascular, enfermedades oftalmológicas, pérdida auditiva por ruido, Cáncer (cuello uterino, mama, próstata, estómago, pulmón, piel y boca), enfermedades osteoarticulares tales como artritis, artrosis).

45 OPS/OMS. *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias*. Washington D.C. 2011. p. 35

46 Reglamento de Ley Nº 27604 que modifica la Ley General de Salud Nº 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos, artículo 3.1.

identificar y seleccionar las principales fuerzas del entorno del Sector para comprender cómo podría influir el contexto en el que se desarrolla. Además, permite realizar un análisis de los impactos de la tendencia sobre el modelo conceptual, para determinar la sensibilidad del sector frente al entorno.

A continuación, se presentan las tendencias identificadas:

Tabla N° 2 Tendencias Identificadas

N°	ELEMENTO	COMPORTAMIENTO	TENDENCIA
DIMENSIÓN SOCIAL			
1	**Estructura demográfica**	La pirámide de población proyectada evidencia una tendencia al envejecimiento progresivo. Así, se advierte un aumento en la proporción de personas mayores, la cual se incrementa más rápidamente que el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades, por ello, cada vez es mayor la proporción de las personas de cada generación que superan el umbral de los 60 años.	Incremento progresivo y sostenido de los mayores de 60 años con expectativa de vida creciente.
2	**Urbanización**	Concentración urbana: la mayor parte de la población vivirá en ciudades que crecen desordenadamente, no hay planificación urbana. El mayor consumo en ciudades producirá mayor cantidad de desechos que afectarán el medio ambiente, así como la mayor población en las ciudades demandará por mayores servicios.	Mayor concentración de población en ciudades de crecimiento poco planificado.
3	**Estilos de vida**	Sedentarismo, consumo de dietas malsanas por el bajo costo y acceso fácil a los servicios de comida rápida. Consumo de alcohol y tabaco por la gran publicidad y bajo precio de las bebidas alcohólicas. Vida muy dinámica y estrés.	Incremento de personas con estilos de vida inapropiados
4	**Educación**	La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje. Se transfiere o comparte conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la investigación. La educación, también está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Se reconoce la importancia de educar en salud bajo un enfoque de promoción de estilos de vida y hábitos saludables así como preventivo con la finalidad de mejorar la calidad de vida a lo largo de todas las etapas del desarrollo humano. Los niveles de instrucción y educación en el país van incrementándose, en especial en los sectores urbanos modernos, lo cual trae como consecuencia acceso a mejores niveles de ingresos e incrementa la demanda por servicios de todo tipo y por su calidad. El mayor nivel de educación también se asocia a que las personas mejoren su disposición para la adopción de hábitos saludables y conductas preventivas.	Incremento en el nivel de educación e instrucción de las personas y conocimiento de sus derechos como usuarios de servicios. Mayor comprensión de la importancia del mantenimiento de la salud y disposición a la adopción de conductas saludables.
5	**Condiciones en el trabajo**	Las condiciones de trabajo implican cualquier aspecto que condiciona la forma en que las personas realizan sus labores y que tiene efectos en la salud o expone a riesgos a los trabajadores, incluyendo, además de los aspectos ambientales y los tecnológicos, las cuestiones de organización y los propios procesos de la ejecución de las tareas. La exposición a mayores riesgos y que muy probablemente afecta más frecuentemente la salud en la población económicamente activa, se presenta en aquellas labores realizadas en ocupaciones y/o bajo condiciones en empresas informales o ilegales (por ejemplo, minería ilegal, construcción informal, etc.). En el Perú se estima que el 70% de la PEA se encuentra en trabajos de empresas informales, principalmente pequeña y microempresa. De ocurrir un menor crecimiento económico y de no contar con medidas de reactivación económica y políticas, así como normas y estímulos para la formalización de las empresas y para la adopción de las recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo, es posible prever el aumento en los riesgos a la salud derivados del trabajo y por tanto mayor ocurrencia en frecuencia y gravedad de enfermedades y accidentes en el trabajo.	Mantenimiento de condiciones inseguras e inadecuadas en el trabajo.
6	**Perfil Epidemiológico**	El estudio de carga de enfermedad y lesiones en el Perú ha mostrado la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en la población que se caracteriza por cambios de las ***causas de muerte*** que pasan de las infectocontagiosas hacia las crónico degenerativas y los accidentes. Por otra parte, la mayor ***carga de enfermedad*** se debe a las enfermedades no transmisibles que generan una mayor utilización de los servicios de salud, encarecen la atención y exigen mayor	Transición y acumulación epidemiológica.

		capacidad resolutiva de los establecimientos[47]. Sin embargo, en algunas regiones más vulnerables del país, algunos problemas infecciosos, la mortalidad neonatal, las enfermedades infecciosas intestinales y parasitosis, la desnutrición y deficiencias nutricionales, las infecciones de piel y las caries dentales continúan siendo problemas de salud pública[48].	

N°	ELEMENTO	COMPORTAMIENTO	TENDENCIA
DIMENSIÓN POLÍTICA			
1	**Descentralización**	La descentralización es un proceso orientado al desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población. Es una política permanente de Estado, de carácter obligatorio (PCM). El Proceso de descentralización ha requerido importantes cambios en las formas de ejercer la autoridad política, financiera y administrativa. Actualmente, la gestión que realizan los gobiernos regionales, con frecuencia, tiene una baja aprobación de la población y en varias regiones se cuenta con presupuesto pero se tiene una baja capacidad de ejecución con calidad de gasto. Sin embargo, existen esfuerzos sostenidos desde los sectores para brindar asistencia técnica y mejorar la calidad de gasto y el logro de los resultados. Algunos analistas políticos consideran que el modelo de descentralización entrará en un periodo de crisis que requerirá modificaciones de la ley orgánica de Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales. Otros analistas políticos consideran por el contrario que los gobiernos y las gestiones subnacionales harán un viraje hacia la mejora de su desempeño y que mejorará la articulación intergubernamental e intersectorial.	Se mantiene una débil articulación al interior del Estado con persistencia de conflictos sociales

N°	ELEMENTO	COMPORTAMIENTO	TENDENCIA
DIMENSIÓN ECONÓMICA			
1	**Crecimiento económico internacional**	Se estima que la crisis económica internacional se revertirá de manera progresiva y lenta por lo que la demanda (comercio) internacional por commodities y productos no tradicionales será significativamente menor.	Menor crecimiento económico mundial
2	**Empleo**	Se denomina empleo a la generación de valor a partir de la actividad generada por una persona. El empleo está relacionado con la participación en el sistema de seguridad social en salud (régimen contributivo), de modo que quienes están empleados formalmente contribuyen al sistema durante dicho periodo y agregan recursos de manera solidaria, para los cuidados y atenciones de todas las personas que contribuyen y sus derechohabientes en dicho sistema. Quienes no cuentan con empleo formal y reúnen ciertos requisitos, son cubiertos por el Seguro Integral de Salud (Público). Esta variable se asocia a la magnitud del financiamiento con que el empleo contribuye a la salud en el país y, por defecto, a lo que el presupuesto público requeriría financiar para alcanzar una cobertura universal sin gasto de bolsillo.	Se mantiene la tasa de empleo formal en el país
3	**Aplicación de tratados de comercio y de propiedad intelectual y patentes**	La aplicación de acuerdos comerciales, de propiedad intelectual y de patentes puede traer como consecuencia el aumento de los plazos de protección de marcas de productos farmacéuticos y biotecnológicos.	Incremento de los periodos de protección de los productos de marca
4	**Pobreza y pobreza extrema**	La disminución del crecimiento económico y del presupuesto fiscal podría disminuir la cobertura de los programas sociales, ocasionando que cierto número de personas y familias "retornen" a niveles de pobreza o pobreza extrema. Sin embargo, las tendencias estadísticas nos muestran que en el 2011, el 6,3% de la población peruana se encontraba en condición de pobreza extrema. Entre el 2010 y 2011, la pobreza extrema se redujo en 1,3% y entre el 2007 y 2011 en 4,9%. Sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que en el año 2014, la pobreza total se estimaba en 22,7%, habiéndose reducido en 1,2 puntos porcentuales respecto al 2013, es decir, más de un cuarto de millón de personas dejaron de ser pobres (289 mil).	Continúa la disminución de la pobreza

47 La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 2009; 26 (2): pp. 222-31.

48 Dirección General de Epidemiología – MINSA. *Análisis de Situación de Salud del Perú*, setiembre 2013, pp. 119 – 120.

		Asimismo, informó que en el periodo de análisis, la pobreza todavía afectaba a 6 millones 995 mil peruanos.	
N°	**ELEMENTO**	**COMPORTAMIENTO**	**TENDENCIA**
DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTAL			
1	**Saneamiento básico: agua y desagüe**	La carencia de un servicio adecuado de agua y saneamiento tiene impacto negativo sobre la salud de las personas, su futuro desarrollo y calidad de vida. El contagio de enfermedades transmitidas por falta de aseo personal y la contaminación del medio ambiente se agrava por ausencia de agua y la inadecuada eliminación de excretas.	Creciente demanda de agua segura y servicios de desagüe
2	**Contaminación ambiental**	La contaminación ambiental es un problema que se ha venido agravando en las últimas décadas en el Perú. Generalmente el aire se contamina debido al desarrollo de actividades industriales (como la actividad pesquera o minera) y por el deficiente parque automotor. El problema de la contaminación ambiental, no solo tiene efecto inmediato en la salud de las poblaciones, sino que contribuye a largo plazo a un fenómeno global conocido como cambio climático.	Aumento de la contaminación ambiental
N°	**ELEMENTO**	**COMPORTAMIENTO**	**TENDENCIA**
DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTAL			
3	**Fenómenos naturales y antrópicos**	El Perú es un país en permanente riesgo de ocurrencia de desastres naturales, los cuales están asociados o influenciados por eventos climáticos extremos, por una reducida capacidad de las cuencas y por la fragilidad de los ecosistemas (producto de la degradación ambiental). Es así que se presentan inundaciones, sequías, deslizamientos y el fenómeno de El Niño. Por otro lado, el Perú está ubicado en el cinturón de fuego del Pacífico, lo que lo predispone a una permanente actividad sísmica, creciente en frecuencia. Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), la ocurrencia de fenómenos naturales y antrópicos en el país, se viene incrementando año tras año; así, en el año 2011 se registraron 4 mil 811 emergencias, siendo cuatro veces más que lo ocurrido en el año 2002, donde fueron 1 mil 376 casos.	Incremento de fenómenos naturales y antrópicos
4	**Cambio climático**	El cambio climático es el fenómeno global que se origina por el uso intensivo de combustibles fósiles, la quema de bosques y el cambio de uso de las tierras. Esto aumenta la concentración de gases de efecto invernadero en la atmósfera y genera el aumento de las temperaturas e incrementa la frecuencia e intensidad de eventos climáticos extremos. Aunque el cambio climático es un fenómeno global, sus impactos serán distintos, en intensidad y tipo, a nivel local. El Perú también está siendo afectado debido a que cuenta con una gran variedad ecológica y mega diversidad climática (tenemos 27 de los 32 climas del mundo). Por esta razón, se están observando cambios en los patrones de lluvia, elevación del nivel del mar, pérdida sostenida de glaciares, olas de calor, incendios forestales, contribuyendo a la expansión de enfermedades y de plagas agrícolas.	Incremento acelerado del cambio climático
5	**Seguridad alimentaria**	El concepto de seguridad alimentaria reconoce que la alimentación compite, en una situación de escasos recursos, con otras necesidades y aspiraciones básicas de una familia y que la consecución de la alimentación por tanto resulta solo viable cuando existan suficientes recursos para ser gastados simultáneamente en la alimentación y otras necesidades básicas. La seguridad alimentaria familiar, por lo tanto, implica no solo la disponibilidad física de alimentos sino el acceso a recursos económicos para obtener los alimentos en condiciones de variaciones estacionales y a largo plazo. Los efectos del cambio climático en las cosechas que ocasionan el aumento de precios y la devaluación del sol respecto al dólar pueden ocasionar que varios productos de la canasta familiar dejen de estar disponibles en términos efectivos.	Disminución de las disponibilidad de alimentos
N°	**ELEMENTO**	**COMPORTAMIENTO**	**TENDENCIA**
DIMENSIÓN TECNOLÓGICA			
1	Tecnología Informática e innovación	Los avances tecnológicos permitirán contar con sistemas computarizados que faciliten la apertura de historias clínicas desde cualquier ubicación. Estos avances también permitirán desarrollar una serie de biosensores que continuamente hagan seguimiento a los signos vitales y de salud de las	Expansión de nuevas tecnologías para el diagnóstico y

		personas, de manera que puedan lanzar alertas ante cualquier comportamiento inusual del cuerpo. Otro desarrollo que se espera alcanzar es la secuenciación genética y que cada vez sea más rápida con el fin de tener mejores diagnósticos y tratamientos para los pacientes. Por otra parte, la telemedicina incrementará su aplicación para los diagnósticos, cirugía y triaje; luego se irá ampliando hacia la telemetría, medicina móvil, asistencia robótica e inteligencia artificial, la simulación completa del cuerpo y el cerebro para el análisis y diagnóstico oportuno.	tratamiento de los pacientes

1.4.1. Listado de tendencias

A continuación, se priorizaron las tendencias que más impactan en el sector, bajo tres criterios: pertinencia, vigencia y evidencia. Las tendencias fueron calificadas en una escala del 1 al 5 (1 es la menor calificación y 5 la mayor). Los criterios de pertinencia se refieren al grado de vinculación o relación que tiene la tendencia con el sector; los de vigencia hacen referencia al periodo de influencia de la tendencia; y los de evidencia se refieren a la cantidad y calidad de los datos que sustentan la existencia de la tendencia. Al no poseer conocimiento absoluto del futuro, la consulta a expertos fue necesaria e importante en esta sección. El valor señala la calificación de los criterios para seleccionar tendencia.

Tabla N° 3

VALOR	PERTINENCIA	VIGENCIA	EVIDENCIA
5	La tendencia tiene muy alta pertinencia.	Es muy probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe evidencia contundente que demuestra la existencia de la tendencia.
4	La tendencia tiene una alta pertinencia.	Es probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
3	La tendencia tiene una mediana pertinencia.	Es poco probable que la tendencia siga vigente hasta el horizonte del plan.	Existe cierta evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
2	La tendencia tiene poca pertinencia.	Es muy probable que la tendencia no siga vigente en el ámbito temático de desarrollo hasta el horizonte del plan.	Existe poca evidencia que demuestra la existencia de la tendencia.
1	La tendencia no es pertinente o lo es en muy escasa medida.	La tendencia no estará vigente hasta el horizonte del plan.	No existe evidencia que demuestre la existencia de la tendencia.

De acuerdo a la mayor calificación obtenida, se identificaron trece (13) tendencias que se mencionan en el cuadro. Las tendencias más representativas fueron incorporadas al modelo conceptual para analizar en qué componente y subcomponente tienen mayor impacto. Las tendencias que se han priorizado para el periodo 2016-2021 que van a tener incidencia en el sector salud son las siguientes:

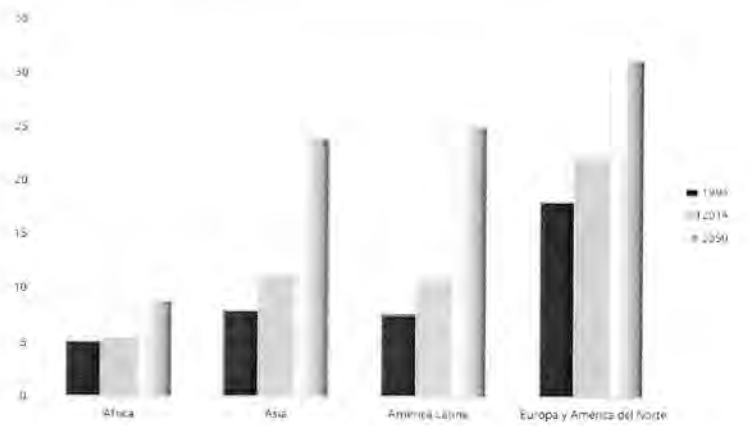
A continuación, se presentan las principales tendencias seleccionadas, agrupadas por su ámbito de acción:

Tabla N°4 Principales tendencias

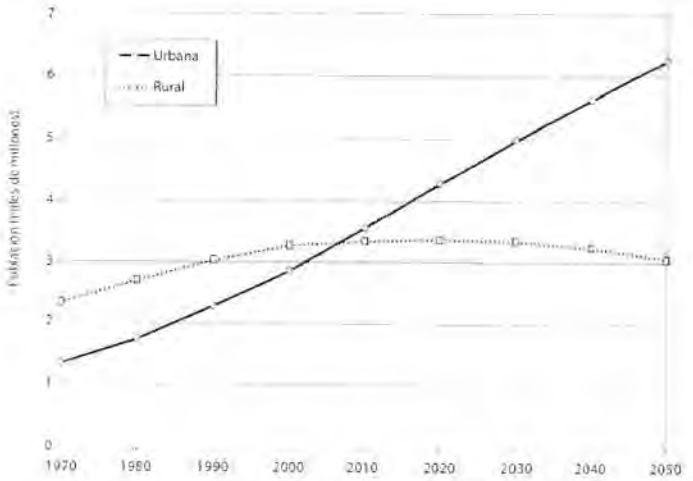
	SOCIAL	
1	Estructura demográfica	Incremento progresivo y sostenido del grupo poblacional de mayores de 60 años.
2	Urbanización	Mayor concentración de población en espacios urbanos no planificados (invasiones).
3	Estilos de vida	Incremento de número de personas con estilos de vida inapropiados para la salud (sedentarismo, alimentación con comida rápida, consumo de bebidas alcohólicas, etc.).
4	Exposición a riesgos urbanos	Aumento de accidentes de tránsito, actos de violencia y aparición de brotes epidémicos en grandes ciudades.
5	Condiciones en el trabajo	Mantenimiento de condiciones inseguras e inadecuadas en el trabajo (en especial en centros laborales informales).
6	Perfil epidemiológico	Incremento progresivo de enfermedades psico-emocionales, crónicas y degenerativas que se agregan a problemas de salud de tipo infecciosos y zoonóticos emergentes y re-emergentes. Aparición de necesidades de mantenimiento y cuidados de personas mayores de 60 años y en condiciones de discapacidad diversas.

En el ámbito social, en un reciente estudio de la situación demográfica en el mundo de la Organización de las Naciones Unidas, se observa con claridad el comportamiento de estas tendencias:

Porcentaje de la población mayor de 60 años, por región principal, 1994, 2014 y 2050



Estimación de la población urbana y rural del mundo, 1970 a 2050

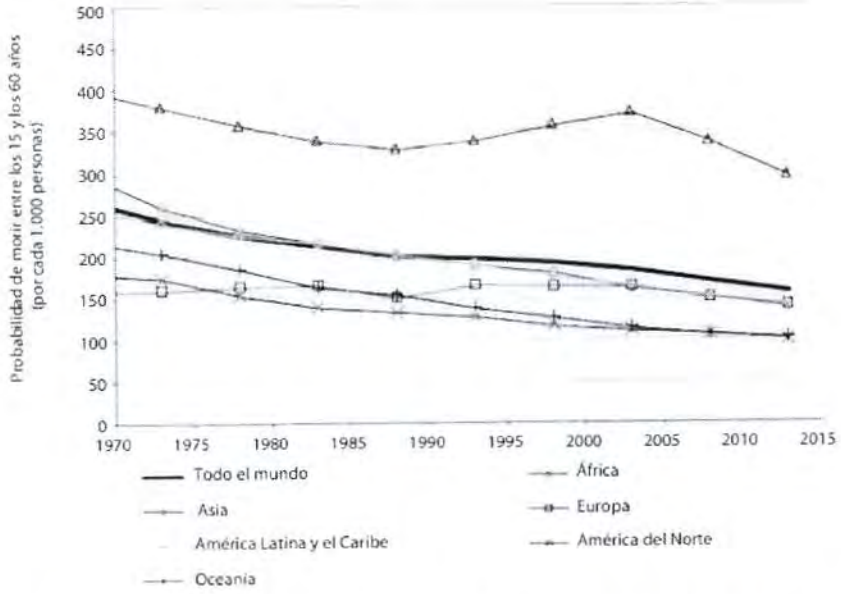


Fuente: La situación demográfica en el mundo, Naciones Unidas, New York, 2014

Respecto a la tendencia de un incremento en el estilo de vida poco saludable de la población, es preciso señalar que se observan otras tendencias que contrarrestan sus efectos nocivos; así, el aumento de las nuevas tecnologías en salud, el descubrimiento de nuevos tratamientos para enfermedades y las mejoras de los sistemas de salud, ha logrado reducir la tendencia de mortalidad de personas entre los 15 y 60 años:

Gráfico N° 2

Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, todo el mundo y regiones principales, 1970 a 2015



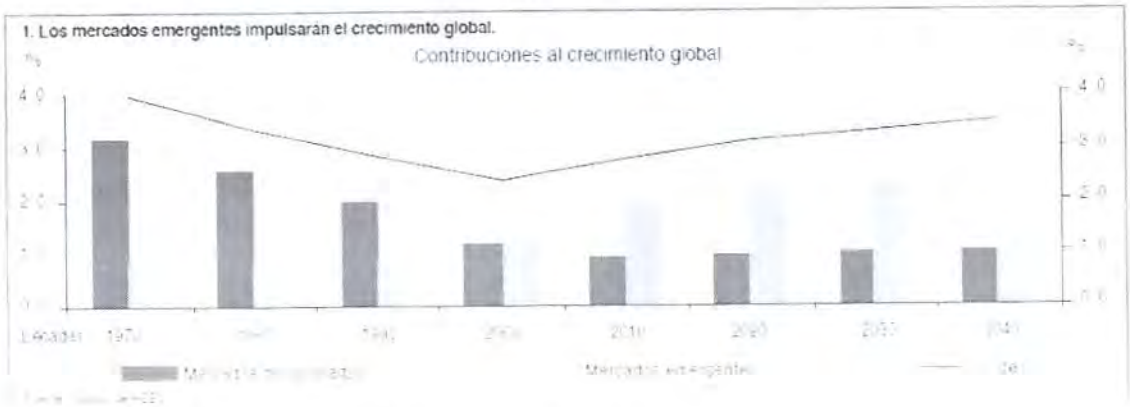
Fuente: La situación demográfica en el mundo, Naciones Unidas, New York, 2014

Tabla N° 4

	ECONÓMICA	
7	Crecimiento económico internacional	Los mercados emergentes impulsarán el crecimiento económico global.
8	Aplicación de tratados de comercio y de propiedad intelectual y patentes	Incremento de los periodos de protección de productos farmacéuticos de marca (protección de propiedad intelectual).
9	Inequidad de ingresos	Aumento en la inequidad de ingresos.

Respecto a las tendencias económicas, puede observarse en un reciente estudio de HSBC que los mercados emergentes impulsarán el crecimiento económico global en las próximas décadas.

Gráfico N° 3



Fuente: HSBC Global Research. El Mundo en el 2050, 2012.

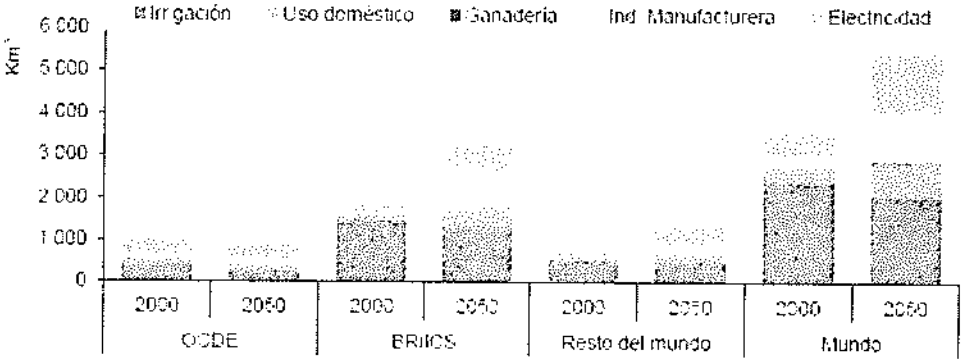
Tabla N° 5

	MEDIO AMBIENTE	
10	Saneamiento básico: agua y desagüe	Creciente demanda de familias / hogares por agua potable y servicios de saneamiento básico (desagüe).
11	Contaminación ambiental	Aumento de la contaminación ambiental.
12	Fenómenos naturales y antrópicos	Incremento de la frecuencia de la ocurrencia y severidad de fenómenos naturales y antrópicos.

Respecto a la cuestión ambiental, en un reciente estudio de la OECD[49], se muestran tendencias respecto a la creciente demanda de agua y el aumento de la contaminación ambiental a través de la emisión de gases de efecto invernadero.

Gráfico N° 4

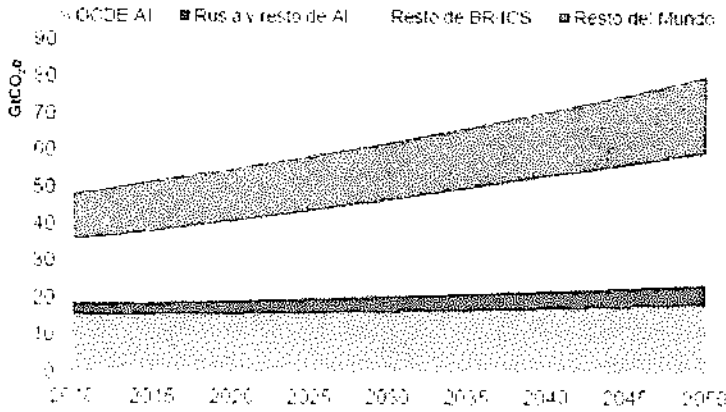
Demanda mundial de agua



Notas: Esta gráfica presenta solamente demanda de agua fácil (véase el cuadro 5.1 del documento de Perspectivas) y no considera la agricultura de temporal.
Fuente: Escenario de referencia de Perspectivas ambientales de la OCDE, resultados del modelo IMAGE.

Gráfico N° 5

Emisiones de GEI por región: escenario de referencia, 2010-2050



[49] OECD, *Perspectivas ambientales de la OCDE hacia 2050 - Consecuencias de la inacción*, Paris, 2012.

Tabla N° 6 TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN		
13	Tecnologías de la Información y Comunicación, Tecnología Médica e Innovación	Expansión de los avances de la tecnología de información y comunicación en la organización, gestión y provisión de servicios de salud.
14	Nuevos tratamientos	Progresivo descubrimiento y disponibilidad de nuevos tratamientos para enfermedades.

Respecto al aumento de los fenómenos naturales, es preciso señalar que este incremento constituye un riesgo ambiental que afecta directamente la vida de las personas, según puede verse a continuación:

Gráfico N° 6

Muertes prematuras mundiales relacionadas con riesgos ambientales seleccionados: escenario de referencia, 2010 a 2050

Nota: Solamente mortalidad infantil
Fuente: Escenario de referencia de Perspectivas ambientales de la OCDE, resultados del modelo IMAGE

Se han identificado una serie de tendencias vinculadas a la expansión de la tecnología de salud y el avance en los tratamientos de enfermedades, así por ejemplo[50]:

1. En la medicina se han hecho más evidentes, cuantificables y transformables las relaciones entre las biomoléculas y las otras estructuras del ser humano. Los procesos fisiológicos son más expresables a través de cifras, fórmulas, algoritmos y modelos

50 Cabal Mirabal, Carlos Alberto. Regularidades y tendencias de las tecnologías al servicio de la medicina moderna, *Revista Cubana Salud Pública*, v.34 n.3, Ciudad de La Habana jul.-sep. 2008.

Criterios cuantitativos manifiestan con más rigor, los estados normales y patológicos de las biomoléculas, las células, los tejidos, órganos y organismo humano.

2. El diagnóstico y la terapéutica médicas se fusionan aceleradamente.
3. Convergen los estudios anatómicos de alta resolución espacial (observación y caracterización de detalles más pequeños) y los fisiológicos con creciente resolución temporal (evaluación de procesos más veloces). Los órganos, los tejidos, los fluidos, los canales neuronales, las células son estudiados en condiciones fisiológicas reales.
4. Las fronteras entre especialidades médicas y de éstas con otras ramas del saber, se hacen difusas. Son indispensables enfoques más multidisciplinarios e integrales.
5. Las potencialidades intrínsecas de los equipos crecen inconmensurablemente cuando se acoplan a una red de computadoras. Los métodos de diagnóstico, terapéutica, son más computarizados y robotizados. La telemedicina, que incluye de forma remota el diagnóstico, monitoreo y terapéutica, la actividad quirúrgica, la consulta de grupos de expertos, abre puertas a la solución de situaciones extremas y a situaciones habituales.
6. Teorías, procedimientos y tecnologías de la ingeniería y la biología se mezclan. Es creciente el uso de los implantes biónicos (marcapasos, cocleares, oculares), prótesis ortopédicas inteligentes, para sustituir partes o corregir funciones del cuerpo humano y sus órganos.
7. Los equipos usan biosensores y dispositivos biocompatibles, que además de alterar menos el estado del organismo humano, permiten detectar anomalías, y a la vez cerrar el ciclo en lo que se conoce como bioretroalimentación, corrigiendo o compensando la anomalía. Los biosensores, basados en ingenios de la biología y de la electrónica molecular, proporcionan menos invasividad, acercan en tiempo el diagnóstico y la terapéutica y atemperan el suministro de fármacos, o acciones físico químicas (vibraciones, temperatura, radiaciones, estímulos eléctricos y/o magnéticos) a la especificidad biológica de cada ser humano.
8. La rehabilitación es cada vez más asistida, monitoreada y regulada con novedosos equipos que garantizan la evaluación cuantitativa y permanente de los avances logrados con los distintos procedimientos.
9. Los equipos, dispositivos, son compactos, robustos, amigables, robotizados, con sugerencias inteligentes a los usuarios, de menos consumo eléctrico, transportables.
10. Los equipos y tecnologías ofrecen creciente confort a pacientes y a los operarios. Se produce una carrera desmedida hacia nuevos modelos de equipos, determinada más que por su impacto de salud, por fines de la competencia comercial.

1.4.2. Impacto de las tendencias en el modelo conceptual graficado

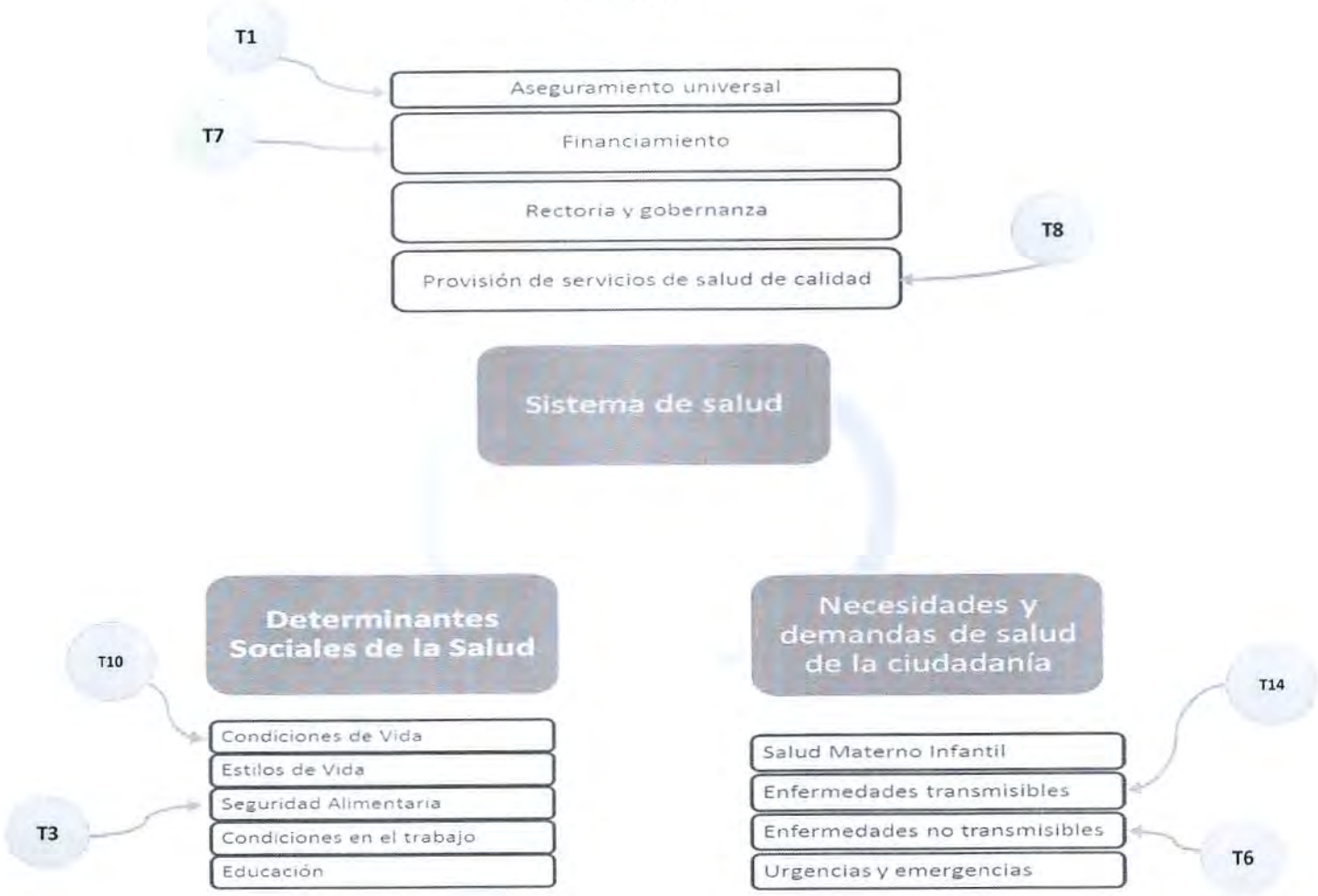
Esta etapa a través de un análisis de los impactos de las tendencias sobre el modelo conceptual[51], se evaluó la sensibilidad del sector frente al entorno. Así, las tendencias fueron incorporadas en el modelo conceptual graficado de acuerdo a los siguientes pasos:

- Se analizó el impacto que cada tendencia tiene sobre el componente y/o subcomponente.
- Se determinó así la sensibilidad de los componentes y subcomponentes a las tendencias.
- Tal análisis sirvió como base para la identificación y estudio de las variables estratégicas del sistema.

[51] El impacto es la capacidad de una tendencia para generar cambios en los componentes del sector.

La representación de cómo se da el impacto de las tendencias y se incorporan en el modelo conceptual se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 7



Este gráfico muestra cómo impactan las tendencias en los componentes y sub-componentes del modelo conceptual. Por ejemplo, las tendencias 1 y 7 impactan más notoriamente en el componente Gobernanza del Sistema de Salud mientras que la tendencia 12 impacta en el subcomponente Coordinación y Articulación Intersectorial e Intergubernamental de dicho componente. Del mismo modo, la tendencia 8 impacta sobre el componente Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía mientras que las tendencias 11 y 4 impactan cada uno en un subcomponente de tal componente. Y finalmente las tendencias 2, 3 y 5 impactan cada uno en un subcomponente del componente Determinantes de la Salud. Esta identificación es importante porque permitió construir las variables estratégicas.

1.5 Definición de variables

En esta etapa, se identificaron las variables estratégicas derivadas del modelo conceptual y de las tendencias que lo impactan. Luego, se utilizó una matriz de análisis estructural que permitió priorizar las variables y analizar sus relaciones entre sí, según su grado de influencia. Es preciso

recordar que según la Guía Metodológica de la Fase del Análisis Prospectivo, las variables pueden ser endógenas y exógenas:

- **Variables endógenas**: Son aquellas variables que se encuentran dentro de la temática que el sector está abordando y provienen preponderantemente del modelo conceptual.

Tabla N° 7

Componente	N°	Variables
GOBERNANZA	1	Definición de Agenda Pública y de lineamientos de política
	2	Desarrollo del marco jurídico –legal
	3	Articulación de Planes con los programas
	4	Articulación de presupuestos
	5	Monitoreo y evaluación de la implementación de la política pública
	6	Legislación y armonización normativa sobre las políticas en salud
	7	Cumplimiento de normas por las Entidades del Sistema de Salud
	8	Producción y análisis de la información de la Vigilancia en salud Pública y del ASIS
	9	Articulación de los sub sistemas de información
	10	Utilización del sistema de alertas basados en la vigilancia de la salud pública
	11	Alineamiento, coordinación y articulación multisectorial e intergubernamental
	12	Aplicación de mecanismos de rendición de cuentas
	13	Nivel de producción científica, innovación e incorporación tecnológica
	14	Articulación y cooperación público - privada en investigación y tecnología
	15	Discrecionalidad para la elección del proveedor de Servicios de Salud
	16	Nivel de uso de los mecanismos de protección a los usuarios de Servicios de Salud
	17	Aplicación de mecanismos de indemnización
	18	Fomento y fortalecimiento de espacios de expresión ciudadana y social
	19	Uso de mecanismos de participación en la gestión
	20	Funcionamiento del Sistema de Vigilancia ciudadana y social
	21	Nivel de financiamiento
	22	Cobertura de aseguramiento de la población
	23	Desarrollo de planes garantizados
	24	Ampliación de mecanismos de transferencia de recursos (modalidades de pago)
	25	Estructura de la inversión pública en salud

- **Variables exógenas**: Son aquellas variables que se encuentran fuera de la temática del sector, pero que condicionan su desarrollo. Estas provienen preponderantemente de las tendencias del entorno.

A continuación, se presentan las variables endógenas y exógenas identificadas teniendo en cuenta las tendencias que impactan y el modelo conceptual:

COMPONENTE 1: GOBERNANZA

COMPONENTE 2: NECESIDADES Y DEMANDAS DE SALUD

Tabla N° 8

Componente	N°	Variables
NECESIDADES Y DEMANDAS DE SALUD	26	Organización de redes integradas (RIAPS)
	27	Organización de la red de servicios especializados
	28	Disponibilidad efectiva de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios
	29	Acceso garantizado a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios
	30	Aplicación de incentivos al desempeño
	31	Distribución nacional / regional del personal de salud
	32	Nivel de inversión en infraestructura y equipamiento
	33	Incorporación de nuevas tecnologías en salud
	34	Gestión por procesos y por resultados en Redes Integradas de Servicios de Salud
	35	Tecnologías de la Información y Comunicación aplicados a la gestión administrativa
	36	Pertinencia cultural y social de los servicios
	37	Percepción sobre la calidad del servicio
	38	Motivación para demandar los servicios de salud
	39	Priorización de problemas de salud
	40	Incidencia y AVISA de Enfermedades no transmisibles
	41	Incidencia y AVISA de Enfermedades transmisibles
	42	Incidencia y AVISA de Enfermedades y complicaciones materno - perinatales
	43	Incidencia y AVISA de accidentes y lesiones
	44	Incidencia y AVISA de condiciones y enfermedades psico afectivos
	45	Brechas de necesidades de salud

COMPONENTE 3: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Tabla N° 9

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	46	Estructura demográfica
	47	Urbanización
	48	Estilos de vida
	49	Educación
	50	Condiciones en el trabajo
	51	Descentralización
	52	Crecimiento económico internacional
	53	Empleo
	54	Aplicación de tratados de comercio y de propiedad intelectual y patentes
	55	Pobreza y pobreza extrema
	56	Saneamiento básico: agua y desagüe

	57	Contaminación ambiental
	58	Fenómenos naturales y antrópicos
	59	Cambio climático
	60	Seguridad alimentaria
	61	Tecnología Informática e innovación

1.5.1. Listado de las variables estratégicas

Para realizar el análisis de influencia de las variables y su respectiva priorización, se utilizó la ***Matriz de Análisis Estructural***, la cual establece los niveles relacionales de cada variable en función de su motricidad o dependencia, estableciéndose los pesos relacionales. De esta manera, se ingresó la información de las variables identificadas a la matriz de análisis estructural, que nos permitió analizar dos parámetros: El grado de motricidad, es decir, la capacidad de "mover", cambiar, influir sobre las otras variables y la dependencia sobre las otras variables, es decir, el grado de interrelación de la variable para trabajar o dinamizarse con otras variables.

En el siguiente gráfico, se aprecia parcialmente la manera en que se relaciona cada variable con cada una de las otras variables identificadas, asignándoles diferentes pesos, que van de los valores 0 a 4.

Tabla N° 10

CRUCE DE VARIABLES PESEM SECTOR SALUD

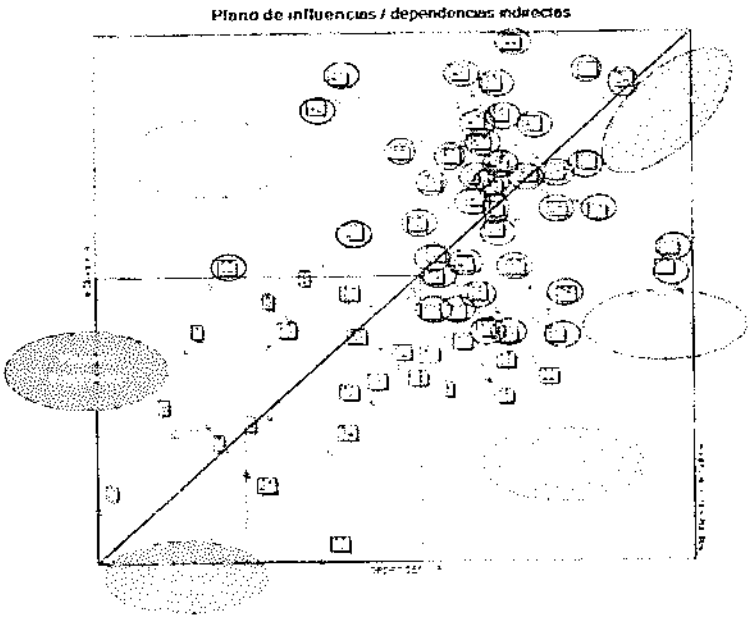
Componente	Subcomponente	N°	VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
GOBERNANZA Y RECTORÍA	DISEÑO DE POLÍTICAS	1	Definición de Agenda Pública y de alineamiento de política	0	2	2	1	1	2	2	1	0	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
		2	Desarrollo del marco jurídico-legal	0	0	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
		3	Articulación de Planes y programas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
		4	Articulación de presupuestos	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		5	Monitoreo y evaluación de la implementación de la política pública	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	REGULACIÓN	6	Legislación y armonización normativa sobre las políticas en salud	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	FISCALIZACIÓN	7	Cumplimiento de normas por las Entidades del Sistema de Salud	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	INTELIGENCIA SANITARIA	8	Producción y análisis de la información de la Vigilancia en salud Pública y del AIS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
		9	Articulación de los sub sistemas de información	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		10	Utilización del sistema de alertas basadas en la vigilancia de la salud pública	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AMS	11	Abastecimiento, coordinación y articulación multisectorial e intergubernamental	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TIC	12	Aplicación de mecanismos de evaluación de riesgos	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	INVESTIGACIÓN	13	Nivel de producción científica, innovación e incorporación tecnológica	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
		14	Articulación y mejoramiento institucional enfocada en la educación y tecnología	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0

Asimismo, para entender el análisis de influencia, se utilizó el análisis estructural MICMAC, reconociendo previamente los cuadrantes y tipo de variable que se desenvuelven en cada uno de ellos[52].

Las variables se pueden clasificar de la siguiente manera:
Ambiguas: Son sensibles al cambio y al hacerlo generan impactos importantes en el sistema.
Dependientes: Son variables sobre las cuales se reflejan los cambios que ocurren en el sistema.
Reguladoras: Se caracterizan por permitirle al sistema funcionar normalmente.
Independientes: Representan variables que por su inercia condicionan el futuro del sistema.

Gráfico N° 8

Determinación de los Cuadrantes según la Metodología MICMAC



La priorización de variables se realizó mediante tres criterios:

- El grado de motricidad.
- El grado de interrelación de la variable para trabajar o dinamizarse con otras.
- La amplitud de las temáticas abordadas por el sector.

Como resultado del análisis, de las sesenta y uno (61) variables identificadas se ha determinado que son trece (13) las variables estratégicas más representativas del Sector. Este grupo final de variables estratégicas fueron seleccionadas sobre la base del trabajo de análisis y sistematización que realizó el Equipo Técnico de OGPI, y que fue puesto en consulta a los miembros del Equipo Técnico y la Comisión de Planeamiento Estratégico en reuniones específicas durante el segundo semestre del año 2015 y los meses de enero y febrero del 2016.[53]

Continuando con la metodología prospectiva para la elaboración del presente Documento, se actualizó la información presentada en los párrafos precedentes y a través de reuniones eminentemente participativas (lo que consta en la lista de asistencia de las reuniones realizadas) con los Órganos de Asesoría, Órganos de Apoyo, Órganos de Línea, así como la presencia y aporte de sus Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Desconcentrados, se procedió a validar las Variables Estratégicas.

Blanco: Pueden representar posibles objetivos para los actores responsables del sistema.
Autónomas: No detienen la evolución del sistema, pero tampoco permiten obtener ninguna ventaja.

Es preciso señalar que este trabajo también implico el reajuste de los componentes y sub-componentes, siendo la version final el que es mostrado en las paginas precedentes.

Como resultado del análisis, de las sesenta y uno (61) variables identificadas se ha determinado que son catorce (14) las variables estratégicas más representativas del Sector.[54]

El listado final del reagrupamiento de las variables estratégicas identificadas en un nuevo ordenamiento de componentes y subcomponentes se muestra a continuación:

[54] Es preciso señalar que este trabajo también implicó el reajuste de los componentes y sub-componentes, siendo la versión final el que es mostrado en las páginas precedentes.

VARIABLES ESTRATÉGICAS

COMPONENTE	SUB COMPONENTE	VARIABLE ESTRATÉGICA	INDICADOR
Sistema de salud	Rectoría y Gobernanza	**Nivel de concordancia de políticas intersectoriales**	Proporción de Políticas Intersectoriales con reglamentos aprobados
		Nivel de mejora del desempeño regional	Proporción de convenios de gestión con ejecución mayor a 80%
		Nivel de funcionamiento de municipios saludables	Proporción de Presupuesto de gobiernos locales ejecutados en salud
		Grado de articulación de políticas intergubernamentales	Número de reuniones de articulación intergubernamental realizados (CIGS y CRIS)
		Nivel de participación social	Espacios de Coordinación Multisectorial Local en Salud activos
	Aseguramiento universal	**Nivel de aseguramiento de salud**	Proporción de la Población afiliada a un seguro de salud
	Financiamiento	**Nivel de protección financiera**	Nivel de Gasto de bolsillo del gasto en salud
	Provisión de servicios de salud de calidad	**Acceso a servicios de salud de calidad**	Personas con problemas de salud que acuden a establecimientos de salud
		Brecha de inversiones	Densidad de camas hospitalarias por regiones
		Brecha de talento humano	Densidad de recursos humanos en salud por regiones
		Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos	Proporción de Adquisición de medicamentos del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales
		Grado de modernización de la gestión hospitalaria	Rendimiento hora médico
		Nivel de acreditación de establecimientos de salud	Proporción de establecimientos acreditados
	Innovación y conocimiento en salud	**Grado de innovación tecnológica en salud**	Tasa de autosuficiencia de Patentes en salud referidos a los problemas de salud pública priorizados (Indecopi)

Determinantes Sociales de la Salud	Condiciones de Vida	**Acceso a agua segura y saneamiento básico**	Porcentaje de hogares con acceso a agua segura y saneamiento básico
	Estilos de Vida	**Acceso a una alimentación saludable**	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día
	Seguridad Alimentaria	**Estado nutricional**	Tasa de desnutrición crónica infantil
	Condiciones en el trabajo	**Nivel de ausentismo laboral**	Días de incapacidad laboral al año
	Educación	**Nivel de educación en mujeres**	Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa
Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía	Salud Materno Infantil	**Nivel de mortalidad materna**	Razón de mortalidad materna
		Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal
	Enfermedades transmisibles	**Incidencia de tuberculosis**	Incidencia de Tuberculosis Pulmonar frotis positivo
	Enfermedades no transmisibles	**Incidencia de cáncer**	Tasa de mortalidad general por cáncer
		Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de Diabetes Mellitus
	Urgencias y emergencias	**Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias de salud**	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud

1.5.2. Diagnóstico de variables estratégicas

Acceso a servicios de salud de calidad

El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, ambos incorporan un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios. En específico, el sector público se organiza en cinco segmentos, con financiamiento contributivo o de rentas generales. En primer lugar, el Gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. Este subsistema está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA, los órganos desconcentrados del MINSA (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los Institutos especializados). El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones.[55]

Los otros cuatro subsistemas que brindan servicios de salud son: i) el Seguro Social de Salud - EsSalud adscripto al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que opera con su propia red de hospitales y centros de salud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército), adscritas al Ministerio de Defensa, que cuenta con sus propias instalaciones; iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP), adscrita al Ministerio del Interior, que también cuenta con sus propias instalaciones; y iv) las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil[56].

Así, el acceso a los servicios de salud de calidad aún se ve afectado por la fragmentación y falta de coordinación interinstitucional, así como por determinantes sociales e inequidad económica.[57] Frente a ello, se plantea un proceso de reforma que prioriza 5 ejes fundamentales[58]: 1. El derecho a gozar de buen estado de salud y la eliminación de las barreras económicas, institucionales, culturales y sociales que impiden el acceso a los servicios de salud. 2. El principio de la corresponsabilidad, que se expresa en el deber que tienen la persona, la familia y la comunidad en el cuidado de su propia salud. 3. La construcción de un sistema de protección en salud universal, equitativo y solidario.4. Combatir las desigualdades en salud con el fin de construir una sociedad más justa, que permita a todas las personas y comunidades del país gozar de una vida sana. 5. Fortalecer el sistema de financiamiento para garantizar el acceso efectivo de toda la población, no solo a servicios de calidad, sino también a la protección financiera frente a los riesgos de empobrecimiento que pudiera generar un evento de enfermedad.

La implementación de estas medidas se enfrenta a una situación generalizada de insatisfacción ciudadana respecto al nivel de accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. De acuerdo a la encuesta mundial Gallup, el porcentaje de peruanos que creen que cualquier persona puede acceder a los servicios de salud se incrementó entre el 2006 y el 2010 del 35% al 45% (lo que

---

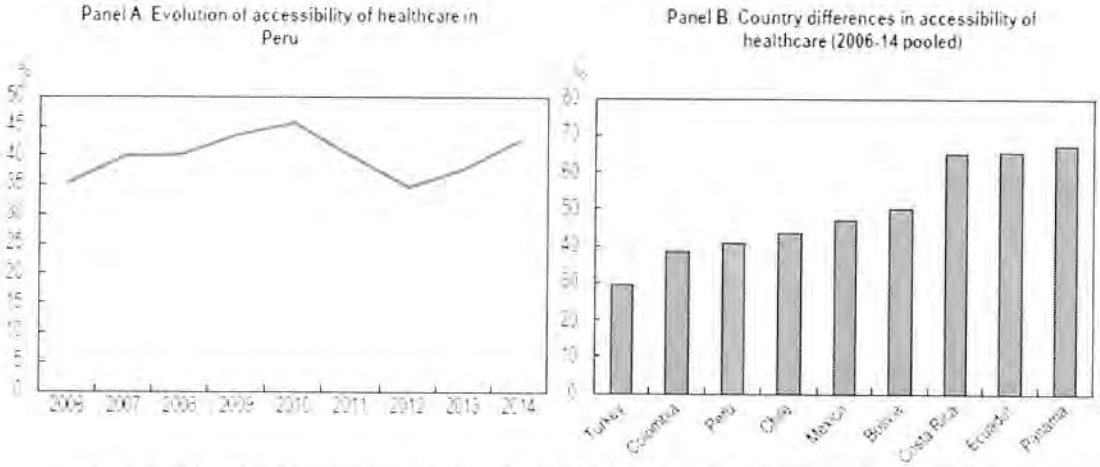
55 Cetrángolo, Oscar et al., El sistema de salud del Perú, op. cit., p. 43.

56 Cetrángolo, Oscar et al., El sistema de salud del Perú, op. cit., p. 43.

57 Cetrángolo, Oscar et al., El sistema de salud del Perú, op. cit., p. 43.

58 Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud. MINSA, 2013.

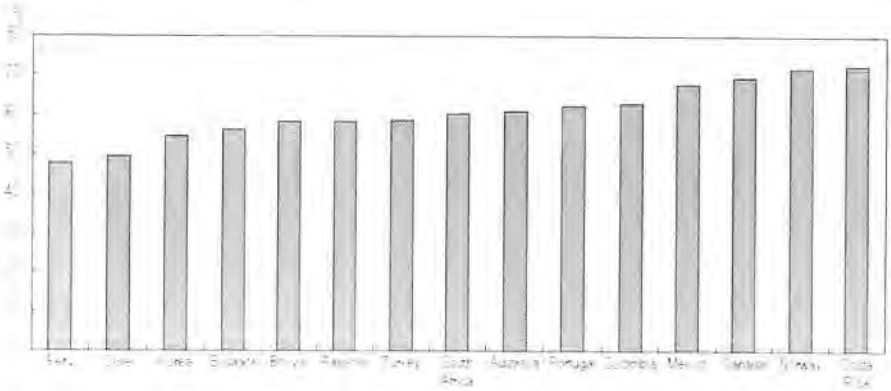
refleja la expansión del SIS). Asimismo, aunque hubo una reducción respecto a la percepción de la gente sobre la accesibilidad al servicio de salud entre el 2010 y el 2012, las opiniones mejoraron en el 2014 (ver Figura de abajo). A pesar de la tendencia general positiva, las comparaciones internacionales muestran que los peruanos no se encuentran tan satisfechos con el servicio de salud como los ciudadanos de países vecinos. El Perú se encuentra por arriba de Colombia pero por debajo de Chile, México y Bolivia (donde un promedio de 43-50% de la población considera que el servicio de salud es accesible), y particularmente Costa Rica, Ecuador y Panamá (donde un 65% de la población está satisfecha con la accesibilidad a un servicio de salud).[59]



Nota: la data sobre "percepciones a la accesibilidad del servicio de salud" muestra el porcentaje de personas que responden "si" a la pregunta: "¿Los servicios de salud en este país son accesibles para cualquier persona que lo necesita, independientemente de su situación económica, o no?
Fuente: Gallup Organisation (2015), en: OECD (2015)

Además, los peruanos tienen muy poca confianza en su sistema y servicio de salud. Entre el 2006 y el 2010 (la data disponible más reciente), solo el 48% de los peruanos tenían confianza en su sistema de salud, colocando al Perú por debajo de todos los países comparados en la tabla de abajo. Por ejemplo, la confianza en el sistema de salud alcanzó el 63% en México y el 73% en Costa Rica. Quizá esta es la razón por la que muchos países de ingresos medios prefieren pagar por servicios de salud privados.[60]

Porcentaje de confianza en el sistema de salud



Nota: La data sobre "confianza en los sistemas de salud" muestra el porcentaje de las personas que responden "Si" a la pregunta: ¿Tiene confianza en los servicios de salud o sistema de salud?
Fuente: Gallup Organisation (2015), en: OECD (2015)

59 OECD, *Multi-dimensional Review of Peru*, op. cit., p. 56.
60 OECD, 2015., *Multi-dimensional Review of Peru* , op. cit., p. 57.

Teniendo en cuenta la importancia de medir tanto el acceso como la calidad, utilizamos dos indicadores: 1) Porcentaje de acceso a consulta externa en establecimientos de salud y reciben atención de salud; 2) Porcentaje de personas que se encuentran satisfechas.

Tabla N° 11

				Valores históricos					Meta
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de acceso a consulta externa en establecimientos de salud para atención en salud y reciben atención de salud	ENSUSALUD	Porcentaje	45,1	43,8	44,5	45,2	45,2	49,4
	Satisfacción de la atención en salud	SUSALUD	Porcentaje				75,3	70,1	73,7

Fuentes:

- Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2013, 2014, 2015 (Usuarios de consulta externa por red o institución de atención según nivel de satisfacción del servicio).
- Condiciones *de* Vida *en el* Perú. Julio-Agosto-Setiembre 2015. INFORME TÉCNICO No 4 - Diciembre 2015 (Población con algún problema de salud por lugar o establecimiento de consulta en salud).

Finalmente, se ha podido identificar actores que influyen en esta variable con el objeto de comprender con quiénes se deberá trabajar para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos, y sobre quiénes se verán reflejados los resultados.

Tabla N° 12

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (sus políticas posibilitan un mejor acceso a la salud)	Acceso a servicios de salud de calidad	Población usuario del servicio de salud.
2	MEF (mayor presupuesto para facilitar el acceso a la Salud)		
3	SUSALUD (la fiscalización sobre entidades prestadoras de salud es vital para mejorar la calidad del servicio		
4	Asociación de pacientes (impulsan un mejor servicio de salud).		

Nivel de aseguramiento de salud

El Aseguramiento Universal es el derecho que tiene toda persona residente en el territorio nacional a la atención en salud con calidad y en forma oportuna en todas las etapas de la vida.[61]El reconocimiento de este derecho constituye un hito histórico para la gestión pública en salud pues contribuye a construir una sociedad más justa y equitativa.

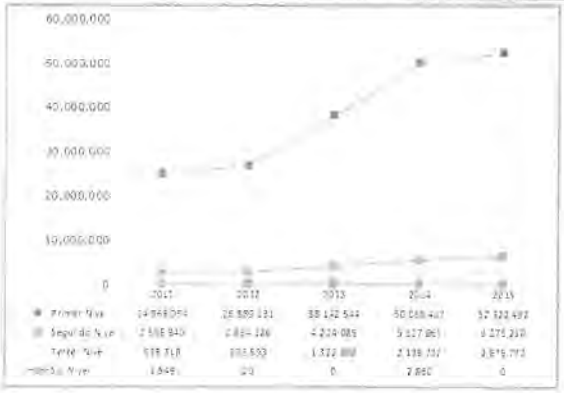
A 2015, son cerca de 16 millones los afiliados al SIS con un presupuesto de S/.1,718,424,814[62] y más de 24 millones los peruanos asegurados en salud, lo que representa el 78.9% de la población

[61] Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento: Documento técnico (Ley N° 29344 - DS N° 008 2010-SA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Gestión Sanitaria -- Lima: Ministerio de Salud, 2010.

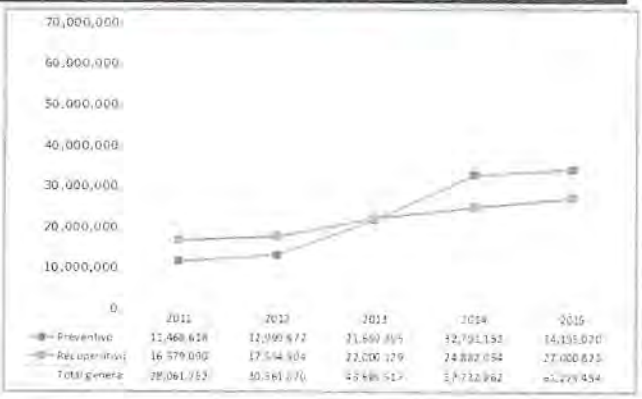
[62] Consulta amigable MEF – SIS. Nov. 2015

general. Así nos acercamos a la meta planteada para el año 2016 de lograr que el 80% de la población peruana esté asegurada en salud. Es en este año que todo recién nacido, desde la gestación, es afiliado automáticamente al SIS (si no tiene algún seguro de salud). La protección del SIS permite una atención gratuita para servicios preventivos, curativos y atenciones altamente especializadas, generando un incremento importante de las atenciones en las zonas más alejadas y pobres del país, e incrementando las atenciones preventivas, tal como se aprecia en las gráficas siguientes:

Evolución de las atenciones – SIS 2011 - 2015



Predominancia de atenciones preventivas SIS 2011 - 2015



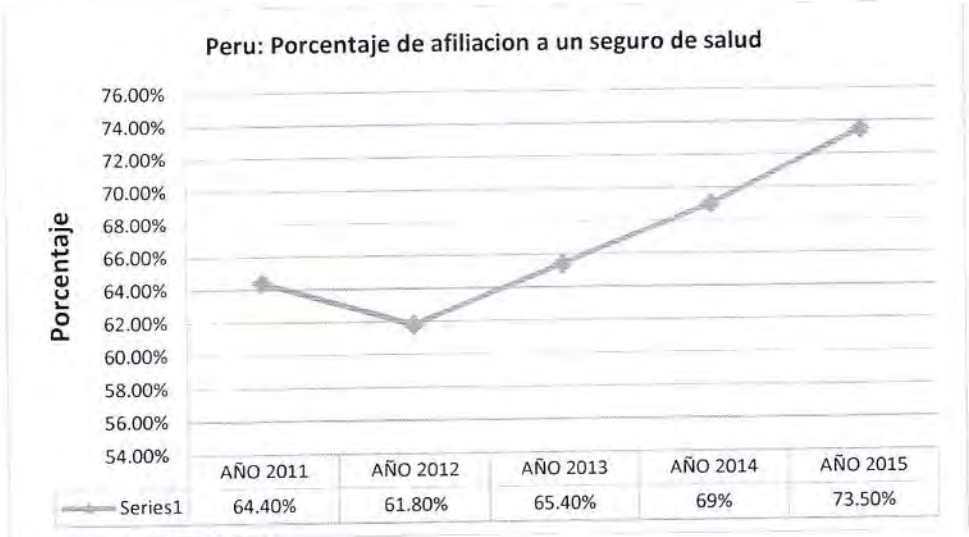
El proceso de aseguramiento en salud está determinado por ***la afiliación*** a un plan de salud regular ofertado por una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). La afiliación es ejecutada de distintas maneras por cada IAFAS, sea pública, privada o mixta, sin embargo, el producto final tiene ciertas características comunes que están relacionadas con el registro de los datos básicos de los asegurados y las características principales de su relación con las IAFAS.

Asimismo, SUSALUD tiene como función principal, entre otras, la de administrar y mantener el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal[63](AUS), para lo cual incorpora la información de las afiliaciones realizadas por las distintas IAFAS, a efectos de contar con un registro de los afiliados que cuente con planes de salud vigentes en cualquiera de los regímenes del AUS, información que, conforme lo señalado por el Artículo 77° del Reglamento del AUS, es puesta a disposición del público mediante un módulo de consulta gratuito y permanente ubicado en el portal institucional de SUSALUD.

El indicador que se ha elegido para esta variable estratégica es el "Porcentaje de afiliación a un seguro de salud". Este indicador hace referencia al proceso mediante el cual se incorpora a una persona (potencial asegurado) a algún régimen de financiamiento de aseguramiento en salud. Este indicador es calculado de forma anual por el INEI – ENAHO.

[63] Numeral 5° del Artículo 13° del TUO de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Perú: Evaluación histórica de la afiliación a un seguro de salud, hasta la actualidad:



Fuente: INS – ENAHO 2013

Como puede observarse, hay un aumento progresivo del porcentaje de la afiliación a un seguro de salud. Esto se debe a que en los últimos años el Estado ha llevado a cabo un proceso institucional a través de instrumentos que buscan asegurar el aseguramiento universal, siendo el principal de ellos, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento (Ley N° 29344 y el Decreto Supremo N° 008 2010-SA).

Los resultados de este proceso pueden observarse sobre todo en el incremento del aseguramiento, que en base a los resultados preliminares de la ENAHO asciende a 73.5% (que incluso sería mayor con la información nominal de aseguramiento que reporta SUSALUD para el mismo año que corresponde a 78.9%).

Tabla N° 13

				Valores históricos					
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015(*)
Afiliación al Aseguramiento Universal en Salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud	ENAHO	Porcentaje	63,5	64,5	61,9	65,5	69,0	73.5

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

(*) Proyecciones consideradas

Por último, es preciso identificar los actores que influyen en esta variable:

N°	ACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATEGICA	ACTORES SOBRE CUALES LA VARIABLE ESTRATEGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA: en el ejercicio de su rol rector en salud, establece de manera descentralizada y participativa las normas y políticas relacionadas al AUS.[64]	Nivel de aseguramiento de salud	- Población residente en el país que requiere ser protegida con un plan de salud integral. - Comunidades vulnerables, ya sea por dificultad en el acceso geográfico, económico o cultural a los servicios integrales de salud.
2	SIS y FISSAL: IAFAS Publicas, en su rol de operador financiero del sub sector público para las prestaciones de salud individual y colectiva[65]		
3	Ministerio de Defensa, garantiza la accesibilidad y la calidad de los servicios asistenciales a la Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas.		
4	Ministerio del Interior: garantiza la accesibilidad y la calidad de los servicios asistenciales a la Sanidad ´de la Policía Nacional del Perú		
5	ESSALUD: Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través de prestaciones integrales de salud.		
6	Ministerio de Economía y Finanzas, organismo encargado del planeamiento y ejecución de la política económica del Estado Peruano con la finalidad de optimizar la actividad económica y financiera del Estado		
7	Representante de la Asamblea Nacional de GR		
8	SUSALUD		
9	Presidente de la Asociación de las Clínicas Particulares del Perú: IAFAS Privada para las prestaciones de salud individual y colectiva de la población		
10	Representante de la Sociedad Civil		
11	Cooperación Internacional: Asistencia Técnica – Asistencia Financiera		

Nivel de Participación social

La participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades, con el objeto de identificar sus problemas, formular y ofrecer soluciones, y en general contribuir a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática[66]

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la participación de la sociedad civil puede reforzar la voluntad política respecto a los determinantes sociales de la salud y las agendas de

Ley 394444 Marco del AUS. Articulo 6°.

65 DL 1163 – 1164 – 1165 que aprueban medidas para el fortalecimiento de la IAFAS Seguro Integral de Salud.

66 Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(2):144–8, p. 145.

salud pública y fortalecer el control de la gente sobre los factores que afectan su salud. En ese sentido, el gobierno no puede crear la participación, pero puede crear los espacios que posibiliten y fomenten la participación. Además, la participación social que incluye a los grupos vulnerables y excluidos debería buscar el empoderamiento de estos grupos, incrementando su control efectivo sobre las decisiones que influencian su salud y calidad de vida, y el acceso y uso de los servicios de salud.[67]

Cabe señalar que en la Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud (2011), adoptada por la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales en Salud y con recomendación a la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, se insta a los estados miembros a que *"cumplan los compromisos contraídos en relación con una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo, el fomento de la participación en la formulación y aplicación de las políticas, una mayor reorientación del sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, el fortalecimiento de la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, y la vigilancia de los progresos y el refuerzo de la rendición de cuentas"*. En tal sentido, se insiste en la necesidad de fomentar **la participación social,** para lo cual se requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación[68].

En el Perú, un mecanismo importante de participación social en el sector salud son los Comités Multisectoriales de Salud y Desarrollo Activo, estos Comités están conformados y son reconocidos por Ordenanza Municipal, cuenta con plan de trabajo anual (mínimo con dos prioridades socio sanitarias del ámbito territorial), y con tres reuniones mínimas realizadas en el año (una para evaluación y planificación participativa de acciones del año en curso, otra para capacitación a los integrantes del Comité y otra reunión de monitoreo de ejecución del plan de trabajo anual).

Nivel de concordancia de políticas intersectoriales

La recomendación internacional de NN UU – OMS sobre "salud en todas las políticas", aborda la necesidad de articulación de los diferentes sectores vinculados a los determinantes sociales de la salud, como son: Educación, Vivienda, Ambiente, Inclusión social, Trabajo, entre otros, para intervenir sobre las causas intermedias y/o estructurales que hacen vulnerables o exponen a riesgos a las personas, hogares y comunidades. Son las intervenciones concordadas intersectoriales las que pueden vulnerar los factores que predisponen o provocan las enfermedades, y que pueden favorecer la adopción de estilos y hábitos de vida saludables en todas las etapas de la vida.

Del mismo modo, se requiere de políticas intersectoriales concordadas e implementadas adecuadamente para el armónico funcionamiento del sistema de salud en su conjunto, para la provisión de atenciones, cuidados y servicios de salud continuos y de calidad equitativamente proporcionados acordes a las necesidades de las personas, familias y comunidades.

El impacto de la efectiva implementación de políticas intersectoriales (e intergubernamentales) centradas en el bienestar de las personas se reflejará en la mejora de la calidad de vida, el

---

67 OMS, *Social participation*. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/ (visitado: 02.02.2016).

68 Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud, resumen analítico del informe final, Subsanar las desigualdades en una generación. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH _08.1_spa.pdf, consultado el 10 de mayo de 2012.

mantenimiento de la salud, el desarrollo y disfrute de las capacidades que tienen las personas, la cohesión social y la cultura democrática y de paz de la sociedad. También es de esperar consecuencias positivas en términos financieros ya que se evitarán gastos significativos con escaso beneficio en la salud y calidad de vida de las personas; recursos que la sociedad podrá destinar a incrementar sus condiciones de vida, su nivel de educación y otros aspectos necesarios para una vida digna y plena.

Para lograr políticas intersectoriales concordadas, formuladas e implementadas, se requerirá del liderazgo de la Autoridad Nacional de Salud, MINSA, para identificar la agenda de políticas transectoriales, lograr los consensos y establecer las competencias y acciones propias a cada sector, para el logro de los objetivos de las políticas en beneficio de la población.

Nivel de mejora del desempeño regional

Para lograr resultados en salud beneficiosos para la población, además de la articulación intersectorial de nivel nacional; se requiere articular, en un contexto descentralizado, las políticas sanitarias con los agentes responsables de la prestación, promoción y vigilancia de la salud de nivel regional y local. Un aspecto importante de esta articulación es alinear las políticas sanitarias con la gestión de los servicios, para así generar las condiciones de oferta de servicios primarios y especializados, así como asignar el volumen de recursos requeridos que permitan al Sistema de Salud responder satisfactoriamente a los cambios en las necesidades de salud de la población, principalmente, la de menores recursos.

El Ministerio de Salud requiere un marco legal para intervenir en las regiones e implementar medidas de carácter temporal con el fin de anticipar, mitigar y dar respuesta ante situaciones que pongan en riesgo la salud de las personas. El Proyecto de Ley 5151 de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, presentado por el Ministerio de Salud, aprobado por el Consejo de Ministros, y recientemente aprobado por el Congreso de la República. Esta norma le permite ahora, establecer un mecanismo logístico, con personal y recursos para intervenir ante situaciones de riesgo sanitario. La instancia responsable de monitorear, organizar, dirigir y ejecutar estas medidas será el nuevo Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

De esta manera, la variable propuesta busca medir el desempeño en la ejecución del gasto regional en salud para lo cual es muy importante analizar la firma de Convenios de Gestión entre la Autoridad Nacional de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales. Estos documentos contienen compromisos de asignación de recursos e incentivos desde el nivel nacional hacia las redes de servicios de salud de las regiones por el cumplimiento de una proporción mayor al 80% de las metas sanitarias convenidas entre las partes para el periodo (año) fiscal de vigencia del convenio. Estas metas sanitarias y estrategias de intervención son las establecidas en las políticas y estrategias dispuestas por el MINSA.

Cabe señalar que el indicador propuesta para esta variable está en proceso de construcción.

Nivel de funcionamiento de municipios saludables

Los municipios saludables son aquellos en los cuales todos sus ciudadanos, instituciones, organizaciones y redes sociales, liderados por su alcalde, comparten una visión de futuro para mejorar su calidad de vida[69]. De esta forma, constituyen espacios o entornos en donde se

[69] Adaptado del Programa de Municipios y Comunidades Saludables. RM No. 457-2005/MINSA. p. 19.

realizan intervenciones específicas y se desarrollan ejes temáticos de promoción de la salud. En el municipio se identifican algunos escenarios como: familias y viviendas, instituciones educativas, comunidades, centros laborales y otros espacios públicos de recreación y esparcimiento, entre otros[70].

La referencia más antigua de municipio saludable que se ha documentado es la del Ayuntamiento de Exeter, en Inglaterra, en donde se constituyó, en 1844, la Asociación por la salud de las ciudades, con el ánimo de difundir los resultados de los estudios sobre las condiciones de vida de amplios sectores de la población, e introducir con ello nuevas leyes que favorecieran mejoras de la salud pública[71].

La Estrategia de ciudades saludables, surgió en la década de los años 70 en Canadá, cuando diversos estudios de científicos norteamericanos y canadienses identificaron la estrecha relación que existe entre las formas de vida, los ambientes urbanos y los problemas de salud, dando especial importancia a la ciudad como escenario de las acciones de salud pública.

A partir del 1987, la oficina de Europa de la OMS creó el proyecto de Ciudades saludables teniendo como marco la doctrina de promoción de la salud de la Carta de Ottawa. En este contexto, se definió ciudad saludable como: aquella que crea y/o mejora constantemente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades[72].

El movimiento de ciudades saludables se desarrolla en América Latina a partir de 1991, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), tomó el liderazgo para impulsar la estrategia denominándola Municipios saludables.

En los últimos años, la promoción de la salud en el Perú ha cobrado importancia como una estrategia en respuesta a las necesidades y demandas en salud de una manera más integral con la perspectiva de que las personas, familias y comunidades tengan la capacidad de asumir la solución de las mismas en corresponsabilidad con el Estado[73].

Desde el Ministerio de Salud, se ha impulsado la construcción de entornos y comportamientos saludables que brinden condiciones para una vida cada vez más saludable y digna. En ese contexto, el municipio es el escenario más apropiado para desarrollar acciones intersectoriales y participativas de promoción de la salud por la cercanía entre las autoridades y su población.

Las competencias municipales en salud y el proceso de descentralización configuran un nuevo escenario donde el personal de salud tiene nuevos desafíos, tales como fortalecer sus competencias para facilitar procesos técnicos, sociales y políticos a favor de la salud, hacer abogacía con los alcaldes para el desarrollo de políticas públicas saludables, fortalecer la capacidad comunitaria, crear ambientes y comportamientos saludables, y reorientar los

---

70 Programa de Municipios y Comunidades Saludables. MINSA. Pp. 20-21. 2005.

71 El movimiento de municipios saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América Latina, OPS/OMS, Washington, D.C., abril 1996.

72 Laura Alessandro, La propuesta de Municipios saludables. Argentina, 2002.

73 Dirección General de Promoción de la Salud Dirección de Participación Comunitaria en Salud. Ministerio de Salud. Guía Metodológica para la implementación de Municipios Saludables.

servicios de salud con enfoque de promoción de la salud; y que la salud sea una prioridad en la agenda del desarrollo local[74].

Ministerio de Salud: Resumen Nacional
Programación de Municipios Saludables 2004-2006
Programa de Municipios y Comunidades Saludables: Componente Municipio

Tipo de Municipio	AÑO				
	2004	2005	2006	2010	
Distrital	253	254	165		
Provincial	41	24	18		
Centro Poblado	2	6	25		
Total	296	278	183	766*	478**

Fuente: Fichas Técnicas de Municipios enviado por DISAS-2004 y 2005
Fuente: Reporte anual de DIRESAS 2006.
Fuente 2010: MINSA Línea de Base del Proceso de Implementación y Calificación del Programa Municipios y Comunidades Saludables y de la Red MCS del Perú del Año 2010.
* En el año 2010, a nivel nacional, existían 1836 gobiernos locales provinciales y distritales, cuyo 42% (766 municipios) fue programado por los equipos regionales y locales de Promoción de la Salud para la implementación del Programa de Municipios Saludables. Del total de los gobiernos locales programados (766), el 77 (10%) corresponde a municipalidades provinciales y 650 (90%) a municipalidades distritales.
**A nivel nacional, de la cifra total de gobiernos locales programados, el 66% (504) cuenta con ordenanzas municipales que reconocen el Comité Multisectorial, instancia distrital o provincial para la construcción de MS, de los cuales el 62% (478) ha sido reportadas como activas.

Como se observa en la tabla, la tendencia a programar el mayor número de gobiernos locales para que se implemente los Municipios Saludables, es una prueba del interés del Gobierno del Perú a través de su ente rector – Ministerio de Salud - para fomentar estilos de vida saludable desde el individuo, la familia y la comunidad.

Grado de articulación de políticas intergubernamentales

La articulación interinstitucional (intergubernamental e intersectorial) constituye un Eje transversal de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, aprobada por Decreto Supremo N° 004-2013-PCM. La articulación es el resultado de una buena coordinación dirigida a vincular entre sí a diversas entidades y agentes públicos con el fin de complementar sus recursos y capacidades, y articular objetivos y acciones.[75]Esta es una necesidad inevitable en el contexto del proceso de descentralización en curso, en el que tres niveles de gobierno deben coordinar y complementarse a través de múltiples materias de competencia compartida.[76]
Es preciso señalar que un Estado unitario y descentralizado requiere articular y alinear la acción de sus niveles de gobierno, cada uno en el ejercicio de sus respectivas competencias, de manera de asegurar el logro de objetivos y metas de conjunto que contribuyan a equiparar las oportunidades de desarrollo a las que pueden acceder sus ciudadanos en cualquier lugar del país. Por ello, para que las políticas públicas se mantengan coordinadas hasta llegar a los ciudadanos, se requiere poner en juego mecanismos efectivos de coordinación y cooperación entre los niveles de gobierno y las entidades que componen la organización del Estado.[77]

74 Ídem al ítem 5.

75 BID, Instituto para el Desarrollo Social: "Coordinación de la Político Social". Washington, DC. Julio 2005.

76 Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, op. cit., p. 16.

77 Esos mecanismos de coordinación y cooperación se expresan en dos ejes de relación interinstitucional:
• Vertical: entre entidades de distintos niveles de gobierno, nacional, regional y local;
• Horizontal: entre entidades de un mismo nivel de gobierno, en el nivel nacional entre sectores, y a nivel descentralizado, entre gobiernos regionales y locales. En nuestra legislación vigente están previstos una serie de mecanismos de coordinación interinstitucional, tanto a nivel vertical como horizontal (Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, p. 52).

La articulación también ocupa un rol fundamental en la nueva metodología del proceso de planeamiento estratégico. Para los sectores y sus Organismos Públicos Adscritos, la articulación del planeamiento estratégico con el presupuesto se materializa en la siguiente cadena de planes estratégicos:

Fuente: CEPLAN (2014)

Cabe señalar que el documento sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) de la OMS, en específico la FESP N°5: *"Desarrollo de políticas, y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública"* (OMS), enfatiza la importancia de fortalecer la Gobernanza en el sector a nivel subnacional, a través de la articulación de planes y políticas. Estos requerimientos de coordinación y articulación se enfrentan a una realidad institucional compleja del sector salud. En efecto, el sistema peruano de salud se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación. Existe poca integración horizontal entre los subsistemas, ya sea para la definición de sus obligaciones (conjunto de condiciones o servicios de salud asegurados) o para la producción de servicios.[78]

Con la promulgación de la Ley N°30061 de julio de 2013, se declara de interés nacional la atención integral de salud de los escolares de educación básica regular de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y que los incorpora como afiliados al SIS. El Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social conformaron así la Iniciativa Intersectorial *Aprende Saludable*, para contribuir a generar oportunidades para el desarrollo de capacidades de los escolares, para el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Con Decreto Supremo N°010-2013-SA de agosto de 2013, se aprueba el Plan de Salud Escolar (PSE) 2013–2016, para desarrollar una cultura de salud basada en estilos de vida y entornos saludables, así como para detectar y atender de manera oportuna los riesgos y daños relacionados al proceso de aprendizaje.

78 Cetrángolo, Oscar, Bertranou, Fabio, Casanova, Luis y Casali, Pablo, 2013. *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos, p. 44.

Frente a ello, se ha definido como indicador el Número de reuniones de articulación intergubernamental realizadas en la plataforma de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) y las Comisiones Regionales de Inversiones en Salud (CRIS). La CIGS es la instancia de concertación y coordinación en materia de salud de los tres niveles de gobierno, responsable de articular las políticas, planes y programas de alcance nacional entre el Ministerio de salud, gobiernos regionales y gobiernos locales, en el marco del desarrollo de la gestión descentralizada en salud.[79] Las decisiones de la comisión tienen carácter concertador y deliberativo; por tanto, comprometen su cumplimiento, sin perjuicio del rol del Ministerio de Salud como ente rector del Sector Salud, y de la autonomía en la gestión de los Gobiernos Regionales y Locales, conforme a la Constitución Política del Perú y demás normas vigentes[80]. Por su parte, el CRIIS es el espacio de concertación intergubernamental regional, donde el gobierno regional y los gobiernos locales priorizan y adoptan acuerdos de inversiones en salud en su ámbito territorial.[81] Tiene como finalidad mejorar el impacto de las inversiones en salud en la población y concertar las iniciativas de inversión en salud en el ámbito regional en función a un planeamiento anual y multianual[82].

Como se observa, estos espacios son muy importantes para articular las políticas de salud a nivel regional. Estos indicadores, sin embargo, están en proceso de construcción.

Tabla N° 14

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	Gobiernos Regionales	Grado de articulación de políticas intergubernamentales	Población usuario del servicio de salud
2	Gobiernos Locales		
3	Organismos adscritos del Ministerio de Salud		
4	Ministerio de Economía		

79 De acuerdo con la Resolución Ministerial N° 871-2009-MINSA, Resolución de Secretaria de Descentralización N° 006-2010-PCM/SD y Decreto Supremo N° 047-2009-PCM, la Comisión está conformada por:

1. El (la) Ministro (a) de Salud, quien la preside; pudiendo ser representado por el Viceministro (a) de Salud.
2. El Director General de la Dirección General de Salud de las Personas.
3. El Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud.
4. El Director General de la Dirección General de Medicamentos, Insumas y Drogas.
5. El Director General de la Dirección General de Salud Ambiental
6. El Director General de la Dirección General de Epidemiología
7. El Director General de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
8. El Director General de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento.
9. El Director General de la Oficina General de Planea miento y Presupuesto.
10. El Director (a) General de 'la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos.
11. El Responsable de la Oficina de Descentralización.
12. El Jefe del Instituto Nacional de Salud.
13. El Jefe del Seguro Integral de Salud.
14. El Director General de la Oficina General de Defensa Nacional

80 Ministerio de Salud. Descentralización Reglamento Comisión Intergubernamental de Salud 2011.

81 El CRIIS está conformado por:

- El Presidente Regional, o el Gerente General designado por el Presidente Regional. El Presidente Regional o el Gerente Regional designado actúan como presidente del comité.
- Gerente de Desarrollo Social
- Gerente de inversiones del Gobierno Regional.
- Director/a Regional de Salud, quien asumirá funciones de Secretaría Técnica.
- Los alcaldes provinciales.

El Ministerio de Salud proveerá asistencia técnica al funcionamiento del comité.

82 Ministerio de Salud Oficina de Descentralización Reglamentó del CRIIS 2013.

Brecha de inversiones

En los últimos años se ha producido un marcado incremento de la inversión pública del Estado peruano gracias al crecimiento sostenible de su economía. Los sectores más beneficiados por esta situación han sido los de infraestructura productiva y servicios sociales.

Sin embargo, la inversión pública en salud en el Perú presenta dos graves problemas: uno de carácter estructural y otro de tipo operativo. Debido al esquema descentralizado que poseen las inversiones públicas, tanto sociales como económico-productivas, no siempre los mayores montos de inversión se destinan a las regiones que presentan las máximas carencias. En salud, por ejemplo, los mayores volúmenes de inversión pública no necesariamente se planifican ni se ejecutan en los lugares donde los principales indicadores de este sector son más preocupantes. Por otro lado, la mayor parte del monto de inversión debe ser gestionado por los gobiernos regionales, los mismos que comparativamente con el resto de niveles de gobierno (nacional y local) presentan los porcentajes más bajos de ejecución presupuestal.

Ante esta situación, se presenta la paradoja de contar con un presupuesto suficiente para cerrar parte importante de la brecha de inversión existente[83], pero al mismo tiempo, no se puede cubrir satisfactoriamente las necesidades de inversión detectadas debido a una dramática falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa.

La asignación de recursos para la inversión pública a nivel regional y local en el Perú no se rige por pautas equitativas de distribución de acuerdo a las necesidades existentes en cada población. Depende, en gran medida, de los propios recursos que cada una de las regiones, por sus propias potencialidades y recursos, es capaz de generar. Uno de los factores más distorsionadores de dichos criterios de asignación es el llamado "Canon Minero", a través del cual los gobiernos regionales y locales que se encuentran dentro del área de influencia directa o indirecta de las actividades extractivas de recursos naturales no renovables, reciben una transferencia periódica adicional por parte del gobierno nacional que les permite participar del impuesto a la renta que pagan las empresas mineras por los beneficios que obtienen de la extracción y comercialización de los recursos explotados[84].

Por otra parte, es necesario señalar que el Perú tiene un Sistema de Salud fragmentado y segmentado, con múltiples actores que intervienen en la prestación de servicios, lo cual constituye un factor que debilita el impacto de las intervenciones y la aplicación eficaz de los recursos; provoca la duplicidad del gasto y el desalineamiento entre gasto de capital y gasto de inversión. Por otra parte, la ausencia de planificación impide que se definan prioridades (nacionales – regionales - locales) y que el desarrollo de la inversión de los servicios de salud no tenga una orientación clara. Se da una elevada discrecionalidad en las decisiones de inversión[85].

Algunos de los problemas más saltantes son los altos déficits de infraestructura y equipamiento de servicios de alta especialización en las regiones del país por lo que se requiere optimizar la

---

83 May E, Shand D, Mackay K, Rojas F, Saavedra J. editores. *Hacia la Institucionalización de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación en América Latina y El Caribe*. Actas de una Conferencia del Banco Mundial / Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.: Banco Mundial-Banco Interamericano de Desarrollo; 2006.

84 Baca E, Ávila G, Roncal N. Vigilancia de las industrias extractivas. Reporte Nacional No.12. Programa de vigilancia ciudadana Lima: Grupo Propuesta Ciudadana; 2010.

85 *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud en inversiones* Comité Nacional de Inversiones, Consejo Nacional de Salud. Junio 2013.

gestión de la inversión pública para ampliar la capacidad resolutiva de la red de atención primaria y hospitalaria, así como disponer que la inversión para establecimientos de alta complejidad (iii-1) y la gestión de la brecha de especialistas estén sujetas con carácter de obligatoriedad al planeamiento macro regional concertado entre el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y EsSalud.

La protección financiera es insuficiente sin una oferta de servicios de salud de calidad. Con la Reforma de Salud se ha establecido una política de inversiones que es importante continuar en el siguiente gobierno. El fortalecimiento de la oferta pública en salud es un aspecto fundamental en esta etapa de la gestión. Se ha realizado una planificación multianual con una priorización concertada con los gobiernos regionales y locales y la inversión contempla los gastos de operación, incluyendo el recurso humano, hasta el primer año de financiamiento. Esto ha permitido estimar un presupuesto de inversión pública que supera los presupuestos establecidos en gestiones anteriores.

En el periodo 2011-2015 se han culminado 130 establecimientos de salud; 91 de los cuales son nuevos y 39 ampliaciones y/o remodelaciones. Asimismo, se tiene previsto culminar al primer semestre de 2016; 51 establecimientos de salud entre hospitales y centros de salud nuevos y/o ampliados y/o remodelados, representando una inversión total de más de 6 mil 509 millones de soles, fundamental para contribuir al cierre de brechas de la existente infraestructura en salud. Asimismo, 108 proyectos se encuentran en proceso de formulación de estudios de pre inversión y expedientes técnicos, algunas de las cuales se inaugurarán a 2017 y otras a 2018, reafirmando una política de planificación que trascienda los gobiernos en beneficio de la población peruana[86].

Tabla N° 14

Estado	Hospital Nacional	Hospital Regional	Hospital Provincial	Centros/Puestos de Salud	Total
CULMINADOS	1	5	16	108	**130**
POR CULMINAR 2016	3	8	14	26	**51**
EN PROCESO	7	17	70	14	**108**
TOTAL	**11**	**30**	**100**	**148**	**289**

Fuente: OGI-MINSA

El MINSA deberá continuar promoviendo a nivel nacional el Planeamiento Multianual de Inversiones (PMI) como punto de partida del ciclo de gestión de inversiones en salud. Con ello se ejercerá mejor la función de organización de los servicios de salud, y asignará eficientemente, mediante la concertación, los recursos de inversión. Se requiere por tanto mejorar la planificación de inversiones en salud con base territorial para organizar redes funcionales y la complementariedad de servicios entre prestadores.

Por otra parte, el alineamiento de las inversiones a la Política Nacional de Salud deberá considerar el PEAS, la cartera de servicios, y las necesidades y demandas de la población para orientar la inversión y mejorar el impacto conjunto de los proyectos.

[86] Ver mayor detalle en

Por último, convendría considerar la generación de un fondo para las inversiones en salud, para dar predictibilidad a la asignación de recursos presupuestales (formulación de perfiles, expedientes técnicos, ejecución de la obra y equipamiento). Ello favorecería la reducción del tiempo de ejecución del ciclo de inversiones en su totalidad.

Brecha de talento humano

La Reforma del Sector Salud en el Perú, se orienta a lograr la universalización de la protección social en salud y la garantía del derecho a la salud de toda la población, para lo cual, ejecutará acciones en tres ejes complementarios: la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, la protección del usuario para garantizar la efectividad, oportunidad y seguridad en las prestaciones, y la protección financiera para fortalecer el sistema de financiamiento orientado aminorar el gasto de bolsillo de la población y brindar la atención integral, continua y de calidad a individuos y familias, con énfasis en la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más importantes.

En tal sentido, se requiere contar con personal de la salud en número suficiente y en los lugares adecuados; por lo que, es necesario estimar la brecha de recursos humanos en salud asistenciales en los tres niveles de atención a fin de plantear estrategias de dotación que posibilite, el derecho al acceso de la población a una atención de salud con equidad, oportunidad y calidad[87].

En dicho contexto, una visión retrospectiva a los criterios de dotación de recursos humanos que se han aplicado en el Ministerio de Salud (el cual representa más del 50% de la fuerza de trabajo del sector), nos muestra que estos criterios se caracterizaron por haber sido pobremente planificados, no contándose con una visión que articule la política de recursos humanos con las políticas de salud, habiéndose generado a la vez formas predominantes de relación laboral en condiciones precarias a través de una expansión de la dotación de recursos humanos en los últimos 15 años, principalmente bajo formas flexibles, y en particular por servicios no personales, con excepción del reciente nombramiento de 4 345 profesionales médicos[88]

Para el año 2007, la fuerza de trabajo de profesionales de la salud en el Ministerio de Salud se encontró constituida por 40 262 profesionales, desagregados en 24 364 que tienen una relación laboral estable, 12 577 con relación flexible y 3 321 que participan en el Programa SERUMS[89].

Entre los años 2012 y 2013 el Congreso de la Republica, le otorga facultades legislativas al ejecutivo (MINSA), para que fortalezca y brinde un marco legal a la Reforma de Salud. Así, se promulga el Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.

La finalidad del presente Decreto Legislativo es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al

87 MINSA. *Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención*. 2014.

88 Por la Ley N° 27438 se nombró 652 médicos, adicionalmente en el Concurso del Primero de abril de 2004 (RM N° 076-2004/MINSA) se nombró 640 médicos. Con la Ley 28220 se nombró a 3 053 médicos. Información proporcionada por la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, a partir del Informe de Comisión de Nombramiento.

89 Se incluye en esta cifra a todos los profesionales de la salud que desempeñan labor asistencial, de acuerdo a la Metodología para la definición operacional de estas relaciones laborales.

ciudadano, a través de una política integral de compensaciones y entregas económicas que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado[90].

Se encuentra en proceso de implementación la nueva política remunerativa que ha permitido nivelar el componente principal de la remuneración de los trabajadores del interior del país con los de la capital, eliminando históricas diferencias. Sobre esa base, se otorgaron incentivos para el trabajo especializado, en áreas críticas, en la atención primaria de salud, en zonas alejadas y de frontera, por responsabilidad de jefatura y por desempeño.

Así, se ha impulsado una política destinada a dar estabilidad laboral a profesionales, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud, para asegurar la provisión permanente de servicios de salud especialmente en las zonas más alejadas del país. Al año 2014 se han nombrado 7 892 servidores, y al año 2015 se espera nombrar a 8 553 más. Para el año 2016, se nombrará una cantidad similar para totalizar 24 000 servidores dedicados a la atención de salud con estabilidad laboral.

Las plazas de residentado médico para formación de especialistas, han aumentado de 1 495 en 2011 a 3 335 a 2015 tanto en hospitales MINSA y en los gobiernos regionales, así como en los de EsSalud, sanidades y privados. Las plazas de profesionales que realizan su SERUMS en las zonas rurales y alejadas del país se han incrementado de 7 121 en el 2011 a 9 013 a 2015, considerando las distintas profesiones de la salud. Finalmente, el personal que labora en los establecimientos públicos en el país ha crecido de 119 697 en el 2011 a 151 764 a 2015.

Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos

Un componente fundamental en las estrategias para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales es disponer de un sistema de suministro fiable en el sector público, con el mismo nivel de servicio en todos los niveles de atención. La gestión de suministro de medicamentos tiene por objetivo garantizar la disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad en los servicios de salud, y promover su uso racional, mediante el uso eficiente de los recursos públicos (Organización Mundial de la Salud, 2002a).

La gestión de suministro de medicamentos debe disponer de políticas diferenciadas, una sobre el abastecimiento, que abarca la compra y su distribución, cuyo objetivo es garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad en los servicios de salud; la otra sobre la selección y uso racional de los medicamentos, que tiene por objetivo seleccionar medicamentos eficaces y seguros, acorde a las necesidades de salud, y promover que los prescriptores realicen un uso racional[91]. Ambas políticas son complementarias pero, por su naturaleza, requieren enfoques y tratamientos distintos[92].

La Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (DARES), órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, define el listado de medicamentos que serán adquiridos de forma obligatoria por el sector salud, a través de las compras corporativas

90 El Congreso de la República, por Ley 30073 delegó en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud por el término de ciento veinte (120) días calendario.

91 Definición OMS de Uso Racional de Medicamentos: "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad".

92 Salazar Araujo, J.F. (2014). La gestión de abastecimiento de medicamentos en el sector público peruano: nuevos modelos de gestión. Sinergia e Innovacion, 2(1), 160-228.

intersectoriales, y lleva adelante los procesos de selección. La compra de medicamentos se realiza a través de licitaciones públicas, por procedimiento clásico y por la modalidad de selección por subasta inversa[93]

A pesar del creciente número de medicamentos convocados en las licitaciones públicas bajo la modalidad de subasta inversa, el número de proveedores oferentes no ha crecido, sin embargo se observa una mayor participación de los laboratorios farmacéuticos nacionales y una disminución de las distribuidoras. Por otro lado, los resultados de dichos procesos de compra muestran una mayor concentración de productos adjudicados, en número de ítems y monto, en un menor número de proveedores.

El desarrollo de políticas para facilitar el acceso a medicamentos probablemente requerirá considerar la ampliación del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, así como la creación de nuevas modalidades y mecanismos para fomentar la competencia entre proveedores y para acceder a mecanismos internacionales de compra a mejores precios.

Nivel de acreditación de establecimientos de salud

La acreditación es una forma de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud, para lograr que los usuarios reciban una atención de mejor calidad: oportuna, completa, segura y con trato amable; la cual se verifica por un equipo de evaluadores externos al establecimiento. Por ello, que un establecimiento de salud cuente con licencia, registro y categorización no es una garantía de calidad y seguridad para los pacientes. La categorización sólo señala lo que ese hospital o clínica puede hacer, no asegura estándares de calidad. Es la acreditación lo que puede asegurar ello.[94]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsó desde inicios de la década del 90[95], el desarrollo del proceso de acreditación en establecimientos de salud en la región, con la finalidad de mejorar la calidad de atención que en ellos se brinda.

La acreditación en el Perú tiene sus inicios en el año 1993, en el que se nombra a una Comisión Interinstitucional Sectorial para la Acreditación de Hospitales (CISAH), conformada por representantes de las diversas instituciones del sector. Esta comisión elaboró el Manual y Guía para la Acreditación de Hospitales, aprobados por Resolución Ministerial N°511-96 en el año 1996.

Posteriormente, el Ministerio de Salud desarrolló cursos para calificar evaluadores, consiguiendo la formación de un número total de 350 evaluadores externos y 600 evaluadores internos. Así mismo, a partir del año 2000, logran completar el proceso cinco establecimientos: uno del sector privado, tres hospitales de ESsalud, y uno de las FFAA.

La acreditación de establecimientos de salud es un proceso de evaluación periódica, basado en la comparación de desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y

93 La mayoría de los medicamentos adquiridos a través de las compras intersectoriales cuentan con ficha técnica aprobada, y obligatoriamente deben ser adquiridas a través de la modalidad de selección por subasta inversa.

94 Mayorga Espichán, Manuel, *Acreditación de los establecimientos de salud*. Universidad Privada del Norte. Disponible en: http://blogs.upn.edu.pe/salud/2015/01/27/acreditacion-de-los-establecimientos-de-salud/

95 En septiembre de 1990 la Resolución XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el documento "Orientación y prioridades programáticas para la OPS en el cuadrienio 1991-1994"*, en el cual se desarrollan estrategias para mejorar la gestión de la calidad hospitalaria en la región.

factibles de alcanzar, orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo[96].

Normatividad

- ✓ Ley N°29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, Por el cual se aprueba la NTS N° 050-V.02 Norma Técnica en Salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 370-2009/MINSA, Por el cual se aprueba la "Directiva Administrativa que regula la organización y funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de Servicios de Salud y tres (03) anexos".
- ✓ Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, Por el cual se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

Es importante señalar que el Plan Nacional Concertado de Salud para el período 2011-2016 tiene como meta acreditar al 25% de IPRESS, es decir 1931. A la fecha, de los 7725 establecimientos, se han autoevaluado 2140 y de ellos sólo 93 han aprobado la evaluación, lo que representa un 4.9% del universo de IPRESS consideradas.

Tabla N° 15

Establecimiento de salud - IPRESS	2006	2012 Acreditados	2013 Acreditados	Meta al 2016
	0	0	93	1931

Fuente: Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud Julio 2013

Grado de modernización de la gestión hospitalaria

La Modernización de la Gestión Hospitalaria (MGH) es un tema de gran relevancia en la modernización de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, ello debido a que una gran proporción de los recursos de salud son utilizados por los hospitales en todos los países de la región, y de que se ha encontrado evidencia de que en algunos casos hay un inefectivo e ineficiente uso de los recursos. Por esta razón, varios países en la región han empezado a enfrentar este tema de la reforma hospitalaria, ya sea como parte de la modernización y la descentralización del sector salud, o por medio de proyectos específicos y puntuales de modernización hospitalaria[97].

En el Perú, la reforma de salud hacia la cobertura universal marcó en el año 2012 cinco prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental, la tercera prioridad fue la Mejora de la gestión hospitalaria, proponiendo los siguientes objetivos[98]:

96 http://www.minsa.gob.pe/comisiones/acreditacion/acreditacion.asp.

97 Saenz, Luis, *Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado*. Colombia 2002.

98 Presentación de Ministra Midori de Habich V Sesión Extraordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud – CIGS. 11 de setiembre de 2012.

1. ***Implementar un programa sostenido de modernización hospitalaria.***
2. Generar capacidades en gerentes hospitalarios a nivel nacional seleccionando a los mejores y premiando su desempeño.
3. Unificación y desarrollo de los Sistemas Información Hospitalaria.
4. Elevar la calidad de la atención hospitalaria de mayor complejidad.
5. Medición de la Percepción del usuario de la calidad del servicio.
6. Impulsar y expandir el SAMU.

En ese mismo año (2012), el Perú contaba en promedio con 1,5 camas hospitalarias por 1.000 personas (15 camas hospitalarias por 10000) y la cifra para los usuarios de los establecimientos del MINSA era todavía menor (<1 por 1.000). Esos niveles son inferiores al observado en América Latina y el Caribe (ALC) (2 por 1.000) o de los países miembros de la OCDE (3,8 por 1.000)[99].

Por otro lado, es preciso señalar que los hospitales del MINSA en la región de Lima tienen en promedio más de 65 años. Además, los hospitales construidos en la década de los años 70 presentan fallas estructurales derivadas de especificaciones técnicas antiguas, que los hacen vulnerables a eventos sísmicos[100]. Esta realidad se repite a nivel regional y resulta en una demanda mixta de inversión, tanto para expandir la capacidad como para modernizar la existente.

Tabla N° 16

Camas Hospitalarias por 10,000 habitantes en los EESS Hospitalarios del Sector Público y Privado, Perú 2004 Vs 2013

Año	Ministerio Salud y Gobiernos Regionales	Las demás instituciones públicas y privadas	Total Camas Hospitalarias	Camas x 10,000 h
2004	23,889	17,913	41,802	15.2
2013	26,700	19,874	46,574	15.3

Fuente: MINSA OGEI 2013

Tabla N° 17

Rendimiento promedio de hora medico Consulta Externa

Indicador	Primer Nivel (I-4)	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Rendimiento Hora /Médico	5	4.5	4
Nº Consultas por turno 4 hrs	20	18	16

Nota: Para los establecimientos II-E y III-E Y 111-2. Consultorios de especialidad y subespecialidad derivado de la especialidad principal o base. Médicos - Cirujanos capacitados en la aplicación de las Guías de Práctica Clínica para la atención materna, neo natal y pediátrica.

A la actualidad, esta variable estratégica se encuentra amparada por un paquete de instrumentos legales y normativos creados y promovidos como políticas de Estado, entre ellos la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, que declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano.

99 World Development Indicators. El número de camas hospitalarias refleja parcialmente la infraestructura en salud, por no considerar otros niveles de atención. Sin embargo, este indicador es un proxy de la infraestructura total. Ver OCDE 2014.

100 Estudios de vulnerabilidad sísmica de 14 hospitales bajo la administración del MINSA. Ver CISMID 2014.

Asimismo, mediante Decreto Legislativo N° 1167 se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGESS) para la gestión, operación, articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre hospitalarios y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en Institutos Especializados, Hospitales Nacionales[101]. La presencia el IGESS fortalecerá la modernización y gestión hospitalaria en el país.

Para reducir la brecha de atenciones especializadas en los establecimientos de salud, se cuenta con el Plan Más Salud, con el objeto de incrementar el acceso a estas atenciones para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de condiciones incluidas en el PEAS y en los planes complementarios financiados por el SIS. Más Salud, desplaza profesionales con equipamiento móvil, sobre todo al primer nivel de atención. De esta manera, las personas de menores recursos en el país, tienen acceso a una atención especializada. A octubre 2015, se han realizado 493,151 atenciones y procedimientos médicos; y 3,928 cirugías. Más Salud es un esfuerzo complementario de los Viceministerios de Salud Pública y de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

Asimismo, desde el año 2012 a octubre de 2015, el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) ha recibido más de 3 millones de llamadas. El Centro Regulador dio atención a más de 263,000 llamadas y se han realizado 106 mil despachos de ambulancia, en atención de urgencias y emergencias de soporte vital básico y soporte vital avanzado[102].

Grado de innovación tecnológica en salud

La tecnología sanitaria es la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.[103] Es equivalente a la expresión "tecnología para la atención de salud", que se utiliza indistintamente. Por lo tanto, comprende desde dispositivos médicos sencillos como depresores linguales de madera y dispositivos auxiliares hasta los más complejos implantes, sistemas de obtención de imágenes médicas, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y los sistemas organizativos y de apoyo dentro de los cuales se prestan dichos cuidados.[104].

En el mundo, el nivel de innovación tecnológica está relacionados al número de patentes que son registradas en cada país. En el particular caso de la biotecnología, se puede observar que en América Latina, solo México, Brasil, Chile y Cuba tienen incidencia en el porcentaje global total de patentes en biotecnología.

101 MINSA IGESS Reglamento Organización y Funciones. 2014.

102 Principales atenciones SAMU: accidente vehiculares; patologías cardiacas: infarto; patologías respiratorias: insuficiencias respiratoria; patologías traumatológica: caídas de altura; caídas de nivel de adultos mayores; convulsiones (pediátricos y adultos); gineco-obstétricas.

103 Resolución WHA60.29 de la Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2007 (http://www.who.int/medical_devices/policies/resolution_wha60_r29-sp.pdf, consultada en febrero de 2016).

104 Organización Mundial de la Salud, *Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos*, Serie de documentos técnicos de la OMS sobre dispositivos médicos, 2012, p. 11.

Gráfico N° 9

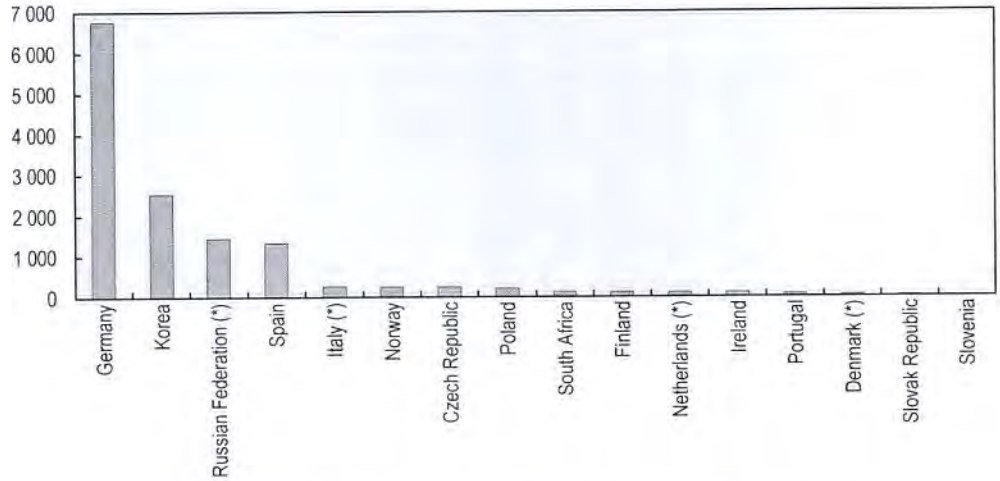
Porcentaje de países con patentes en biotecnología, 2010-13

Fuente: OECD, STI Micro-data Lab: *Intellectual Property Database*, http://oe.cd/ipstats, July 2015.

Por otro lado, se observa que ningún país de América Latina aparece entre aquellos que destinan una parte del presupuesto público a la investigación y desarrollo de biotecnología.

Gráfico N° 10

Gasto público total en investigación y desarrollo de biotecnología, Millones de USD



Source: OECD, Key Biotechnology Indicators, http://oe.cd/kbi, July 2015.

En el Perú la entidad encargada de promover el conocimiento, investigación e innovación en salud es el Instituto Nacional de Salud (INS). Este es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El INS tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica-tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y

afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.

El INS cuenta con acreditación internacional revalidada ISO/IEC 17025 para el control de calidad de productos y laboratorios de microbiología farmacéutica. Es centro de referencia de las Américas para desarrollar el programa de evaluación externa de la calidad del diagnóstico microscópico de Malaria y es laboratorio de referencia de la región andina para el diagnóstico microbiológico de la enfermedad de Carrión.

Asimismo, tiene certificación de competencia internacional para el laboratorio de virus respiratorio, acreditación del laboratorio de control de calidad de alimentos con la norma ISO 17025 y es Laboratorio de Referencia para el Programa de Pre Calificación de Medicamentos de la OMS. En este campo, uno de los mayores aportes a la salud ha sido la reducción del tiempo de diagnóstico de Tuberculosis Multidrogo Resistente (TB - MDR) de 90 a 5 días. Esto ha sido posible gracias al uso de la prueba de Genotype MTBDRplus, implementada en el INS y cuya tecnología ya está siendo transferida a dos hospitales de Lima.

Acceso a agua segura y saneamiento básico

Esta variable se considera la más relevante como síntesis para evaluar las condiciones de vida básicas dado que, como señala la Organización Mundial de la Salud, la combinación de un abastecimiento de agua potable salubre y saneamiento higiénico es una condición previa para obtener resultados satisfactorios en materia de salud y otros derechos humanos básicos.[105] De manera similar, el Programa Mundial de Evaluación del Agua de la Organización de las Naciones Unidas señala que las dolencias relacionadas con el agua son una de las causas más comunes de enfermedad y de muerte y afectan principalmente a los pobres en los países en desarrollo.[106]

En el Perú, el INEI hace seguimiento a esta variable mediante encuestas anuales, determinando:

- La proporción de hogares que tiene el servicio básico de agua tratada, la cual se ha elevado del 91,5% en el año 2010 al 96,2% en el año 2015. El servicio de agua es un elemento clave de la vida considerado como el factor relevante causal de una serie de procesos y enfermedades vinculadas a la salud.

- La proporción de hogares que cuentan con saneamiento básico, que se eleva del 85,3% en el año 2010 al 92,6% de hogares en el año 2015.

Gráfico N° 18

				Valores históricos					Actual
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Acceso a agua tratada y saneamiento básico	Hogares con acceso a agua tratada	ENDES	Porcentaje	91,5	91,3	93,9	95,0	95,6	96,2
	Hogares con saneamiento básico	ENDES	Porcentaje	85,3	87,6	88,3	90,2	91,4	92,6

Fuentes.- http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=79&lcobj=15&lcper=12&lcfreg=8/9/2014.
Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

105 OMS, *Agua, saneamiento y salud*. Visitado: 03.02.16 (http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/)

106 World Water Assessment Programme. *Agua para todos, agua para la vida*. Informe de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el mundo, 2003, p.11.

Por otra parte, es importante definir los actores que están relacionados a esta variable:

Tabla N° 19

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	DIGESA (realiza análisis de la calidad del agua respecto a la salud de las personas)	Acceso a agua segura y saneamiento básico	- Población usuaria del servicio de agua y saneamiento. - Agricultores / pequeños agricultores
2	Ministerio de Agricultura		
2	ANA (ente rector del sistema funcional de recursos hídricos)		
3	SEDAPAL y entidades prestadoras del servicio de agua y saneamiento		
4	Ministerio de Vivienda y Saneamiento		
5	Empresas que generan afluentes		
6	Junta de regantes		

Acceso a una alimentación saludable

La Organización Mundial de la Salud que llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como protege de distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. El aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, más grasas saturadas, más grasas de tipo trans, más azúcares libres y más sal o sodio; por otro lado, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales.[107]

La alimentación sana muestra una cuestión estructural respecto a la salud de las personas: el nivel educativo y de cuidado para la salud. Una sociedad con mayor educación impulsa el principio de autorresponsabilidad por el cual todos los ciudadanos deben cuidar de su salud. En ese sentido, un indicador relevante para el sector salud que mida esta variable es el porcentaje de personas en el país que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día, como es lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla N° 20

				Valores históricos					[illegible]
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alimentación saludable	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día	ENDES	Porcentaje					10,8	11,8

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. ENDES.

Se observa en los últimos años pequeñas mejoras en este indicador. Sin embargo, el resultado está aún lejos de ser satisfactorio.

Por otra parte, los actores que están relacionados a esta variable son:

[107] OMS, *Alimentación Sana*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/ (Visitado el 05.02.2016).

Tabla N° 21

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de la promoción de buenas prácticas de salud y servicios de consejería de alimentación saludable)	Acceso a una alimentación saludable	- Población en general.
2	MINEDU (que puede poner énfasis en la educación para la salud desde edades tempranas)		
3	Escuelas inicial, primaria y secundaria		
	Universidades (que forman profesionales de la salud y de otras áreas que tendrán influencia en la decisión o diseño de políticas o normativa sobre la producción o comercialización de alimentos)		
4	Padres de familia		
5	Proveedores de comida rápida (el aumento de esta oferta puede afectar los hábitos de vida de las personas).		
6	Medios de comunicación y comunicadores sociales que pueden sumarse al esfuerzo por una alimentación saludable.		
7	Ministerio de Agricultura		
8	Ministerio de la Producción		
9	Productores de alimentos		
10	Ministerio de Comercio		

Estado nutricional

Las consecuencias de la deficiencia e inseguridad alimentaria frecuentes en la salud de la población conducen a dos problemas de mucha importancia en salud pública:

- ✓ La desnutrición crónica infantil (DCI), que usualmente se instala en los 24 primeros meses de vida y que tiene consecuencias negativas a todo lo largo de la vida de la persona. En el 2015, el Perú había hecho progresos notables y en promedio se hallaba en 14.4%, pero en un rango que va desde 3,7% a 35%, donde 16 regiones están por encima del promedio nacional, lo que es un indicador de inequidades sociales. La desnutrición crónica infantil (DCI) es más notoria en la población con mayor grado de exclusión (por ejemplo, la población rural), de menor nivel educativo, de menores ingresos económicos o que tienen un limitado acceso a los servicios básicos de agua y desagüe (ENDES 1° semestre 2015).

- ✓ El sobrepeso y la obesidad, que son enfermedades que causan discapacidad y muerte prematura. El Instituto Nacional de Salud encontró en el año 2006 una prevalencia de 35,3% y 16,5% respectivamente (INS, Encuesta Nacional Nutricional) y que alcanzó el 34,7% y 17,5% según la ENDES 2014. Este preocupante patrón se está evidenciando incluso en etapas muy precoces como se evidencia en la población infantil, que muestra una prevalencia de 15,5% y 8,9% en niños y niñas de estas condiciones entre los 5 años y 9 años de edad (ENAHO 2009-2010). Cabe señalar que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer.

Reconociendo la importancia de ambas condiciones desde el enfoque de salud pública, a efectos de desarrollar el documento prospectivo y siguiendo la metodología establecida por el CEPLAN, se ha elegido como variable estratégica a la desnutrición crónica infantil debido a que persiste como un problema histórico estructural en el país y mide varios determinantes sociales que influyen en la salud (conforme el modelo conceptual del plan articulado nutricional) que son de difícil cambio estructural.

Tabla N° 22

				Valores históricos					Actual
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alimentación saludable	Tasa de desnutrición crónica infantil	ENDES	Porcentaje	23,2	19,5	18,1	17,5	14,6	14,4

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

Como efecto de las intervenciones efectivas basadas en evidencia, la desnutrición crónica infantil (DCI) en niños menores de 5 años viene disminuyendo de 23.2% en el 2010 a 14.4% al 2015[108]. A pesar de esta importante reducción, cuatro departamentos aun presentan tasas por encima del promedio nacional. La articulación intersectorial e intergubernamental, promovida a través de la estrategia nacional Incluir para Crecer (MIDIS), juega un rol muy importante en la reducción del indicador ya que al ser una problemática multicausal y multifactorial, las soluciones demandan una articulación y acción en ese mismo sentido.

El abordaje a la anemia merece un esfuerzo importante para el Ministerio de Salud sobre todo en el último año, si bien se mantiene en comparación con el año 2011. Así la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años, se redujo de 46.8% en el 2014 a 43.5% al 2015, y en el ámbito rural la reducción fue mayor de 57.5% a 49.4% en el mismo periodo. Se continúa implementando la estrategia de suplementación con multimicronutrientes (MMN) para niños entre 6-36 meses. Entre el 2014 y el 2016 se cubrirá al 95% de ellos, con una inversión de 22 millones de soles a establecimientos de salud de 20 departamentos.

Por otra parte, los actores que están relacionados a esta variable son:

Tabla N° 23

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud y realizar promoción de una adecuada alimentación y nutrición)	Estado nutricional	- Población en general.
2	Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (responsable de proveer agua y saneamiento con conexión domiciliaria)		
3	Padres de familia		
4	MIDIS (responsable de programas sociales)		
5	MINEDU (que puede poner énfasis en la educación alimenticia)		
6	Escuelas inicial, primaria y secundaria		

108 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015. Resultados preliminares 2015.

7	Universidades formadoras de profesionales de la salud donde se puede ampliar y profundizar los contenidos formativos en nutrición y alimentación saludables		
8	Medios de comunicación y comunicadores sociales		

Nivel de ausentismo laboral

Tal como lo señala el Plan de Acción Mundial para la salud de los trabajadores de la OMS, si bien existen intervenciones eficaces para evitar los peligros laborales y proteger y promover la salud en el lugar de trabajo, se registran grandes diferencias dentro de los países y entre éstos en lo relativo al estado de salud de los trabajadores y su exposición a riesgos laborales. Sólo una pequeña minoría de la fuerza de trabajo mundial tiene actualmente acceso a servicios de salud ocupacional.[109]

A esta situación cabe agregar que la movilidad internacional cada vez mayor de los trabajadores, así como las nuevas tecnologías puede contribuir a difundir soluciones innovadoras para prevenir los peligros laborales, pero también puede hacer que esos riesgos afecten a los grupos menos favorecidos. En realidad, todos los trabajadores deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y de condiciones de trabajo favorables. El lugar de trabajo no debe perjudicar la salud ni el bienestar.[110]

En dicho contexto, se ha considerado medir la variable de incapacidad temporal laboral, que ahora lo viene informando ESSALUD para el sector formal, mediante el indicador de ausentismo laboral, medido por los días de incapacidad temporal laboral al año.

Tabla N° 24

				Valores históricos					Actual
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ausentismo laboral	Incapacidad temporal laboral	ESSALUD	Dias	11 069 055	13 151 205	13 749 464	14 990 137		

Fuente.- ESSALUD. Memoria institucional y Acuerdos de Gestión 2012, 2103 y 2014.

La información de los años 2010 al 2012 muestra una tendencia al incremento, sin embargo, no se cuenta con información de los años 2013, 2014 y 2015.

Por otra parte, los actores que están relacionados a esta variable, son:

Tabla N° 25

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas y normativa de salud en el	Nivel de ausentismo laboral	- Trabajadores

109 Organización Mundial de la Salud. *Salud de los trabajadores: Plan de Acción Mundial*. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.13 del orden del día 23 de mayo de 2007.

110 Organización Mundial de la Salud. *Salud de los trabajadores: Plan de Acción Mundial*, op. cit.

	trabajo y prevención de riesgos ocupacionales)		- Familias de los trabajadores
2	MINTRA (que tiene el mandato y las competencias para establecer políticas para la protección de la salud de los trabajadores)		
3	ESSALUD		
4	Centros de trabajo		
5	Sindicato de trabajadores		
	Gremios empresariales		
	Gobiernos locales que norman y supervisan las condiciones físicas de los centros de trabajo		

Nivel de educación en mujeres

La educación es un factor de suma importancia que se asocia directamente con las oportunidades que tienen las personas para desarrollarse laboralmente y, a través de ello, obtener ingresos económicos que les permitan adecuadas condiciones de vida y satisfacción de tipo material y emocional. Por otra parte, en términos de organización social, la familia se constituye en su una unidad fundamental y en el seno de ésta, el rol que cumple la mujer es clave. En el Perú un gran porcentaje de hogares tiene a la mujer como responsable de la familia de quien depende no sólo económicamente el resto de miembros como son los hijos e hijas, sino también en el desarrollo de modelos actitudinales y de comportamientos, así como en el cuidado y atención directa de aspectos de salud. Este rol puede ser mejor cumplido en la medida que se cuente con mayor información y conocimientos para estilos y hábitos de vida saludables, así como para la búsqueda de cuidados y atención en el momento oportuno y en el nivel que sea más adecuado. Por ello, se reconoce internacionalmente la importancia que tiene la educación de las mujeres para su propio mantenimiento y cuidado de su salud y de todos los demás miembros del grupo familiar.

De acuerdo a los datos del INEI para el periodo 2010 al 2014; en el Perú, el porcentaje de mujeres mayores de 17 años con al menos secundaria completa, se ha incrementado de 50,6% a 56,4%[111]. Sin embargo, la diferencia con relación al nivel de los hombres prácticamente se mantiene una brecha de inequidad desfavorable para las mujeres.

Tabla N° 26

				Valores históricos					Actual
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mujeres con educación	Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa	ENAHO	Porcentaje	50,6	51,1	56,9	55,8	56,4	

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Nacional de Hogares.

Los actores que están relacionados a esta variable son:

111 https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/

Tabla N° 27

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINEDU	Nivel de educación en mujeres	- Mujeres - Familias
2	MIDIS		
3	MIMP		
4	Gobiernos subnacionales		
5	ONGDs y Organizaciones Sociales de Base como clubes de madres, comedores populares, vaso de leche y similares.		

Nivel de mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.[112] La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres y más vulnerables, en especial de zonas rurales y urbanas marginales. La razón de muerte materna es el indicador que mide el riesgo que tiene una mujer de morir por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

En efecto, el Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna, sin embargo, aún queda mucho por hacer pues se tiene regiones con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad y Loreto. Al 2014, las causas de muerte directas registradas fueron: hemorragias (40,2%), hipertensión inducida por el embarazo (32%), aborto (17,5%), e infecciones durante el período de puerperio (4,1%).

Tabla N° 28

VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	Valores históricos					[illegible]
				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna	ENDES	Razón x 100 000 nacidos vivos	95,9	92,7	89,9	78,1	83,3	83,6

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

112 United Nations. *World Population Prospects*. Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992.

Cabe señalar que la razón de muerte materna es el indicador que mide el riesgo que tiene de morir una mujer por razones asociadas al embarazo, parto o puerperio y se relaciona directamente con la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Por otra parte, es importante definir los actores que están relacionados a esta variable:

Tabla N° 29

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud)	Nivel de mortalidad materna	- Mujeres - Familias
2	MIDIS		
3	MINEDU		
4	ONGs		
	Organizaciones Sociales de Base como clubes de madres, comedores populares, vaso de leche y similares.		

Nivel de mortalidad neonatal

Si bien la mortalidad infantil (en menores de cinco años) se ha reducido significativamente de 33 niños por cada 1000 nacidos vivos en el año 2000, a 20 en el año 2010 y 18 en el año 2015; la mortalidad neonatal (entre 0 y 28 días de vida) permanece alta en 8,6 niños por cada 1000 nacidos vivos. Así, se observa que a fines del año 2012, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal del Ministerio de Salud reportó 3,384 defunciones de recién nacidos, siendo predominantes las defunciones en los primeros siete días de nacidos (81%). Los principales problemas neonatales que causan la mortalidad son prematuridad, asfixia, infecciones, síndromes de dificultad respiratoria y malformaciones congénitas.

La mayoría de las muertes de los neonatos se pueden evitar ya que se cuenta con intervenciones eficaces bien documentadas en el ámbito científico internacional reconocido por la OMS. Todas estas intervenciones son sumamente económicas y su aplicación conjunta y vinculada con otros programas del sistema de salud permitirá una reducción adicional de los costos. Las intervenciones como iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del parto, asegurar una práctica correcta con el cordón umbilical, ligándolo en el momento oportuno, mantener abrigado al bebé, reconocer señales de peligro y buscar ayuda, y brindar cuidados especiales a los bebés con bajo peso al nacer, son ejemplos de medidas costo-efectivas que no incluyen medicamentos costosos ni tecnología compleja.

Tabla N° 30

				Valores históricos					
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad						
Mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	ENDES	Tasa x 1 000 nacido vivo	10,0	12,6	12,0	11,5	9,2	8,6

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar.

Se observa una tendencia nacional a la baja en esta indicador, sin embargo, en el 2015 doce regiones presentaban Tasa de Mortalidad Neonatal en el doble o más de magnitud de la meta que el MINSA está proponiendo al 2021 que es de 7 muertes neonatales por mil nacidos vivos. En el mismo año, nueve regiones se hallaban en el intervalo de 7 muertes neonatales por mil Nacidos Vivos y 14 muertes neonatales por mil Nacidos Vivos.[113]

Respecto a los actores que están relacionados a esta variable, tenemos:

Tabla N° 31

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud)	Nivel de mortalidad materna	- Mujeres - Familias
2	MIDIS		
3	MINEDU		
4	ONGs		

Incidencia de tuberculosis

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria (Mycobacterium tuberculosis) que puede diseminarse a cualquier parte del organismo desde las primeras fases de su agresión. Por ello, la TB puede afectar cualquier órgano o tejido, aunque la localización más frecuente es la pulmonar, la que representa del 80 al 85% de casos. La forma de transmisión es de una persona enferma a un sujeto sano a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa[114]. Actualmente, la TB se constituye en un reto de salud pública, debido a la alta incidencia de casos, a la presencia de formas resistentes del Mycobacterium tuberculosis, a la asociación de la tuberculosis con la infección del virus de la inmunodeficiencia humana y la presencia en todos los estratos sociales, todo lo cual sustenta la importancia de desarrollar actividades que permitan controlar la transmisión epidemiológica de la enfermedad[115].

Durante los últimos años la tendencia de la incidencia de tuberculosis ha ido disminuyendo gradualmente, desde una tasa de 95,7 x 100 mil Habitantes del 2010 a 87,5 x 100 mil Habitantes para el 2015. Respecto a la aparición de casos pulmonares con frotis pulmonar positivo, se ha reducido ligeramente de 14 350 casos en el año 2010 a 12 313 casos en el año 2015. A pesar de los avances, se deben redoblar esfuerzos para superar el abordaje eminentemente biomédico y lograr la acción multisectorial para superar los determinantes sociales del daño.

Tabla N° 32

				Valores históricos					
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad						

113 Proyecto Plan Estratégico Nacional de morbimortalidad Neonatal en el Perú 2016 – 2020.

114 OMS, Tuberculosis. Disponible en: http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/ (visitado: 03.02.16).

115 OPS, Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.

Tuberculosis	Incidencia de tuberculosis	ESNPCT	Tasa por 100 000	95,7	97,4	93,0	91,9	88,8	87,5

Fuente.- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Programa de control de tuberculosis (ESNPCT/DGSP/MINSA)

Respecto a los actores que están relacionados a esta variable, tenemos:

Tabla N° 33

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud y establecer normas técnicas de cuidados y atención)	Tuberculosis	Población en general
2	Gobiernos Regionales y Locales		
3	MINEDU, MINTRA, MIDIS, MINJUS		
4	EsSalud, Clínicas		
5	ONGs		

Incidencia de cáncer

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años.[116]

En el reporte sobre Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014[117] de la OMS, se encuentra que la muerte por cáncer constituye el 20% del total de enfermedades no transmisibles.

En el Perú, los departamentos con mayor promedio de casos notificados de cáncer por año son Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura. Los cánceres que a nivel nacional presentan un mayor promedio de casos por año fueron los de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%) seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). En el sexo masculino predominaron el cáncer de próstata (15.1%), cáncer de estómago (15.1%) y el cáncer de piel (7.8%); mientras que, en el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (24.1%), el cáncer de mama (16.6%) y el cáncer de estómago (8.6%)[118].

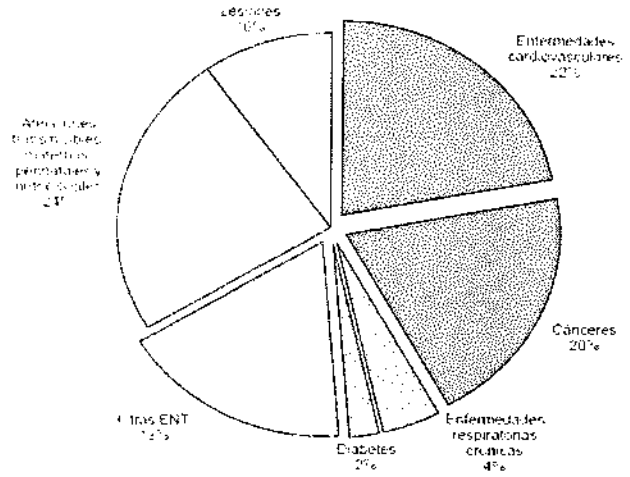
116 Informe mundial sobre el cáncer 2014 en: OMS, Cáncer. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/ (visitado: 03/02/2016).

117 Reporte sobre Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014.

118 Análisis de Situación del Cáncer en el Perú, 2013, DGE – MINSA. http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

Gráfico N° 11

Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades, ambos sexos)*



Total de muertes: 132,000

FUENTE: OMS (Reporte sobre enfermedades no transmisibles)

Los afiliados al SIS hoy, reciben atención gratuita inclusive para servicios altamente especializados y atenciones de alto costo como el cáncer, trasplante de órganos, hemodiálisis, cirugía cardiaca, cirugía de malformaciones congénitas. Es más, si se requiere atención en servicios de mayor complejidad, en especial en áreas rurales de la selva y sierra, el SIS financia el traslado aéreo o fluvial con un acompañante-según indicación médica-. Éste es un aporte adicional al tratamiento oncológico.

Los avances a la fecha permiten afirmar que el Plan Esperanza, creado en el año 2012, ha afianzado una cultura de prevención y detección temprana de cáncer. A junio 2015 se han realizado más de 7.8 millones de consejerías y más de 4.7 millones de personas evaluadas para diagnóstico precoz de cáncer y 140 mil personas con cáncer han recibido tratamiento gratuito con una cobertura de gasto que alcanza a 348 millones de soles (octubre 2015).

Actualmente, los datos del SIS muestran que el 50% de afiliados con cáncer se atienden en etapa temprana (estadios clínicos I y II). En el 2012, el 75% de casos de cáncer se detectaba en etapa avanzada. Además del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) existen 56 establecimientos de salud que brindan atenciones oncológicas financiados por el SIS-FISSAL, que son fondos públicos que garantizan una atención integral. Los gastos de tratamiento quimioterápico, radioterapia, hospitalización y operación han sido cubiertos íntegramente por el SIS - FISSAL.

Es preciso señalar que el cáncer en sus diversas expresiones presenta un alto crecimiento en su tasa de mortalidad entre el año 2010 y el año 2015, subiendo de 106,9 por 100 mil habitantes a 117,5 en el año 2015.

Tabla N° 34

VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	Valores históricos					Actual
				2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer	MINSA-HIS	Tasa por 100 000	106,9	107,0	112,4	114,1	115,8	117,5

Fuente.- Ministerio de Salud. OEGI.

Respecto a los actores que están relacionados a esta variable, tenemos:

Tabla N° 35

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud y establecer normas técnicas de cuidados y atención)	Cáncer	Población en general
2	INEN		
3	EsSalud, Clínicas		
4	Industria Farmacéutica		
5	ONGs		

Prevalencia de Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. En 2012 fallecieron 1,5 millones de personas en el mundo como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.[119]

La diabetes mellitus presenta un crecimiento que alcanza el 3,2% de la población en el 2013, y se estima está en el 7% en el año 2015. Dada la mayor actividad de despistaje y captación de casos, es de esperar que se registre un mayor número de diagnósticos de esta enfermedad, por lo que se estima que la prevalencia estadística alcanzará al 8% en los próximos dos años y que los efectos de las intervenciones empezarán a reflejarse notoriamente a partir del año 2022.

Tabla N° 36

VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	Valores históricos					Actual
				2010	2011	2012	2013	2014	2015
Diabetes	Prevalencia de diabetes (población de 15 años a más)	ENDES	Porcentaje				3.2		

Fuente.- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar. Ministerio de Salud. Hoja de Información de Salud.

119 OMS. *Diabetes*, Nota descriptiva N°312, Enero de 2015. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/ (Visitado el 03/02/2016).

Respecto a los actores que están relacionados a esta variable, tenemos:

Tabla N° 37

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud y establecer normas técnicas de cuidados y atención)	Diabetes Mellitus	Población en general
2	MINEDU		
3	EsSalud, Clínicas		
4	Industria Farmacéutica		
5	ONGs		

Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias médicas

Debido a que en el país se vienen incrementando las lesiones o accidentes (causas externas) como causas de mortalidad y morbilidad; en los últimos años se ha dado un incremento significativo de establecimientos y servicios de salud con atención de urgencias y emergencias, lo cual se refleja en la creación del Programa Presupuestal 104 "*Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas*". De acuerdo al anexo 2 de dicho PP, el seguimiento de la variable mortalidad por urgencias y emergencias mide de forma más precisa el impacto de tal programa. Los datos se recogerán anualmente de la ENDES (Anexo 2, PP 104).

En dicho contexto, se ha considerado presentar como indicador la Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud, que mantiene un valor de reducción leve en alrededor de 4,5 por cada 100 pacientes en emergencia de salud en los últimos años.

Tabla N° 38

				Valores históricos					Actual
VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalidad por urgencias y emergencias	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud	SIGHOS	Tasa			4,8	4,7	4,5	4,2

Fuente.- Ministerio de Salud - Sistema de información de gestión hospitalaria (SIGHOS).

Respecto a los actores que están relacionados a esta variable, tenemos:

Tabla N° 39

ÍTEM	ACTORES QUE INFLUYEN EN LA VARIABLE ESTRATÉGICA	VARIABLE ESTRATÉGICA	ACTORES SOBRE LOS CUALES LA VARIABLE ESTRATÉGICA TIENE INFLUENCIA
1	MINSA (que es responsable de emitir políticas de salud)	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Población en general
2	Bomberos / policía nacional / salvavidas (sus acciones podrían reducir este tipo de mortalidad)		
3	Clínicas privadas		
4	ONGs		

II. CONSTRUCCIÓN DE ESCENARIOS

Los escenarios son descripciones consistentes y coherentes de futuros hipotéticos alternativos que reflejan diferentes perspectivas sobre el pasado, presente y futuros desarrollos, que pueden servir como base para la acción.[120] Los escenarios de la fase prospectiva pueden ser de tres tipos:

- Escenario óptimo: Es el mejor estado posible de futuro de cada variable estratégica frente al cual puede compararse cualquier situación pasada, presente o futura
- Escenario tendencial: Es el escenario de futuro que refleja el comportamiento de las variables estratégicas, respetando la continuidad de su patrón histórico.
- Escenarios exploratorios: Son posibles modificaciones en el comportamiento de algunas de las variables estratégicas que generan cambios significativos en el futuro, diferentes a los previstos en el escenario tendencial.[121]

A continuación presentaremos los escenarios desarrollados del Sector Salud.

2.1. Escenario tendencial

Para elaborar el escenario tendencial de cada variable se han realizado proyecciones aritméticas teniendo en cuenta el patrón histórico que ha tenido cada uno de ellos en los últimos tres años.

120 CEPLAN, Guía Metodológica de la Fase Prospectiva (documento de trabajo), Lima, 2016.

121 ibid.

	VARIABLE	INDICADOR	Valor actual	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2030
1	Nivel de aseguramiento de salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud (ENAHO)	73,5	75,5	77,5	79,5	81,5	83,5	85,5	100
2	Nivel de protección financiera	Porcentaje de Gasto de bolsillo en salud (INEI)	33,2 (2014)	29,7	28,0	26,5	25,0	23,7	22,4	13,5
3	Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud (ENAHO)	49.4	50,3	51,1	52,0	52,8	53,7	54,6	61,4
4	Acceso a agua segura y saneamiento básico	Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada (ENDES)	96,2	96,8	97,4	98,0	98,6	99,2	99,8	100
		Porcentaje de hogares con saneamiento básico (ENDES)	92,6	93,8	95,0	96,2	97,4	98,6	99,8	100
5	Nivel de educación en mujeres	Porcentaje de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa (ENAHO)	57,9	59,3	60,8	62,2	63,7	65,1	66,6	78,2
6	Acceso a una alimentación saludable	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ENDES)	11,8	12,8	13,8	14,8	15,8	16,8	17,8	25,8
7	Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil (ENDES)	14,4	13,1	11,9	10,8	9,8	8,9	8,1	5
8	Nivel de ausentismo laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año (ESSALUD)	14 990 137 (2014)	19 393 245	20 780 610	22 167 975	23 555 340	24 942 705	26 330 070	37 428 990
9	Nivel de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna (ENDES)	83,6	81,3	79,1	77,0	74,9	72,9	70,9	49,2
10	Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (ENDES)	8,6	8,3	8,0	6,2	6,0	5,8	5,5	4,5
11	Incidencia de tuberculosis	Incidencia de tuberculosis (ESNPCT/DGSP/MINSA)	87,5	84,5	81,5	78,5	75,5	72,5	69,5	42,5
12	Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer (MINSA-OEGI) (MINSA-HIS)	117,5	119,7	121,8	123,9	126,0	128,2	130,3	147,3
13	Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años) (ENDES)	3,2 (2013)	5,0	6,0	7,0	8,0	8,0	8,0	5,0
14	Mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)	4,2	4,0	3,8	3,7	3,5	3,4	3,2	2,2

(*) Es preciso señalar que las siguientes variables: Nivel de mejora del desempeño regional; Nivel de funcionamiento de municipios saludables; Grado de articulación de políticas intergubernamentales; Nivel de participación social; Brecha de inversiones; Brecha de talento humano; Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos; Grado de modernización de la gestión hospitalaria; Nivel de acreditación de establecimientos de salud; y Grado de innovación tecnológica en salud, no han sido consideradas en este cuadro porque el indicador está en proceso de construcción para ser utilizado en próximas actualizaciones del Documento Prospectivo.

***En el escenario tendencial**, los determinantes de salud en las condiciones de vida mejoran elevándose los hogares con acceso a agua tratada y al saneamiento básico al 99,8% al 2021 y 100% al 2030; se incorporan hábitos saludables en la población mediante los procesos educativos y campañas de carácter integral, que mejora la seguridad alimentaria, permitiendo disminuir la desnutrición crónica infantil al 8,1% al 2021 y 5,0% al 2030, aunque la nutrición de la población muestra un incremento del déficit calórico por insuficiente cambios en los patrones e industria alimentarios. En el determinante laboral no logra reducirse el ausentismo laboral vinculado a diversos temas de salud ocupacional que no logran ser abordados suficientemente en este periodo al 2021.*

Gracias a las condiciones sanitarias se logra disminuir la razón de mortalidad materna a 70,9 en el 2021 y 49,2 en el 2030; la mortalidad neonatal (muerte en el primer mes de nacido) desciende a 5,5 de cada 1 000 nacidos vivos en el 2021 y 4,5 por cada 1000 nacidos vivos en el 2030. La tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias de salud pasa de 3,2 en el 2021 a 2,2 en el 2030.

Sin embargo, las enfermedades transmisibles y no transmisibles no logran mejoras importantes. Disminuye levemente la tuberculosis, pero se incrementan las enfermedades mentales, el cáncer, la diabetes mellitus, entre otras.

En los temas de gestión para la atención de la salud la cobertura mejora fruto de una gestión que busca el aseguramiento universal de la salud, que se eleva al 85,5% en el 2021 y 100% en el 2030. Asimismo, el financiamiento de la salud permite que el gasto de bolsillo baje al 22,4% en el año 2021 y al 13,5% en el año 2030.

2.2. Escenario óptimo

Para la elaboración del escenario óptimo se han investigado las mejores experiencias internacionales en cada una de las variables, asimismo, se ha revisado documentos de organismos internacionales y se ha realizado consultas a expertos para definir el mejor escenario posible. De esta manera, se ha obtenido lo siguiente:

	VARIABLE	INDICADOR	VALOR ACTUAL	ESCENARIO TENDENCIAL AL 2021	ESCENARIO ÓPTIMO	FUENTE
1	Nivel de aseguramiento de salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud (ENAHO)	73,5	85,5	100	Expertos
2	Nivel de protección financiera	Porcentaje de Gasto de bolsillo en salud (INEI)	33,2 (2014)	22,4	0	Expertos
3	Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud (ENAHO)	49,4	54,6	100	Expertos
4	Acceso a agua segura y saneamiento básico	Porcentaje de hogares con acceso a agua tratada (ENDES)	96,2	99,8	99,9	ODS
		Porcentaje de hogares con saneamiento básico (ENDES)	92,6	99,8	99,9	ODS
5	Nivel de educación en mujeres	Porcentaje de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa	57,9	66,6	100	Expertos
6	Acceso a una alimentación saludable	Porcentaje de Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ENDES)	11,8	17,8	80	Expertos
7	Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil (ENDES)	14,4	8,1	5,0	Plan Bicentenario
8	Nivel de ausentismo laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año (ESSALUD)	14 990 137 (2014)	26 330 070	15,000,000	Expertos
9	Nivel de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna (ENDES)	83,6	70,9	3	Data BM
10	Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (ENDES)	8,6	5,5	1	Data BM
11	Incidencia de tuberculosis	Incidencia de tuberculosis (ESNPCT/DGSP/MINSA)	87,5	69,5	10,0	ESNPCT/DGSP/MINSA
12	Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer (MINSA-OEGI) (MINSA-HIS)	117,5	130,3	30,0	Data BM
13	Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años) (ENDES)	3,2 (2013)	8,0	1,5	Expertos
14	Mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)	4,2	3,2	2	Expertos

(*) Es preciso señalar que las siguientes variables: Nivel de mejora del desempeño regional; Nivel de funcionamiento de municipios saludables; Grado de articulación de políticas intergubernamentales; Nivel de participación social; Brecha de inversiones; Brecha de talento humano; Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos; Grado de modernización de la gestión hospitalaria; Nivel de acreditación de establecimientos de salud; y Grado de innovación tecnológica en salud, no han sido consideradas en este cuadro porque el indicador está en proceso de construcción para ser utilizado en próximas actualizaciones del Documento Prospectivo.

En el escenario óptimo *los determinantes de salud en las condiciones de vida mejoran elevándose los hogares con acceso a agua tratada y al saneamiento básico a toda la población (100%); se incorporan hábitos saludables en la población mediante los procesos educativos y campañas integrales, mejorando la seguridad alimentaria, disminuyendo la desnutrición crónica infantil al 5%, generando cambios en los patrones e industria alimentarios. Se reduce significativamente el ausentismo laboral vinculado a los diversos temas de salud ocupacional que predominan, los que son abordados en forma significativa.*

De esta forma, las condiciones sanitarias reducen la razón de mortalidad materna a 3,0 y la mortalidad neonatal (muerte en el primer mes de nacido) desciende a 1,0 por cada 1 000 nacidos vivos con una tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud que baja a 2,0.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles logran mejoras importantes. Disminuye la tuberculosis a pacientes que son crónicos y no se tienen nuevos casos, y el cáncer y la diabetes mellitus, entre otras disminuyen de manera relevante. Además, gracias a la profundización de políticas y estrategias de promoción de la salud, se logra que el porcentaje de personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día sea del 80%.

Gracias a la mejora de la gobernanza de la salud y la consolidación de la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud, se logra el 100% del aseguramiento universal de la salud, con 0 gasto de bolsillo de la población.

2.3. Escenarios exploratorios

Los gobernantes, administradores, y en general, los tomadores de decisiones, deben contar con una imagen clara acerca de los distintos futuros alternativos que se pueden presentar, los cuales pueden ser alterados por factores relacionados a fenómenos naturales, políticos, sociales, tecnológicos, etc., como lo son el nivel de empleo, la distribución demográfica, las tasas de natalidad y de mortalidad, el producto interno bruto, las expectativas de vida, la demanda de servicios de salud, vivienda, los combustibles, la electricidad, el transporte y la educación[122].

En dicho contexto, y siguiendo la metodología del CEPLAN, se han elaborado tres (3) escenarios exploratorios sobre la base del análisis de eventos de futuro, el escenario tendencial de las variables estratégicas y las tendencias que afectan el modelo conceptual.

Metodología:

Se utilizó la metodología de lluvia de ideas, mediante un cuestionario basado en la escala de Likert, la cual representa una gradilla psicométrica, en la que a Juicio de Expertos, se identificó los eventos disruptivos que podrían (en un futuro) incidir en las Variables Estratégicas de la fase prospectiva.

Resultados:

1. Características y Valoración de los eventos disruptivos:
    i. Influyente
    ii. Probable
    iii. Impacto

[122] González Sampayo, Itzel, *Escenarios Exploratorios: Como herramienta para la evaluación de negocios en marcha*. México. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 2007.

2. Elaboración de la Escala de Likert y Valoración de los eventos disruptivos:

Influyente		Probable		Impacto	
1	Poco Influyente (PI)	1	Poco Probable (PP)	1	Muy bajo Impacto (MBI)
2	Raramente Influyente (RI)	2	Raramente Probable (RP)	2	Bajo Impacto (BI)
3	Medianamente Influyente (mI)	3	Medianamente Probable (mi)	3	Mediano Impacto (MI)
4	Influyente (I)	4	Probable (P)	4	Alto Impacto (AI)
5	Muy Influyente (MI)	5	Muy Probable (MP)	5	Muy Alto Impacto (MAI)

3. Valoración y ranking de los eventos disruptivos, según la Escala de Likert:

Juicio de Expertos						
EVENTOS DISRUPTIVOS -		A	B	C	Puntaje	Porcentaje
		Influyente	Probable	Impacto		
		1=PI, 2=RI, 3=mI, 4=I, 5=MI	1=PP, 2=RP, 3=mP, 4=P, 5=MP	1=MBI, 2=BI, MI, 4=AI, 5=MAI	A + B +C	15 como puntaje max.
1.-	Catástrofes: Terremoto >9°	4	3	5	12	80
2.-	Cambio Climático: Epidemias	3	4	3	10	67
	Cambio Climático: Escases de agua	4	4	4	12	80
3.-	Crisis Económica: mantenimiento o disminución del PBI Sector salud	5	2	5	12	80
4.-	Conflictos sociales: Huelga	4	2	3	9	60
5.-	Normativa que fortalece a la Rectoría del Sector	3	4	4	11	73
6.-	Ingreso a la OCDE	3	4	4	11	73
7.-	Seguridad Ciudadana: Delincuencia y violencia	4	4	4	12	80

De esta forma, se priorizaron tres eventos de futuro que configuran los tres escenarios exploratorios:

Escenario exploratorio 1: Catástrofe (terremoto). En este escenario exploratorio el sector se ve afectado por un terremoto de gran magnitud en la ciudad de Lima.

Escenario exploratorio 2: Cambio climático (fenómeno del niño, epidemias). En este escenario la población peruana sufre un fuerte fenómeno del niño producto del cambio climático, lo cual genera epidemias y afecta la salud de las personas.

Escenario exploratorio 3: Crisis económica (mantenimiento o disminución del PBI del sector). En este escenario el gobierno deja de incrementar el PBI debido a una profunda crisis económica, lo que afecta la cobertura del servicio de salud.

Estos escenarios fueron contrastados con las variables estratégicas, definiéndose nuevos valores por cada situación. Cabe señalar que de acuerdo con la Guía de la Fase Prospectiva del CEPLAN, los valores de los indicadores en los escenarios exploratorios deben ser considerados como valores referenciales que permiten expresar la posible situación de cada variable estratégica en cada escenario.[123]

CEPLAN, Guía Metodológica de la Fase Prospectiva (documento de trabajo), Lima, 2016.

	VARIABLE	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)
1	Nivel de aseguramiento de salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud	ENAHO	Porcentaje	90,0	90,0	80,0
2	Nivel de protección financiera	Porcentaje de Gasto de bolsillo en salud (INEI)	MINSA	Porcentaje	20%	20%	30%
3	Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud	ENAHO	Porcentaje	55,0	58,0	55,0
4	Acceso a agua segura y saneamiento básico	Proporción de hogares con acceso a agua tratada	ENDES	Porcentaje	93,5	99,8	99,0
		Proporción de hogares con saneamiento básico	ENDES	Porcentaje	93,5	99,8	99,0
5	Nivel de educación en mujeres	Porcentaje de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa	ENDES	Porcentaje	66,6	66,6	66,2
6	Acceso a una alimentación saludable	Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día	ENDES	Porcentaje	15,0	15,0	15,0
7	Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil	ENDES	Porcentaje	11,0	11,0	11,0
8	Nivel de ausentismo laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año	ESSALUD	Días	35,000,000	27,000,000	27,000,000
9	Nivel de mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna	ENDES	Razón x 100000	60,0	65,0	68,0
10	Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	ENDES	Tasa x 1000 nac.vivos	6,0	7,0	7,0
11	Incidencia de tuberculosis	Incidencia de tuberculosis	ESNPCT	Tasa x 100 000	81,5	75,0	75,0
12	Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer	MINSA-OEGI	Tasa x 100 000	130,3	130,3	130,3
13	Prevalencia de diabetes Mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años)	ENDES	Porcentaje	8,0	8,0	8,0
14	Mortalidad por urgencias y emergencias médicas	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)	(SIGHOS)	Tasa	7,1	9,0	4,5

(*) Es preciso señalar que las siguientes variables: Nivel de mejora del desempeño regional; Nivel de funcionamiento de municipios saludables; Grado de articulación de políticas intergubernamentales; Nivel de participación social; Brecha de inversiones; Brecha de talento humano; Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos; Grado de modernización de la gestión hospitalaria; Nivel de acreditación de establecimientos de salud; y Grado de innovación tecnológica en salud, no han sido consideradas en este cuadro porque el indicador está en proceso de construcción para ser utilizado en próximas actualizaciones del Documento Prospectivo.

Narración de los escenarios exploratorios

ESCENARIO EXPLORATORIO I: Terremoto grado 8.5° Richter con epicentro en Lima- Callao

Un evento de este tipo afectaría gravemente todo tipo de construcciones, tanto edificaciones públicas como privadas, así como a los servicios generales de electricidad, telecomunicaciones, distribución de agua potable a los hogares y las conexiones de saneamiento básico y alcantarillado. De similar modo, se verían afectados la mayor parte de los establecimientos de salud, limitando su capacidad de atención y la oferta de servicios.

Los efectos inmediatos y de mediano plazo se reflejarían en una disminución de la proporción de hogares con conexión domiciliaria a agua potable e instalaciones de saneamiento básico (seis puntos porcentuales, aproximadamente un millón de hogares), principalmente en las zonas antiguas de Lima y Callao, áreas periféricas con suelos menos sólidos (Ventanilla, Chorrillos, Villa El Salvador, La Molina), y ciudades intermedias al sur y norte de la Capital (Chancay, Huacho, Mala, Cañete, Chincha). En lo inmediato y corto plazo, el elevado número de las víctimas que no pudieran ser rescatadas representarían un gran peligro de epidemias por la descomposición orgánica de los cuerpos que facilitarían la proliferación de infecciones y afecciones transmitidas por roedores, insectos y similares. La falta de agua segura de manera permanente y sobretodo de sistemas de saneamiento también redundaría en mayor riesgo a enfermedades de tipo infeccioso gastrointestinal, de piel y conjuntivas, y asociadas a hábitos deficientes de higiene personal (diarreas, parasitosis y similares, infecciones de piel, acarosis, conjuntivitis, etc.).

Por otra parte, también se afectaría la disponibilidad de alimentos que requieren ser consumidos frescos tipo verduras y frutas, o carnes y lácteos por las dificultades para su conservación; esto principalmente en los momentos más inmediatos de la catástrofe pero que persistirían de manera parcial hasta cuando hubiera una reconstrucción apropiada de las edificaciones y la conexión de servicios. Por ello, se podría incrementar el nivel de desnutrición infantil y de malnutrición general.

Otro aspecto que se evidenciaría en lo inmediato es lo relacionado a accidentes y efectos físico traumáticos con riesgo inminente de muerte o que requeriría atención traumatológica o quirúrgica para evitar complicaciones que igualmente ponen en riesgo la vida o para evitar secuelas invalidantes. Los casos serían numerosos y ante el colapso de la infraestructura de los establecimientos de salud, el riesgo de mortalidad sería elevado.

Un aspecto adicional que se evidencia en lo inmediato, mediato y a largo plazo es lo vinculado a la esfera de la salud emocional y mental. Las consecuencias por la pérdida de familiares y amigos así como por las propiedades e incertidumbre, traen como consecuencia la depresión, ansiedad, pérdida de pertenencia social y de perspectiva de vida, tendencia al suicidio y otras condiciones negativas en la salud mental.

Con relación a los efectos sobre los establecimientos de salud, se verían seriamente afectados en su infraestructura, servicios básicos y personales que de ocurrir el siniestro durante horas laborables, el personal de salud podría formar parte de las víctimas mortales. Lo antes señalado traería como consecuencia la disminución de la capacidad de ofertar servicios de salud de todo tipo en lo inmediato y en el mediano plazo de no ocurrir la reconstrucción pronta de la infraestructura de los establecimientos de salud.

En el mediano a largo plazo, si no ocurre una recuperación rápida de la infraestructura de los establecimientos de salud, la deficiencia de oferta de servicios incluiría entre otros los materno-infantiles por lo que la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal podrían

incrementarse significativamente en las zonas afectadas, reflejándose en la desmejora de las estadísticas nacionales de tales indicadores. Similar situación podría darse para la adecuada y oportuna atención de diversos problemas de salud, así como para las urgencias y emergencias de salud que podrían ver incrementada la tasa de mortalidad por dichas causas y la tasa de letalidad de personas admitidas a los establecimientos de salud.

Las acciones inmediatas del Ministerio de Salud en coordinación con la PCM (Defensa Civil), Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Relaciones Exteriores (Cooperación y ayuda internacional) y el MEF, sería articular interinstitucionalmente (MINSA, EsSalud y Sanidades) una rápida y eficaz respuesta a través de hospitales de campaña con servicios para tratar principalmente especialidades quirúrgicas, traumatológicas, materno infantiles, de salud mental y para control de infecciones entre otros servicios. Asimismo, iniciaría una pronta acción de inversión para la recuperación de la capacidad de la oferta pública de salud. En el mediano y hacia el largo plazo, el MINSA y otras instituciones del sector, dedicarían su esfuerzo en ampliar y perfeccionar la reconstrucción de la capacidad de la oferta de salud y se perfeccionarían las políticas y estrategias para la previsión y atención de situaciones derivadas de desastres basados en la experiencia reciente.

ESCENARIO EXPLORATORIO II: gravedad de las epidemias metaxénicas como consecuencia del cambio climático

El cambio climático puede ir acentuándose y modificando significativamente las condiciones de hábitat de los vectores y los agentes infecciosos para que la ocurrencia de epidemias dañinas a la salud y vida de los seres humanos se presente de manera más frecuente e incluso más severa (ejemplo de posible relación entre infección Sika de la gestante y microcefalia en el niño). Así mismo, el cambio climático afectará a otros seres vivos de flora y fauna, lo cual traería como consecuencia alteraciones en los ciclos productivos de alimentos y en la reproducción de especies animales de consumo.

Lo antes descrito puede tener efecto en la disponibilidad de agua y de alimentos, afectando negativamente el nivel de salud de las personas como, por ejemplo, desmejorando el nivel de nutrición de las personas, en especial de los más vulnerables o en riesgo, y por lo tanto, aumentando la desnutrición infantil, las enfermedades o condiciones carenciales de las gestantes y del niño en crecimiento (etapa fetal), reflejándose luego en la mortalidad materna, fetal o neonatal. Igualmente, existen grupos de personas cuya disminución en el aporte alimentario nutricional puede empeorar su condición porque se ve disminuida su capacidad inmune, como en el caso de personas afectadas por tuberculosis o viviendo con VIH.

En lo que respecta a la mortalidad producto de las enfermedades metaxénicas, cabe la probabilidad que mutaciones del agente infeccioso le otorguen un nivel de severidad y letalidad más alto. Además, la ocurrencia de epidemias metaxénicas exige asignar mayores partidas presupuestales para responder a las necesidades sanitarias de los casos presentados, así como para las medidas de control y prevención lo cual, en el corto plazo, podría limitar el incremento o disminuir la asignación a otros programas estratégicos afectándolos en el logro de sus metas. El largo plazo requeriría de incrementos progresivos de recursos presupuestales hasta lograr el control de estas enfermedades articuladamente con la comunidad internacional, principalmente regional.

Una situación que puede derivar del cambio climático y la ocurrencia de epidemias escasamente controladas, es que se conviertan en enfermedades endémicas (permanentes) que mantengan en riesgo constante la salud de las personas que habitan en las regiones afectadas y que también limite otras esferas de las actividades como las comerciales relacionadas al turismo.

En un escenario de este tipo, las acciones del Ministerio de Salud a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; se orientarían a transferir capacidades y mantener asistencia técnica a los equipos correspondientes de las zonas afectadas o en riesgo. Del mismo modo, reforzarían la vigilancia epidemiológica y centinela.

ESCENARIO EXPLORATORIO III: Disminución del presupuesto público como efecto de la profundización de la crisis económica.

De ocurrir una profunda crisis económica internacional, el Perú vería afectado el ingreso de capitales como inversión y la balanza comercial por la disminución de sus exportaciones, por lo que podría ocurrir una mayor desaceleración de nuestra economía con disminución de los ingresos fiscales. Esto a su vez llevaría a un "espacio fiscal" menor con una disminución del incremento o franco decremento del presupuesto público para los sectores sociales, incluidos salud.

De ocurrir el panorama antes descrito, el sistema de salud vería afectada su capacidad de respuesta en conjunto y, por lo tanto, todos los indicadores sanitarios se verían negativamente afectados, así como las condiciones de vida y atención de salud de la población.

Así, en un escenario de este tipo veríamos un incremento de la desnutrición infantil, de las tasas de morbi - mortalidad materno infantil, de tuberculosis (en especial de formas drogo resistentes), de mortalidad por cáncer y por urgencias y emergencias de salud, entre otras condiciones.

En el corto y mediano plazo, la acción inter gubernamental por su parte requerirá mejorar la eficiencia y calidad del gasto público en salud y aumentar la participación activa y articulada de más agentes sociales dedicados a la salud. En el largo plazo, se esperaría una recuperación económica global que permita la ampliación de servicios y cuidados de los residentes en el país.

2.4. Identificación de riesgos y oportunidades

El análisis de riesgos y oportunidades nos da la posibilidad de tener información que servirá para la mejor elección del escenario apuesta, así también, nos permitirá diseñar procesos posteriores para hacerles seguimiento.[124]

De acuerdo a la Guía Metodológica del CEPLAN de la Fase Prospectiva, por cada uno de los escenarios exploratorios se obtiene un grupo distinto de riesgos y oportunidades, que se desprenderán directamente de los elementos que lo componen. A continuación, se presentan los riesgos y oportunidades identificados:

ESCENARIO EXPLORATORIO I	RIESGO	OPORTUNIDADES
Catástrofe: Terremoto	Destrucción de viviendas y los servicios de agua y saneamiento limitando o dificultando su acceso.	Difusión de normas de salud vinculadas a cambios en estilos de vida y hábitos favorables a la salud
	Daño irreparable a la infraestructura de salud.	Fortalecimiento de la gestión de riesgo de desastres en el sector salud.

124 CEPLAN, Guía Metodológica de la Fase Prospectiva (documento de trabajo), Lima, 2016.

	Aumento drástico de las urgencias y emergencias	Fortalecimiento de la participación social.
	Desencadenamiento de epidemias	Evaluación y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud.
	Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.	Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial
	Hacinamiento en los hospitales.	Apoyo de la cooperación internacional
	Vulnerabilidad a incrementar las muertes de niños y adulto mayor	Sensibilidad de la población frente a los riesgos de desastres.
	Muerte de personal de salud: médicos, enfermeros, etc.	
	Conflictos sociales por mala gestión y corrupción	
	Pérdida de coordinación entre las redes existentes.	
	Vandalismo y robos	

ESCENARIO EXPLORATORIO II	**RIESGO**	**OPORTUNIDADES**
Cambio climático: Epidemias	Propagación rápida de la epidemia.	Fortalecimiento de programas educativos.
	Falta de conocimiento científico sobre la forma de enfrentar la epidemia.	Fortalecimiento de la participación social.
	Apertura de nuevos nichos ecológicos de enfermedad.	Aumento de capacidades en investigación sobre epidemias.
	Trastornos sociales y pérdidas económicas.	Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial.
	Aumento drástico de las urgencias y emergencias.	Disposición de los decisores de política hacia el planeamiento prospectivo.
	Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.	Fortalecer la vigilancia epidemiológica.
	Conflictos sociales por mala gestión y corrupción.	

ESCENARIO EXPLORATORIO III	**RIESGO**	**OPORTUNIDADES**
Crisis económica: Disminución del PBI	Huelgas relacionadas al aumento de sueldo.	Fortalecimiento de la capacidad y calidad de gasto
	Limitada inversión en nuevas tecnologías.	Fortalecimiento de la gestión de conflictos sociales
	Limitación para la atención y aumentar la cobertura del servicio de salud.	Fortalecimiento de las capacidades y competencias para desarrollar Modelos económicos eficaces
	Incremento de la pobreza.	Fortalecimiento de los programas sociales
	Incremento de las enfermedades	Generación de innovaciones locales
	Recortes y disponibilidad reducida de presupuesto púbico en salud.	
	Conflictos sociales: pobres y desocupados.	
	Incremento de las enfermedades de salud mental.	

III. ESCENARIO DE REFORMA DE LA SALUD

Debido a que el Sector Salud se encuentra en un proceso de reforma, en este Documento Prospectivo se ha visto por conveniente elaborar un escenario adicional sobre la reforma del sistema de salud, con una orientación más cualitativa. El objetivo de este escenario es explicar la situación del proceso de reforma al año 2021. En ese sentido, tenemos lo siguiente:

Escenarios al 2021 de la reforma del sector salud

ESCENARIO	COMPONENTE	SUB COMPONENTE	VARIABLE ESTRATÉGICA	INDICADOR	ESCENARIO TENDENCIAL	ESCENARIO APUESTA
Consolidación del proceso de reforma de la salud e implementación del financiamiento para el acceso universal a servicios de salud	Sistema de salud	Aseguramiento universal	Nivel de aseguramiento de salud	Proporción de la Población afiliada a un seguro de salud	En el escenario tendencial, la reforma de la salud se va consolidando mediante la implementación progresiva de los *"Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud"* y los paquetes legislativos de reforma. Dado que existía un consenso entre los partidos políticos (lo que se observó en sus planes de gobierno) basado en el Acuerdo Nacional en materia de salud, el nuevo gobierno ha implementado los nuevos instrumentos de gestión (PESEM, TUPA, ROF) a una velocidad moderada, pero en línea con el proceso de reforma. En dicho contexto, el nivel de aseguramiento de la población mejora elevándose de un 73,5% de asegurados en el 2015 a un 85,5% en el 2021, aunque aún no alcanzamos un nivel óptimo. Respecto al financiamiento en salud, el Perú ha mantenido un crecimiento moderado, lo que aunado a la ejecución de los planes multisectoriales de inversión en salud, ha permitido financiar las intervenciones del sector y reducir el gasto de bolsillo, del 31,0% en el 2015 al 22,4% al 2021, siendo aún un valor elevado teniendo en cuenta los estándares internacionales y las necesidades de salud de la ciudadanía. Se observa también un mayor número de políticas intersectoriales concordadas y convenios de gestión para resultados con regiones implementados, producto de un cuidadoso proceso de coordinación y articulación multisectorial y multinivel. Este proceso de coordinación también ha permitido una mayor y mejor (calidad) ejecución del presupuesto en salud de los gobiernos regionales y un aumento de la participación social a través de la creación de espacios de coordinación multisectorial local. En estos espacios se toman decisiones sobre la asignación de recursos para salud, recogiendo las necesidades percibidas por la población para la priorización y organización de la provisión de servicios y/o para el ejercicio de la vigilancia social a través de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Por otra parte, las políticas de aseguramiento universal, el proceso de reorganización del sistema de salud en redes integradas de atención primaria, la incorporación de innovación tecnológica, la ejecución de los planes multianuales de inversión, la implementación progresiva del régimen SERVIR y el desarrollo de recursos humanos, aun cuando es todavía limitado, facilitan el acceso de la población a los servicios de salud, tanto en medios urbanos como periurbanos y rurales más próximos a ciudades intermedias. Esto se hace evidente en términos del incremento	En el escenario apuesta, la reforma de la salud está totalmente consolidada debido a la completa implementación de los *"Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud"* y de los paquetes legislativos de reforma. El consenso entre los partidos políticos reflejado en el Acuerdo Nacional y sus planes de gobierno ha tenido como resultado que el nuevo gobierno ha profundizado el proceso de reforma, implementando en su totalidad y de forma rápida los nuevos instrumentos de gestión, tales como el PESEM, el TUPA y el ROF. De esta manera, el Seguro Integral de Salud se consolida como IAFAS público, aumentando su cobertura poblacional y prestacional y reflejando un impacto positivo tanto en el nivel de recuperación de la salud de las personas, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento precoces, así como financieramente en la cobertura total de los costos de atención, en especial de los problemas de salud considerados de alta siniestralidad. En dicho contexto, el nivel de aseguramiento de la población llega al 100%, alcanzado los mejores estándares internacionales. Respecto al financiamiento, debido a las buenas condiciones económicas y buenas prácticas de gobernanza y coordinación multisectorial y multinivel, el financiamiento del sector se eleva a un 8% del PBI, con un gasto de bolsillo de la población del 10%. Asimismo, se mejora considerablemente la coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental, lo que ha permitido una ejecución óptima del presupuesto en salud por parte de los gobiernos regionales y una activa participación social mediante la creación de espacios de coordinación multisectorial local. Estos espacios han dirigido sus intervenciones significativamente a los determinantes sociales y ambientales de la salud en sus respectivas jurisdicciones. Esto impactó positivamente en el mantenimiento de la salud de las familias y en la disminución relativa de los costos de atención. Estos avances se han logrado también por el aumento de la innovación tecnológica en salud, lo que se observa en el mayor número de patentes referidos a los problemas de salud priorizados y dirigidos a la producción nacional de medicamentos, vacunas, dispositivos biológicos y otras tecnologías. En este escenario, finalmente, se observa una acreditación general de todos los establecimientos de salud y un servicio
		Financiamiento	Nivel de protección financiera	Nivel de Gasto de bolsillo del gasto en salud		
		Rectoría y Gobernanza	Nivel de concordancia de políticas intersectoriales	Proporción de Políticas Intersectoriales con dispositivos de implementación aprobados		
			Nivel de mejora del desempeño regional	Proporción de convenios de gestión con ejecución mayor a 80%		
			Nivel de funcionamiento de municipios saludables	Proporción de Presupuesto de gobiernos locales ejecutados en salud		
			Nivel de participación social	Espacios de Coordinación Multisectorial Local en Salud activos		
		Provisión de servicios de salud de calidad	Acceso a servicios de salud de calidad	Personas con problemas de salud que acuden a establecimientos de salud		
			Brecha de inversiones	Densidad de camas hospitalarias por regiones		
			Brecha de talento humano	Densidad de recursos humanos en salud por regiones		
			Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos	Proporción de adquisición de medicamentos del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales		
			Grado de modernización de la gestión hospitalaria	Rendimiento hora médico		
			Nivel de acreditación de establecimientos de salud	Proporción de establecimientos acreditados		

					de la disponibilidad de profesionales y personal de salud así como de facilidades sanitarias como consultorios, centros de atención de urgencias o emergencias, servicios de hospitalización y de diagnóstico de mediana complejidad de manera equitativa en todo el país, basados en los resultados y conclusiones de los ASIS de brechas de oferta y demanda y de los perfiles epidemiológicos actualizados periódicamente. Respecto a la calidad del servicio, se ha logrado una mayor acreditación de los establecimientos de salud y la modernización del servicio, lo cual es observable en el aumento del rendimiento de la hora médico en el marco de parámetros adecuados para la conveniente atención que merece el ciudadano.	totalmente moderno, lo cual se corrobora en el rendimiento hora médico óptimo y en la satisfacción de usuarios.
		Innovación y conocimiento en salud	Grado de innovación tecnológica en salud	Tasa de autosuficiencia de Patentes en salud referidos a los problemas de salud pública priorizados (Indecopi)		
Logros de objetivos sanitarios	Determinantes Sociales de la Salud	Condiciones de Vida	Acceso a agua segura y saneamiento básico	Proporción de Hogares con acceso a agua segura y saneamiento básico (ENDES)	En el escenario tendencial varios indicadores se han vulnerado, reduciendo las brechas de desigualdad en la atención y cuidados de salud. Así, los determinantes de salud en las condiciones de vida mejoran, elevándose el porcentaje de hogares con acceso a agua tratada y al saneamiento básico, del 96,2% en el 2015 al 99,8% al 2021. Los procesos educativos y campañas de carácter integral muestran un impacto pequeño todavía, pues si bien han logrado fomentar estilos de vida en niños y adolescentes, ha sido aún difícil modificar los hábitos de vida en los grupos más amplios de la población, los que mayoritariamente tiene ya incorporados en sus comportamientos cotidianos prácticas desfavorables para la salud. De esta manera, es aún insuficiente el incremento de hábitos y estilos de vida saludables medidos a través del indicador referencial "porcentaje de personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día" de 11,8 % en el 2015 a 17,8 % en el 2021. Por otro lado, las intervenciones del sector han permitido disminuir la desnutrición crónica infantil de 14,4% en el 2015 a 8,1% en el 2021, y el fortalecimiento de las estrategias con relación a micronutrientes ha logrado la disminución en la proporción de niños con anemia.	En el escenario apuesta todos los indicadores identificados han sido vulnerados, reduciendo a su mínima expresión las brechas de desigualdad. De esta manera, los determinantes de salud en las condiciones de vida mejoran elevándose los hogares con acceso a agua tratada y al saneamiento básico a toda la población (99,9%); se incorporan hábitos saludables en la ciudadanía debido a profundos procesos educativos y campañas integrales, mejorando la seguridad alimentaria, y disminuyendo la desnutrición crónica infantil al 5%. De esta forma, las políticas y acciones públicas formuladas y orientadas por la Autoridad Nacional de Salud, MINSA, facilitan la educación e información para la adopción de conductas saludables y en pro del uso adecuado de los servicios para el mantenimiento de la salud y la prevención de condiciones desfavorables, daños o enfermedades. Se presta especial atención en proveer de un entorno favorable a las familias, escuelas y comunidades para que, en particular, niños y adolescentes desarrollen sus potenciales y eviten riesgos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y sustancias adictivas. Asimismo, las políticas y acciones intersectoriales protegen a niños y adolescentes del abuso físico y psicológico, promueven el fortalecimiento de la autoestima y el respeto
		Estilos de Vida	Acceso a una alimentación saludable	Proporción de Personas que consumen al menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ENDES)		
		Seguridad Alimentaria	Estado nutricional	Tasa de desnutrición crónica infantil (ENDES)		
		Condiciones en el trabajo	Nivel de ausentismo laboral	Incapacidad temporal laboral (ESSALUD)		
		Educación	Nivel de educación en las mujeres	Proporción de Población femenina de 17 años y más con al menos secundaria completa (ENAHO)		
	Necesidades y demandas de salud de la población	Salud Materno Infantil	Nivel de mortalidad materna	Razón de mortalidad materna (ENDES)		
			Nivel de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal (ENDES)		
		Enfermedades transmisibles	Incidencia de tuberculosis	Incidencia de Tuberculosis (ESNPCT/DGSP/MINSA)		
			Incidencia de cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer (MINSA-OEGI)		

Enfermedades no transmisibles	Prevalencia de diabetes mellitus	Prevalencia de Diabetes Mellitus (ENDES)	Asimismo, gracias a las mejoras de las intervenciones y servicios sanitarios, se logra disminuir la razón de mortalidad materna de 83,6 en el 2105 a 70,9 en el 2021; mientras la mortalidad neonatal (muerte en el primer mes de nacido) desciende del promedio de 8,6 de cada 1 000 nacidos vivos en el 2015 a 5,5 por cada 1 000 nacidos vivos en el 2021. Por su parte, la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencia de salud llega a 3,2 en el 2021, habiendo sido de 4,2 en el 2015. Las enfermedades transmisibles y no transmisibles logran cierta mejora. Disminuye levemente la tuberculosis, el VIH/SIDA se mantiene como una enfermedad concentrada en grupos más vulnerables como HSH; se incrementan las enfermedades mentales, el cáncer, la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas degenerativas y las derivadas de violencia entre otras, a pesar de los esfuerzos del sector por controlar y reducir su incidencia en la población. Dado el cambio climático, los cambios en los ecosistemas y la adaptación de los vectores a mayores áreas geográficas, la ocurrencia de enfermedades re-emergentes como la Malaria y el Dengue o de aparición reciente en el Perú como la Chikungunya y el Zika mantienen una tasa de incidencia de casos alta. Los servicios de salud, bajo el liderazgo y conducción técnico programática del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y la mayor asignación de recursos a través de los Programas Presupuestales por Resultados (PPR); toman las previsiones para brindar atención de tales casos y se controlan los efectos sobre la mortalidad y consecuencias en los fetos para el caso específico del Zika.	mutuo y facilitan el acceso a servicios diversos de acuerdo a cada etapa de vida, con especial cuidado en la etapa de la pubertad y adolescencia a servicios de salud sexual y reproductiva. Además, debido a la mejora de las condiciones sanitarias y las estrategias e intervenciones del sector, se reduce la razón de mortalidad materna a 30 y la mortalidad neonatal (muerte en el primer mes de nacido) desciende a 2 por cada 1 000 nacidos vivos. Asimismo, la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias de salud se reduce a un 2,0. Relacionado a este punto, la incidencia de casos asociados a accidentes de tránsito mantiene un decrecimiento constante debido a la implementación de políticas de seguridad vial (como la mejora de la señalización, la iluminación de las principales vías públicas, entre otros) y de promoción de la responsabilidad entre conductores y peatones. Las enfermedades transmisibles y no transmisibles logran mejoras importantes, producto de intervenciones de salud articuladas y enmarcadas en el proceso de reforma de la salud. De esta manera, la tuberculosis deja de ser un problema de salud pública y la tasa de mortalidad del cáncer, así como la prevalencia de diabetes mellitus, disminuyen de manera relevante. Las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Dengue, Chikungunya y el Zika están completamente controladas, dejando de ser un problema de salud pública. Ello debido a la creación e implementación exitosa del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la adecuada intervención del sector para realizar acciones de focalización a nivel sub-nacional y la expansión de los PPRs en materia de salud pública. De esta forma, Las enfermedades metaxénicas son controladas gracias al trabajo multisectorial de prevención y control sobre la proliferación de los vectores en las colecciones de agua, por los cuidados y cumplimiento de recomendaciones de la población, la pronta atención de los casos presentados y el "control" en zonas de frontera. En cuanto a la Tuberculosis, las estrategias nacionales y regionales logran reducir en un tercio la incidencia de casos; el mayor control se observa en las formas pulmonares "Drogo Resistentes" MDR y XDR; gracias a una agresiva intervención de la modalidad DOTS, las acciones multisectoriales y el
Urgencias y emergencias	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias de salud	Tasa de letalidad al alta de pacientes en emergencias de salud (SIGHOS)		

				financiamiento total por parte del Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Subnacionales. Por otra parte, el MINSA conduce una estrategia intensa y focalizada de prevención, diagnóstico y tratamiento gratuito precoz de casos de infección por VIH que permite disminuir muy significativamente la aparición de casos nuevos especialmente en la población joven y más vulnerable. Las acciones de promoción de estilos de vida y hábitos saludables sobre la alimentación, el ejercicio físico, la protección contra factores climáticos como la radiación UV y la concurrencia periódica a controles de salud y para descarte de enfermedades (chequeos médicos) permiten mejorar la calidad de vida de las personas y disminuir la incidencia de enfermedades emergentes como el Cáncer (ginecológicos, de estómago, etc.), metabólicas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Las condiciones y enfermedades propias de las etapas para personas mayores de 65 años son controladas y/o atendidas con el desarrollo de modelos de cuidados preventivos y paliativos y de atención oportuna que incorporan a la propia persona, sus familiares y grupos sociales cercanos en las acciones de dichos modelos. La sociedad incorpora el enfoque de envejecimiento saludable o calidad de vida en todas las etapas de vida. Por otra parte, el Estado ha implementado políticas intersectoriales sobre los niveles de contaminantes permitidos en el ambiente y las condiciones y estándares de operación de las empresas o establecimientos. El MINSA monitorea y evalúa coordinadamente con otros ministerios u organismos especializados el cumplimiento de las políticas y estándares ambientales. El sistema de salud informa adecuada y oportunamente sobre los riesgos por productos químicos peligrosos o por polución y contaminantes ambientales, y brinda servicios para facilitar la identificación de personas en riesgo o afectadas, proveyendo el tratamiento pertinente y haciendo seguimiento de acuerdo a las recomendaciones internacionales y las normas del país.

Bibliografía

BID, Instituto para el Desarrollo Social: *Coordinación de la Política Social*. Washington, DC. Julio 2005.

Caballero González, Esperanza y otros, Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos, *Revista INFODIR*. (15)2012.

Carta de Otawa para la promoción de la salud, Organización Mundial de la Salud, Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, 1986.

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). *Guía Metodológica de la Fase Prospectiva*. Documento de Trabajo. Mayo, 2015, p. 11.

CEPLAN, Guía Metodológica de la Fase Prospectiva (documento de trabajo), Lima, 2016.

CEPLAN, *Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado*, Octubre 2015.

Cetrángolo, Oscar; Bertranou, Fabio; Casanova, Luis y Casalí, Pablo, 2013. *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos.

Consejo Nacional de Salud. ***Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud***. MINSA, 2013.

Decretos Legislativos N° 1163 – 1164 – 1165, que aprueban medidas para el fortalecimiento de la IAFAS Seguro Integral de Salud.

Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

González Sampayo, Itzel, *Escenarios Exploratorios: Como herramienta para la evaluación de negocios en marcha*. México. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), 2007.

OMS, Social participation. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/ (visitado: 02.02.2016).

Informe mundial sobre el cáncer 2014 en: OMS, Cáncer. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/ (visitado: 03/02/2016).

Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento: Documento técnico (Ley N° 29344 - DS N° 008 2010-SA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Gestión Sanitaria -- Lima: Ministerio de Salud, 2010.

Marc Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*. Government of Canada, 1981.

Maguiña Guzmán, Mirtha y Miranda Monzón, Jorge, *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27(2):144–8.

OECD, *Multi-dimensional Review of Peru: Volume I. Initial Assessment*, OECD Development Pathways, OECD Publishing, Paris, 2015. p. 51.

OMS, *Agua, saneamiento y salud*. Visitado: 03.02.16 (http://www.who.int/water_sanitation_health/mdg1/es/)

OMS, *Alimentación Sana*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/ (Visitado el 05.02.2016).

OMS, *cobertura sanitaria universal*. Disponible en: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/ (visitado el 05.02.16).

OMS, Financiamiento de los sistemas de salud. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/ (Visitado el 03.02.16).

OMS, Tuberculosis. Disponible en: http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/ (visitado: 03.02.16).

OMS. *Diabetes*, Nota descriptiva N°312, Enero de 2015. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/ (Visitado el 03/02/2016).
OMS. *Salud y derechos humanos*. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/ (visitado el 03.02.2016).

OPS, Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.

Organización Mundial de la Salud. *Determinantes de la Salud*. Disponible en: www.who.int/social_determinants/es/ (visitado el 03.02.2016).

Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud*. Glosario, Ginebra, 1998.

Organización Mundial de la Salud. *Salud de los trabajadores: Plan de Acción Mundial*. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.13 del orden del día 23 de mayo de 2007.

Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud: nutrición*. Disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition/es/ (revisado: 27/01/2016).

Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente, 17 de julio del 2007.

Palomino Moral, Pedro; Grande Gascón, María Luisa; Linares Aba, Manuel. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*. Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014.

Paulino, M. y Thouyaret, L., *Abordaje de los procesos de salud-enfermedad-atención: una reflexión desde las ciencias sociales*. 2006, pp. 50-51.

Presidencia del Consejo de Ministros – PCM, *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*, Lima, 2013.

Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA). *Conceptos básicos*. FAO, disponible en: http://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/ (Visitado: 02.02.16).

Proyecto Plan Estratégico Nacional de morbimortalidad Neonatal en el Perú 2016 – 2020.

Reporte sobre Enfermedades no transmisibles: perfiles de países 2014.

UNICEF, Agua, *saneamiento e higiene en números*. http://www.unicef.org/spanish/media/media_45481.html

United Nations. *World Population Prospects*. Department of Economics and Social Development, Population Division, New York, 1992.

Vandamme, R. and Leunis, J., "Development of a Multiple-item Scale for Measuring Hospital Service Quality", International Journal of Service Industry Management, Vol. 4 Iss: 3, 1993, pp.30 – 49.

WHO Regional Office for Europe. *Governance for health in the 21st century*, Ginebra, 2012.

World Water Assessment Programme. *Agua para todos, agua para la vida*. Informe de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el mundo, 2003.