



PERÚ

Ministerio  
de Salud

# MINISTERIO DE SALUD

---

## INFORME DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL (PESEM) 2016 – 2025 AMPLIADO DEL SECTOR SALUD, CORRESPONDIENTE AL AÑO 2022

---

**Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y  
Modernización**

**Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos**

## CONTENIDO

I. RESUMEN EJECUTIVO .....	3
II. PRESENTACIÓN DEL PESEM.....	6
III. CONTEXTO .....	9
IV. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS SECTORIALES (OES).....	14
VI. MEDIDAS PARA MEJORAR LOS OES .....	47
VII. CONCLUSIONES .....	48
VIII. RECOMENDACIONES.....	49
IX. ANEXOS .....	50

## I. RESUMEN EJECUTIVO

El informe de evaluación de Resultados del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 - 2025 ampliado del Sector Salud, ha sido elaborado de manera participativa con los actores involucrados en su implementación y siguiendo las pautas metodológicas establecidas en la Guía para el seguimiento y evaluación de políticas y planes del SINAPLAN, aprobada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00015-2021-CEPLAN/PCD.

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

El PESEM 2016 - 2025 ampliado del Sector Salud, contempla tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES): OES.01 Mejorar la salud de la población; OES.02 Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población; y, OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población. Asimismo, contempla trece (13) Acciones Estratégicas Sectoriales (AES) y 20 indicadores con sus respectivas metas.

A continuación, con base en la información remitida por las unidades de orgánicas e información actualizada producida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), por cada OES se presenta una síntesis de los resultados obtenidos en cada uno de ellos, destacando las principales Acciones Estratégicas Sectoriales (AES) implementadas y los avances, en el periodo 2022.

A nivel de OES y sus 03 indicadores, se evidencia que el OES.02 superó la meta programada, el OES.03 cuentan con medición para el año 2022 y el OES.01, cuenta con medición quinquenal, siendo la última medición en el año 2019.

En cuanto a las AES, de los 17 indicadores planteados, 16 cuentan con mediciones anuales durante el periodo de evaluación, de los cuales 07 han cumplido o superado la meta del periodo, 09 presentan avances; y 01 indicador no cuenta con medición anual.

### **OES.01 Mejorar la salud de la población.**

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

El último estudio de Carga de Enfermedad<sup>1</sup>, en el Perú, reporta que en el 2019 se perdieron 5 801 550 años saludables por diversas enfermedades, determinando una razón de 180.6 AVISA por cada mil habitantes. Los hombres

<sup>1</sup> Estudio de Carga de Enfermedad 2019, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú..

perdieron más años de vida saludables (3 118 663 años), concentrando el 53.8% del total de AVISA; mientras que en las mujeres la pérdida fue de 2 682 887 años.

Los estudios de carga de enfermedad se realizan con una periodicidad mínima de cuatro años, no se cuenta con una medición actualizada, principalmente, por las dificultades en la obtención de la información.

Actualmente el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades (CDC) del Minsa se encuentra en proceso de revisión de una nueva proyección de AVISA posterior a la Pandemia. El PESEM contempla un logro esperado de 168.8 (2022) de AVISA por mil habitantes.

Respecto a los once (11) indicadores de las AES del OES.01, tres (03) indicadores cumplieron las metas programadas: i) la tasa de mortalidad por cáncer (indicador descendente) con un resultado de 107.71% (Fuente CDC-Minsa); ii) porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados, en el cual logró el 84,7% superando la meta (84%) y; iii) la Tasa de mortalidad por causas externas (indicador descendente) con un resultado de 45.13% (Fuente CDC-Minsa).

En relación a los ocho (8) indicadores que presentan avances: Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos) con un resultado de 81,6 de una meta programada de 65; Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos - nv) con un resultado de 20 de una meta programada de <14; Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) con un resultado de 11,7 de una meta programada de <11.2; Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia, con un resultado de 42.4% de una meta programada de 38%; Tasa de Incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes (ESNTB), con un resultado de 85.2 de una meta programada de 80.8; Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas), con un resultado de 3.81 de una meta programada de 3.43; Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus con un resultado de 5.1% de una meta programada de <4%; Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental, alcanzó el 23.40%.

## **ES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población**

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

El acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población, alcanzó el 99.12%<sup>2</sup> al cierre del año 2022, superando la meta

---

<sup>2</sup> Boletín Informático REGINA-Registro Nominal de Asegurados-SUSALUD al 28 de diciembre 2022.

programada de 98.5%<sup>3</sup>. Además, en relación con el resultado en el año 2021 de 98.03%, se ve incrementado en 1.11 p.p.

Respecto a los indicadores de las principales AES del OES.02, se logró cumplir la meta en uno (01) de los dos (02) indicadores propuestos, siendo el porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud, el 21% (Fuente ENAHO-INEI) superando la meta programada de 12%; y respecto al otro indicador de porcentaje de población afiliada al SIS se obtuvo un avance del 69.20% (Fuente SIS) de una meta programada (70%).

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

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

Para el año 2022, el porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa alcanzó el 62% (encuesta SERVQUA), de una meta programada de 66%, con un incremento de 6p.p en relación con el año 2021 (56%).

Así mismo en el año 2022, los resultados de satisfacción en Consulta externa a nivel de: Institutos Nacionales: 73%; en las IPRESS del II y III nivel de atención, 51%; en las IPRESS del I nivel de atención, 63%.

Respecto a los indicadores de las principales AES del OES.03 implementadas en el año 2022 se logró cumplir al 100% de la meta en tres (03) indicadores de los 4 propuestos siendo: Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública; Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales y número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas"), y uno (01) no registró avance, siendo el indicador de tiempo de espera en consulta ambulatoria.

---

<sup>3</sup> Informe DGAIN-MINSA.

## I. PRESENTACIÓN DEL PESEM

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

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

La salud de las personas y la población constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social.

Los resultados del último estudio de Carga de Enfermedad en el Perú, durante el 2019<sup>4</sup> se perdieron 5 801 550 años saludables por diversas enfermedades, determinando una razón de 180.6 AVISA por cada mil habitantes. Los hombres perdieron más años de vida saludables (3 118 663 años), concentrando el 53.8% del total de AVISA; mientras que en las mujeres la pérdida fue de 2 682 887 años. Los grupos de edad que produjeron el mayor número de carga de enfermedad fueron las personas de 15 a 44 años y de los de 60 a más años. Estos grupos aportaron con más años de vida perdidos al total del país, representando el 23.7% y 39.9% respectivamente. Al analizar la carga de enfermedad según sus componentes de mortalidad prematura (AVP) y discapacidad (AVD), se encontró que los AVISA en el Perú fue consecuencia principalmente de aquellas patologías o lesiones que producen discapacidad. Así, el 56.4% de los años saludables perdidos fue debido a los AVD; el 43.6% restante fue por AVP. De acuerdo con la razón de AVISA se perdieron 101.8 años por mil habitantes a consecuencia de la discapacidad y 78.7 años debido a las muertes prematuras. En el 2019 las enfermedades que produjeron mayor número AVISA fueron las que pertenecieron al grupo de las no transmisibles con 4 103 399 años, que representan el 70.7% del total; la razón de AVISA en este grupo de enfermedades determinó que por cada mil habitantes se perdieran 127.7 años saludables. El grupo de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales hizo que se perdieran 1 090 152 años (18.8%), determinando una razón de 33.9 AVISA por mil habitantes. Finalmente, los

---

<sup>4</sup> IDEM referencia N°1

accidentes y lesiones ocasionaron 608 000 AVISA, constituyendo el 10.5% del total y una razón de AVISA de 18.9 por mil habitantes.

La COVID-19 sigue siendo un evento de gran importancia para la salud pública, considerando su alta patogenicidad, alta transmisibilidad y alto riesgo de enfermar gravemente en grupos poblacionales como los adultos mayores.

La situación epidemiológica de la COVID-19 en el Perú<sup>5</sup>, desde el inicio de la pandemia en el 2020 a la SE 52-2022, se han reportado 4 459 771 casos de la COVID-19, en este periodo, se vienen reportando 5 olas de la pandemia, la primera ola se presentó entre la SE 10-2020 a la SE 44-2020, con 984 830 casos, con un pico máximo de 61 094 casos; la segunda ola inició en la SE 45-2020, que se extendió hasta la SE 42-2021, con 1 264 944 casos y un pico máximo de 62 631 casos; la tercera ola inició en la SE 43-2021 hasta la SE 17-2022 con 1 346 080 casos y un pico máximo de 351 735 casos; la cuarta ola se extendió desde la SE 18-2022 a la SE 41-2022, con 567 477 casos y un pico máximo de 85 778 casos, finalmente la quinta ola que inició en la SE 42-2022, se viene reportando 296 440 casos teniendo un pico máximo de 79 780 casos. Por otro lado, la tendencia de las defunciones a nivel nacional se observa en las cinco olas presentadas; que en la primera ola el pico máximo fue de 4503 defunciones, en la segunda ola de 5595 defunciones, en la tercera ola de 1324 defunciones, en la cuarta ola de 363 defunciones y quinta ola 236 defunciones en el pico máximo de la ola.

El Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 - 2025 ampliado del Sector Salud, aprobado con Resolución Ministerial N°364-2022-MINSA, es el instrumento de gestión para la toma de decisiones sectorial, formulado a través de un proceso de planeamiento estratégico prospectivo, participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, en el marco de lo dispuesto por la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN y alineado a las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, en particular a la decimotercera política referida al esfuerzo que el Estado debe realizar para garantizar el Acceso Universal a los servicios de salud y a la Seguridad Social en Salud de todas las peruanas y peruanos.

La visión del Sector Salud para el periodo 2016 – 2025 está relacionada con el acceso universal al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas, independientemente de su condición socio económica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratitud en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población.

---

<sup>5</sup> Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2022 (al 31 de diciembre 2022)

El Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016 - 2025 ampliado del Sector Salud, considera tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES): OES.01 Mejorar la salud de la población; OES.S2 Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población; y, OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población, en el marco de los cuales, se han definido 13 Acciones Estratégicas Sectoriales y veinte (20) indicadores.

Los objetivos estratégicos sectoriales del PESEM 2016 – 2021 del Sector Salud se alinean con el eje de la Política General de Gobierno en el periodo de gobierno anterior al 2021<sup>6</sup>: “Desarrollo social y bienestar de la población” y con dos lineamientos específicos de la misma:

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

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

En ese contexto, con el objeto de analizar el desempeño de los indicadores en el cumplimiento de los tres (03) Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) e identificar los factores que incidieron y formular recomendaciones de las buenas prácticas de las intervenciones públicas para la mejora en la toma de decisiones y fomentar el aprendizaje para la mejora continua, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización en coordinación con las unidades orgánicas y organismos públicos adscritos al Ministerio de Salud, ha elaborado el presente informe de evaluación de resultados obtenidos en el periodo 2022, evidenciando brechas significativas y la necesidad de priorizar intervenciones que fortalezcan el sistema de salud para responder a las necesidades y prioridades de la población.

---

<sup>6</sup> Aprobado con Decreto Supremo N°056-2018-PCM



## II. CONTEXTO

### 2.1. Factor Económico

Los países de América Latina y el Caribe la región presentan un reto fiscal<sup>7</sup>. La pandemia del COVID-19 presionó los recursos y gastos fiscales. Como resultado, tras la crisis, la deuda soberana sobrepasó el 70% del PIB y, aunque la consolidación fiscal aún es posible, persisten muchos riesgos. La región se encuentra con un reto de crecimiento. La productividad está aumentando a paso lento, y, en consecuencia, el crecimiento económico a largo plazo, que se estima actualmente en sólo 2%, no es suficiente para alcanzar los objetivos de desarrollo de la mayoría de los países de la región. La dinámica macroeconómica de los últimos años ha complicado este triple desafío. Desde 2020, una serie de shocks severos ha golpeado la economía global. En primer lugar, la pandemia del COVID-19 llevó a la mayoría de los países a una profunda recesión. Luego, mientras éstos aún se recuperaban a comienzos de 2022, la invasión rusa de Ucrania volvió a perturbar el orden mundial. En los países de América Latina y el Caribe, la pandemia produjo una contracción del PIB del 7% en 2020. Los niveles récord de gasto fiscal acompañaron esa contracción para mitigar su impacto, lo que provocó en el país mediano de la región déficits fiscales del 7,4% del PIB y niveles de la deuda soberana del 74% del PIB. Sin embargo, a medida que los países se recuperaron de la pandemia y se ajustaron los balances fiscales, la región creció un 7% en 2021.

Los países de América Latina y el Caribe no fueron una excepción en las tendencias de los precios globales. La inflación, sobre los alimentos, alcanzó sus niveles más altos en más de veinte años. Como en el resto del mundo, los bancos centrales de la región reaccionaron con firmeza para contener el brote inflacionario. Las tasas de interés aumentaron en toda la región y, como resultado, la inflación ha disminuido en numerosos países y los flujos de capital se han contenido en gran medida. A pesar del aumento de las tasas de interés, la mayoría de los países pudieron mantener una tendencia de consolidación fiscal en 2022; el shock positivo de los commodities contribuyó a compensar el shock del crecimiento negativo que golpeó a las economías y añadió ingresos a las cuentas fiscales mientras una mayor inflación contribuyó a diluir una parte de la deuda.

A medida que el mundo se ajusta a las consecuencias de una inflación más alta, han aparecido numerosos riesgos en el horizonte económico de la región. Un menor crecimiento global y los altos costos de financiamiento forman parte del panorama al que se enfrentarán los hacedores de las políticas en el 2023, y que posiblemente se prolongará. Este panorama puede generar un aumento del ratio de deuda/PIB en 2023 y en adelante, lo que señala la urgente necesidad de implementar políticas destinadas a consolidar las cuentas fiscales.

---

<sup>7</sup> Informe macroeconómico de América Latina y el Caribe 2023. BID

## 2.2. Factor Político

En el periodo del 2016 – 2022, el Perú ha atravesado por varias crisis políticas, lo que ha generado retrasos en la consolidación de las políticas públicas, contando en ese periodo con seis (06) gobernantes. Esta inestabilidad política presentada produjo constantes cambios en la conducción de los despachos ministeriales, como la alta rotación en el titular de la cartera del Ministerio de Salud, así como en los funcionarios de la Alta Dirección y en los cargos de confianza, adicionalmente ante el desarrollo de la pandemia originada por el COVID – 19, se tuvo que priorizar el uso de los recursos y actividades en la lucha contra la pandemia y específicamente en el 2022, se ha frente a los casos de COVID-19 reportados durante el año 2022, el Ministerio de Salud, ha continuado con las intervenciones de promoción y prevención (vacunación); diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; así mismo ha iniciado el retorno de atenciones presenciales en diversas especialidades médicas (consulta externa y oferta quirúrgica), para la reapertura progresiva de los servicios que no son de atención COVID, sumando a ello el retorno del trabajo semipresencial a nivel de todos los establecimientos de salud.

Según el Banco Mundial el Perú<sup>8</sup>, luego de recuperarse rápidamente de la crisis del COVID-19, el producto bruto interno (PBI) creció 2,7 % en 2022, apoyándose en el dinamismo del consumo privado y las exportaciones. El consumo estuvo estimulado por las transferencias monetarias del gobierno y los retiros extraordinarios del sistema privado de pensiones. Las exportaciones tuvieron el soporte de la eliminación de las restricciones sanitarias y el inicio de la etapa de producción del proyecto minero Quellaveco. En 2023, se proyecta que el PBI crezca un 2,4 %, impulsado por los sectores primarios y los servicios. Además, el crecimiento se aceleraría ligeramente en los siguientes años, a alrededor de 2,8%, asumiendo una paulatina mejora en la confianza empresarial y la reanudación de la inversión de proyectos mineros de envergadura. Los fundamentos macroeconómicos de Perú continúan siendo sólidos. La deuda pública como porcentaje del PBI es baja, las reservas internacionales son considerables y el banco central es confiable. Al mismo tiempo, la economía peruana se enfrenta a importantes desafíos estructurales. Un objetivo de elevada importancia es reducir el tamaño relativo del sector informal, que brinda empleo de baja productividad a tres cuartas partes de los trabajadores. Otro, es mejorar la calidad de los servicios gubernamentales, como la educación, la salud y el abastecimiento de agua. Superar estos desafíos es fundamental para impulsar el crecimiento a largo plazo y la reducción de la pobreza en el país.

---

<sup>8</sup><https://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview#:~:text=En%202022%2C%20el%20d%C3%A9ficit%20fiscal,elevados%20precios%20de%20los%20minerales.>

### 2.3. Factor Social

El Informe macroeconómico de América Latina y el Caribe 2023<sup>9</sup>, señala que el actual contexto macroeconómico de alta inflación y aumentos de las tasas de interés despierta preocupaciones sobre la dinámica futura del mercado laboral, la pobreza y la desigualdad. Regresar al desempeño favorable que registraba la pobreza a comienzos del siglo y sostener la mejora en las tendencias del empleo es difícil debido a las tasas de interés elevadas y a la baja demanda agregada. Sin embargo, un escenario de inflación alta podría ser incluso peor para la pobreza y el empleo.

Los países de América Latina y el Caribe se enfrentan a un reto social. Con cerca del 18% de la población viviendo con menos de USD 3,1 por día, los niveles de pobreza de la región superan los de hace una década. Aunque se ha producido cierta corrección, la pandemia aumentó la pobreza en la región y, recientemente, la guerra de Rusia en Ucrania ha dificultado aún más la recuperación de los logros perdidos. Además de la pobreza, la desigualdad está aumentando.

Sin la intervención de políticas para compensar el efecto del aumento de los precios de los alimentos en el consumo del hogar, las tasas de inflación experimentadas en toda América Latina y el Caribe en 2022 podrían aumentar la pobreza en un 2,4%, y la extrema pobreza en un 2,5%. Estas cifras implican llevar a casi 13,8 millones y 14 millones de personas a la pobreza y la extrema pobreza, respectivamente.

En el Perú la pobreza monetaria de acuerdo con la información emitida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)<sup>10</sup>, aumentó un 1,6 % en 2022, que representa 628 mil personas pobres más que en el año 2021, y afectó al 27,5 % de la población del país, que equivale a 9 millones 184 mil personas (pobreza extrema 5,0% y pobreza no extrema 22,5%). En tanto, el 32,3% de la población del país, es decir 10 millones 795 mil personas, se encontraban en situación de vulnerabilidad económica monetaria, es decir, en riesgo de caer en pobreza monetaria.

EL INEI, realizó la medición a través del indicador de gasto mensual, que en año 2022 ascendió a 825 soles por persona, un 0,7 % mayor al nivel de gasto del año 2021 (820 soles).

Según área de residencia, la pobreza afectó al 41,1% de la población residente del área rural y al 24,1% del área urbana. Comparando con el año 2021, la pobreza se incrementó en el área urbana en 1,8 puntos porcentuales y en el área rural en 1,4 puntos porcentuales (INEI).

Según regiones naturales, la pobreza afectó al 32,4% de la población de la Sierra, al 30,2% de la Selva y al 24,3% de la Costa. Al compararse con el año anterior, se observa que la incidencia de la pobreza aumentó en casi todas las regiones naturales; en la Selva en 3,8 puntos porcentuales,

---

<sup>9</sup> IDEM referencia N° 8

<sup>10</sup> Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022. INEI

seguido de la Costa en 2,2 puntos porcentuales, siendo estos incrementos altamente significativos; mientras que, en la Sierra se habría alcanzado los mismos niveles del año 2021, porque la diferencia no es significativa (INEI).

El primer grupo de regiones del país con la más alta incidencia de pobreza que se ubica entre 39,4% y 43,3% se encuentran los departamentos de: Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco y Puno. En el segundo grupo con incidencias de pobreza que se sitúan entre 25,9% y 29,2% están los departamentos de: Amazonas, Apurímac, La Libertad, Lima Metropolitana<sup>1/</sup>, Piura y Provincia Constitucional del Callao, San Martín y Tumbes. El tercer grupo de departamentos con incidencia de pobreza entre 20,4% y 23,6% se encuentran, Áncash, Cusco, Junín, Lima<sup>2/</sup>, Tacna y Ucayali. En el cuarto grupo con incidencias de pobreza que se ubican entre 12,0% y 15,7% se encuentran los departamentos de: Arequipa, Lambayeque, Madre de Dios y Moquegua. Finalmente, en el último grupo con la incidencia de pobreza más baja, entre 3,4% y 6,8%, se encuentra el departamento de Ica (INEI).

La incidencia de la pobreza monetaria extrema en el año 2022, el 5,0% de la población del país se encontraba en situación de pobreza extrema, es decir, 1 millón 673 mil personas son pobres extremas. Se considera población en pobreza extrema cuando el nivel de gasto per cápita es inferior al costo de la canasta básica de alimentos que se ubica en 226 soles por persona. Según área de residencia la pobreza extrema afectó al 14,6% de la población del área rural; mientras que, en el área urbana al 2,6%. Comparada esta cifra con la registrada en el año 2021, la pobreza extrema aumentó en el área rural en 2,5 puntos porcentuales y en el área urbana en 0,5 punto porcentual, siendo estos incrementos significativos. A nivel de región natural, la Sierra registra la mayor pobreza extrema, afectando al 8,9% de su población, seguida de la Selva con 7,7% y la Costa con 2,3%. Al comparar los resultados con el año 2021, se observa un incremento muy altamente significativo, en la región de la Selva con 1,9 puntos porcentuales y altamente significativo en la Costa con 0,7 punto porcentual, la Sierra mantiene los niveles del año anterior porque las diferencias presentadas no son significativas. (INEI).

La incidencia de la pobreza según edad en el país afecta en diferentes magnitudes a las personas de acuerdo con el ciclo de vida a la que pertenecen. La infancia y la adolescencia; son entendidas como etapas del ciclo vital de especial vulnerabilidad a una larga serie de riesgos, en especial la pobreza. Estas condiciones pueden afectar las oportunidades de niñas, niños y adolescentes para desarrollarse en el futuro, y es altamente probable que los acompañen a lo largo de su vida y se conviertan en un factor determinante para perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza. En el año 2022, la incidencia de la pobreza es alta en la población infantil y adolescente, afectando al 40,7% de niñas y niños menores de cinco años de edad, al 37,2% de los que tienen de 5 a 9 años, al 36,8% de 10 a 14 años

y al 29,5% de los adolescentes de 15 a 19 años. Además, se muestra alta incidencia de la pobreza (superior al 26,0%) en la población adulta joven de 30 a 44 años de edad. En comparación con el año 2021, aumentó la incidencia de pobreza en la población menor de 5 años en 3,5 puntos porcentuales; en la población joven de 20 a 24 años de edad en 2,8 puntos porcentuales; asimismo presentan incrementos significativos superiores a los 2,0 puntos porcentuales en la población adulta de 50 a 59 años y de 65 a más años (INEI).

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

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

## 2.4. Factores Internos o Externos

### **Factores externos:**

El Cambio Climático es la mayor amenaza para la salud mundial del siglo XXI. La salud es y será afectada por los cambios de clima a través de impactos directos (olas de calor, sequías, tormentas fuertes y aumento del nivel del mar) e impactos indirectos (enfermedades de las vías respiratorias y las transmitidas por vectores, inseguridad alimentaria y del agua, desnutrición y desplazamientos forzados. El cambio climático exacerba algunas amenazas para la salud y crea nuevos desafíos de salud pública (OMS).

En el 2022 según el Informe sobre clima y desarrollo de los países - Banco Mundial, señala que los riesgos del cambio climático y las amenazas naturales ya han expuesto al Perú a pérdidas económicas y de bienestar severo, amenazando su envío de desarrollo inclusivo. Según el informe, los desastres naturales causan un promedio anual de pérdidas del 2 % del PIB y pérdidas de bienestar equivalentes a un 5,2 % del PIB. Además, los cambios en las precipitaciones, el acelerado derretimiento glacial, y la frecuencia y severidad de las inundaciones, deslizamientos y sequías

tendrán un impacto significativo en la disponibilidad de agua para la agricultura, para el consumo humano y la producción de energía, y con consecuencias económicas considerables.

Por otro lado, se suma la inestabilidad política en el país que ha generado retrasos en la consolidación de las políticas públicas afectando la rectoría y gobernanza en el Sector Salud.

**Factores internos:**

La segmentación y la fragmentación son los problemas más álgidos en el funcionamiento del sistema de salud peruano, lo cual se expresa en limitaciones en el acceso a una atención de calidad tanto la básica como la especializada y sigue siendo un factor que interfiere en la implementación de políticas de salud pública.

En el año 2022, no se ha contado con una respuesta inmediata para la reactivación de los servicios de salud tras enfrentar las cinco olas de la pandemia por la COVID-19; por lo tanto la reapertura de los servicios de salud a nivel nacional y regional para la atención NO COVID ha sido progresiva.

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

A continuación, se presenta el análisis del desempeño en el cumplimiento de los OES a través del logro de las metas de sus indicadores durante el periodo 2022; describiendo las medidas que se adoptaron para mejorar el desempeño de los indicadores, así como los factores que han incidido y las intervenciones que han contribuido al logro de los objetivos.

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

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

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

OES	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE	FUENTE
		2021	2022	2021	2022		
OES.01 Mejorar la salud de la población	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	172.54 años por mil hab.	168.8	ND	ND	-	CDC

Elaborado por la OPEE-OGPPM. Fuente: Memorandum N° D001672-2023-CDC/MINSA

### **3.1.1. Indicador: Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)<sup>11</sup>:**

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

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

Es importante considerar que cada estudio de carga de enfermedad ha tenido cambios metodológicos propios de la evolución del análisis y disponibilidad de datos en el tiempo. En ese sentido, se debe tener en cuenta que, para comparar los resultados de carga de enfermedad de diferentes años, es necesario estandarizar la metodología y procesar nuevamente los datos de todos los años de interés.

Para el año 2022, no se ha realizado la estimación de AVISA dado que los estudios de Carga de Enfermedad se elaboran con una periodicidad de cuatro años. En ese sentido, el último estudio realizado fue en el 2019, por lo que el siguiente estudio correspondería al 2023, cuya información estaría disponible durante el 2024. Sin embargo, para el año 2019 se perdieron 5 801 550 años saludables por diversas enfermedades, correspondiente a una razón de 180.6 AVISA por cada mil habitantes.

---

<sup>11</sup> Memorandum N°1063-2022-CDC/MINSA

**Tabla N°1. Años de vida saludables perdidos según años. Perú 2004, 2008, 2012, 2016 y 2019**

Año	AVISA	Razón por 1000 hab.
2004	5,052,866	183.4
2008	5,249,641	182.2
2012	5,800,949	192.5
2016	5,315,558	168.8
2019	5,801,550	180.6

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Perú.

En el Perú, el último estudio realizado por el CDC<sup>12</sup> reporta que durante el 2019 se perdieron 5 801 550 años saludables por diversas enfermedades, determinando una razón de 180.6 AVISA por cada mil habitantes. Los hombres perdieron más años de vida saludables (3 118 663 años), concentrando el 53.8% del total de AVISA; mientras que en las mujeres la pérdida fue de 2 682 887 años.

**Tabla N°2. Distribución del número y razón de AVISA según sexo. Perú 2019 Sexo Número % Razón por mil.**

Sexo	Número	%	Razón por mil
Hombres	3 118 663	53.8	195.7
Mujeres	2 682 887	46.2	165.7
Total	5 801 550	100.0	180.6

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, Perú.

Los grupos de edad que produjeron el mayor número de carga de enfermedad fueron las personas de 15 a 44 años y de los de 60 a más años. Estos grupos aportaron con más años de vida perdidos al total del país, representando el 23.7% y 39.9% respectivamente.

Al evaluar de manera relativa según la población específica de cada grupo de edad, se tiene que la razón de AVISA expresado por mil habitantes fue mayor en los extremos de la vida. Los niños menores de 5 años produjeron una razón de AVISA de 311.5 por mil habitantes, mientras que en las personas de 60 a más años fue de 583.3 por mil habitantes.

Al analizar la carga de enfermedad según sus componentes de mortalidad prematura (AVP) y discapacidad (AVD), se encontró que los AVISA en el Perú

<sup>12</sup> IDEM referencia N° 1

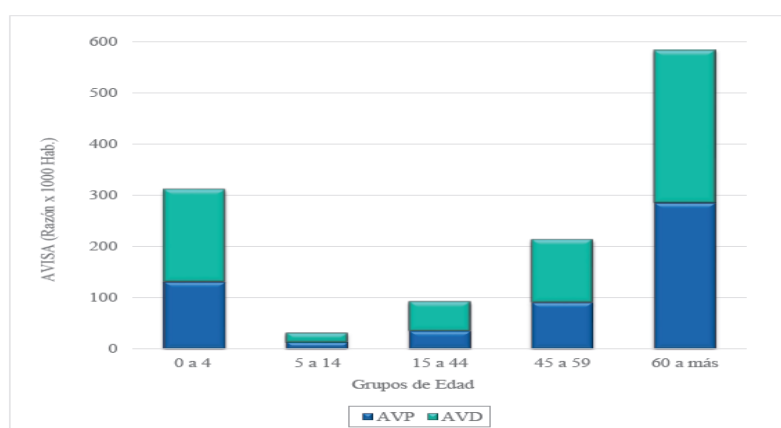


fue consecuencia principalmente de aquellas patologías o lesiones que producen discapacidad.

Así, el 56.4% de los años saludables perdidos fue debido a los AVD; el 43.6% restante fue por AVP. De acuerdo con la razón de AVISA se perdieron 101.8 años por mil habitantes a consecuencia de la discapacidad y 78.7 años debido a las muertes prematuras.

En el gráfico N° 1, según los grupos de edad se observa que, en todos, la pérdida de años fue producto principalmente de la discapacidad antes que por muertes prematuras.

**Gráfico N°1. Razón de AVISA según grupos de edad y componentes AVP/AVD. Perú 2019**



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, Perú.

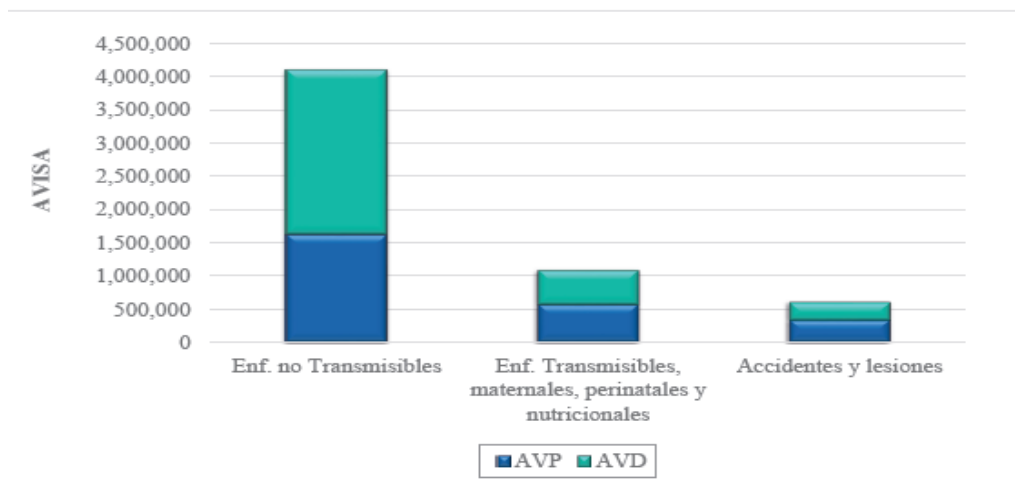
En el 2019 las enfermedades que produjeron mayor número AVISA fueron las que pertenecieron al grupo de las no transmisibles con 4 103 399 años, que representan el 70.7% del total; la razón de AVISA en este grupo de enfermedades determinó que por cada mil habitantes se perdieran 127.7 años saludables.

El grupo de las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales hizo que se perdieran 1 090 152 años (18.8%), determinando una razón de 33.9 AVISA por mil habitantes.

Finalmente, los accidentes y lesiones ocasionaron 608 000 AVISA, constituyendo el 10.5% del total y una razón de AVISA de 18.9 por mil habitantes.

En el gráfico N° 2 sobre la evaluación de los componentes de la carga de enfermedad en los grandes grupos se observó que, en las enfermedades no transmisibles los AVISA fueron consecuencia principalmente de la discapacidad que ocasionan las enfermedades (AVP: 39.6%; AVD: 60.4%). Sin embargo, en el grupo de accidentes y lesiones la carga fue mayor en el componente de muerte prematura (AVP: 55.3%; AVD: 44.7%). De la misma manera, en las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, el 52.1% de los AVISA fue producto del componente de muerte prematura.

**Gráfico N°2.** Número de AVISA según Grupos de Enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2019

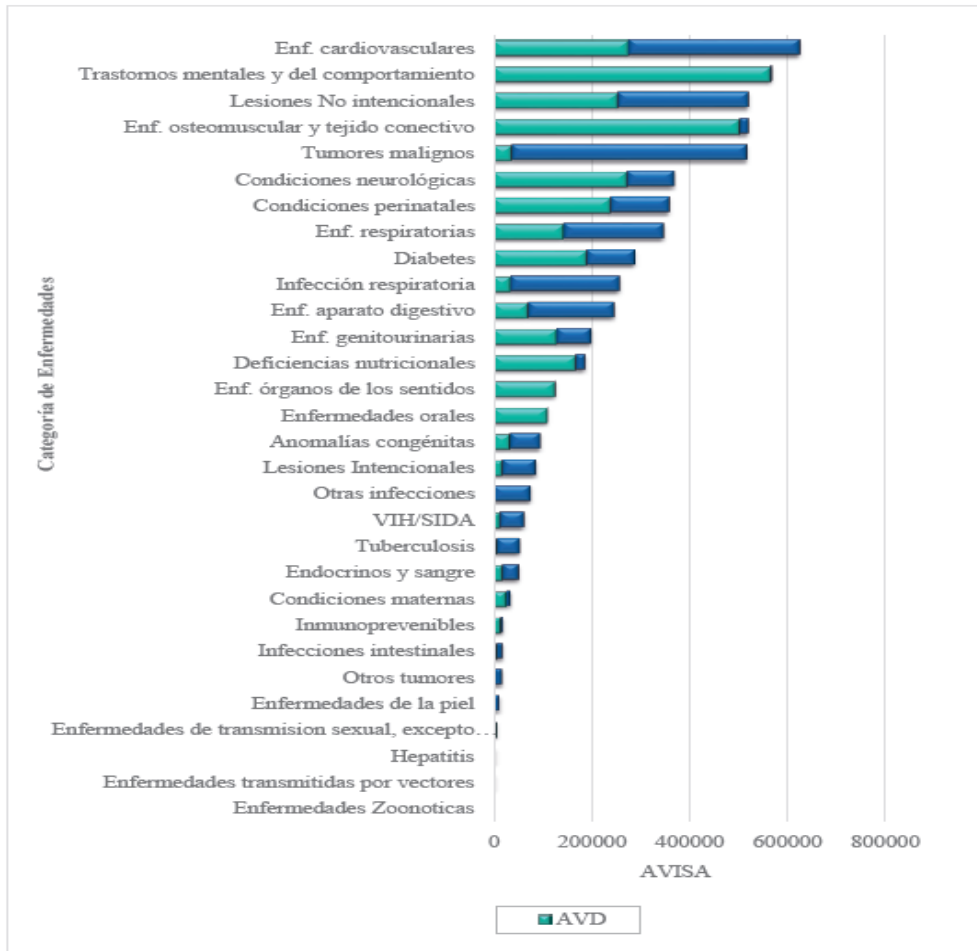


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, Perú.

En el análisis de la carga por categorías de enfermedades se encontró que las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 625 804 años (10.8% del total), que representa una razón de 19.5 por mil habitantes; los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el segundo lugar, con 568 919 AVISA (9.8% del total), con una razón de 17.7 años perdidos por cada mil habitantes. Se observa un alto predominio del componente de discapacidad versus muerte prematura (AVP: 0.6%; AVD: 99.4%); y las lesiones no intencionales ocuparon el tercer lugar, causando 521 233 AVISA (9.0% del total), determinando 16.2 años perdidos por cada mil habitantes. Similar a la anterior categoría, el componente de muerte prematura fue mayor que el de discapacidad (AVP: 51.4%; AVD: 48.6%).

Se observa en el gráfico N° 3 el detalle del Número de AVISA según Categoría de Enfermedades y componentes AVP/AVD.

**Gráfico N°3.** Número de AVISA según Categoría de Enfermedades y componentes AVP/AVD. Perú 2019



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades, Perú.

### 3.1.2. Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.01

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

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

OES/AES	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE	FUENTE
		2021	2022	2021	2022		
AES.01.01 Reducir la Mortalidad Materna e Infantil	Razón de Mortalidad Materna (por cien mil nacidos vivos)	menos de 70	65	88.2	81.6	79.66%	ENDES-INEI
	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	< 14 x 1,000 nv	< 14	18	20	70%	ENDES-INEI
AES.01.02 Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	< 10	11.20%	11.50%	11.70%	95.7%	ENDES-INEI
	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	20%	38%	38%	42.4%	89.6%	ENDES-INEI
AES.01.03 Disminuir las Enfermedades Transmisibles	Tasa de Incidencia de tuberculosis por cien mil habitantes (ESNTB)	69.5	80.8	69.5	85.2	94.84%	MINSA
	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por cien mil personas)	4	3.43	3.53	3.81	90.03%	MINSA
AES.01.04 Controlar las enfermedades No Transmisibles	Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus	< 2%	<4%	4.90%	5.10%	78.43%	ENDES-INEI
	Tasa de mortalidad por Cáncer por cien mil habitantes	ND	117.6	118.5	107.71	109%	CDC
	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental	35%	30%	24.92%	23.40%	78.00%	MINSA
	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	80%	84%	83.4%	84.70%	100.95%	ENDES-INEI
AES.01.05 Reducir los riesgos daños y/o lesiones originadas por factores externos	Tasa de mortalidad por causas externas	59 x 100 mil habitantes	48.7 x 100 mil habitantes	ND	45.13	108%	CDC

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Informe N° D000002-2023-DGIESP-ATK-MINSA; MEMORANDUM N° D001672-2023-CDC-MINSA; MEMORANDUM N° D002552-2023-DGIESP-MINSA; MEMORANDUM N° D002552-2023-DGIESP-MINSA

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

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

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

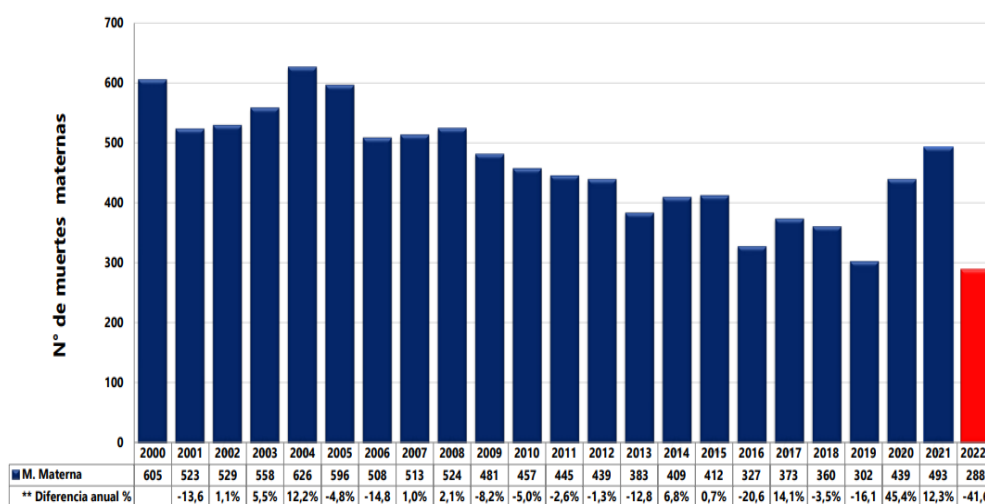
La muerte materna, constituye un importante indicador que refleja la evolución de la salud materna y la capacidad resolutoria del sistema de salud de un país,

actualmente está incluida en el tercer objetivo establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>13</sup>

La Razón de mortalidad Materna por 100 mil nacidos vivos, es un indicador descendente, según el reporte de ENDES, ha disminuido en 6.6 puntos porcentuales en el 2022 (81.6) comparado con el año 2021(88.2), y se cuenta con un avance para el año 2022 del 79.66% respecto al logro esperado (65 x 1000 N.V.).

Hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del 2022<sup>14</sup>, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 288 muertes maternas (MM) clasificadas preliminarmente como directas e indirectas, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación, lo que representa una disminución de 41,6 % (-205) comparado al mismo periodo del 2021.

**Gráfico N°4. Número de Muertes Maternas en el Perú 2000- 2022**



**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

\*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022) /\*\* Diferencia porcentual con respecto al año anterior.

Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.

**Departamento de procedencia.** Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos que notificaron el mayor número de MM según procedencia fueron Lima (31), Piura (28), La Libertad (27), Cajamarca (26), Loreto (21) y Lambayeque (17), que concentraron el 52,1 % del total de muertes en este período.

El departamento de Huancavelica (+1) presentó incremento de muertes a nivel nacional. Por otro lado, los departamentos que presentaron mayor disminución en comparación al mismo periodo 2021 fueron Lima (-62), San Martín (-16) y Lambayeque (-15).

**Muerte materna a causa de COVID-19:** Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos de Lima (2), Madre de Dios (1), Piura (1), Huánuco (1), Pasco (1), La Libertad

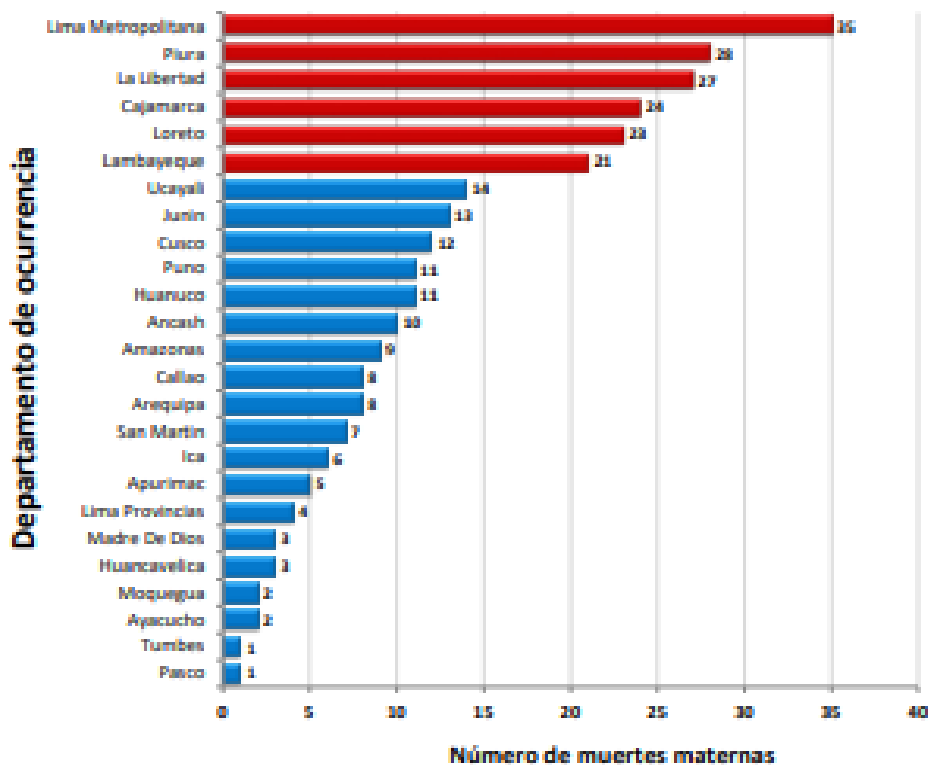
<sup>13</sup> Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. La Agenda 2030 y los ODS. [citado 09 de enero de 2023]. Disponible en: <http://onu.org.pe/ods/>

<sup>14</sup> Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2022-CDC-MINSA.

(1), Apurímac (1), Puno (1) y Lambayeque (1), notificaron muertes maternas a causa de COVID – 19, según procedencia.

**Departamento de ocurrencia.** Hasta la SE 52 - 2022, los departamentos que reportaron el mayor número de MM según ocurrencia fueron Lima (35), Piura (28), La Libertad (27), Cajamarca (24), Loreto (23) y Lambayeque (21), que concentraron el 56,3 % del total de muertes en este período.

**Gráfico N°5. Número de muertes maternas según departamento de ocurrencia, 2022\***



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. \*Hasta SE 49-2022  
 \*Hasta SE 52 del año 2022 (Al 31 de diciembre 2022) \*\*Provincia Constitucional del Callao.  
 Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.  
 Para el análisis el departamento de Lima fue dividido en Lima Provincias y Lima Metropolitana (DIRIS Lima Norte, DIRIS Lima Sur, DIRIS Lima Este, DIRIS Lima Centro).

En el 2022, las MM ocurren principalmente en la etapa del puerperio (60,1 %), así mismo ocurren en su mayoría en establecimientos de salud (65,9 %), y principalmente del II nivel de atención. Las MM ocurrieron principalmente debido a causas directas, (hemorragia y trastornos hipertensivos) pasando a valores similares a los presentados hasta el 2019. Si bien, la enfermedad por la COVID-19, en 2022 forma parte de las causas de muerte materna indirectas, ya no representa la principal causa de MM en este grupo como lo fue durante el 2020 y 2021 (Boletín Epidemiológico del Perú SE 52-2022 CDC-MINSA).

Sin embargo, se ha continuado ejecutando actividades que han contribuido al avance del indicador de mortalidad materna como<sup>15</sup>: Socialización, difusión e implementación de la DS N° 131-2020 Directiva Sanitaria para la Atención en los

<sup>15</sup> Informe N° D000002-2023-DGIESP-ATK-MINSA.

Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19 y con ello permitir la reapertura de los servicios de salud sexual y reproductiva para la oportuna identificación de los síntomas y signos de alarma para la intervención inmediata; inicio del proceso de vacunación a las gestantes contra la COVID 19; seguimiento intensivo (semanal) a las regiones con mayor número de casos de muerte materna; y apoyo en la referencia de los casos de morbilidad materna extrema; así como la orientación mediante telemedicina.

El factor que ha limitado el avance del indicador es el restringido presupuesto para la implementación del Plan de Vigilancia de Riesgo Obstétrico y Neonatal, en el cual se prevé reducir la brecha de RRHH y compra de equipamiento de alta complejidad y compra de equipos informáticos.

Se evidencian algunos resultados al año 2022 (ENDES) relacionados a la reducción del número de muertes maternas, como:

- ✓ El 79.1% de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas usan un método anticonceptivo, y de este porcentaje el 57.9% usan métodos anticonceptivos modernos, resultados que muestran un incremento de 0.9 p.p. a comparación del año 2021 (57%).
- ✓ Cobertura de atención prenatal en el primer trimestre de embarazo de 78.9% en el 2021 a 79% en el 2022.
- ✓ El porcentaje de parto institucional de 93.2% en el año 2021 a 93.3% en el año 2022.

• **Indicador:<sup>16</sup>Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nacidos vivos)**

La tasa de mortalidad en los menores de 5 años es un indicador de resultado descendente importante del nivel de desarrollo social y de acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños y niñas.

Según la ENDES para el 2022, la tasa de mortalidad en la niñez se situó en 20 defunciones de niños/niñas menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos ha comparación del año 2021 que fue de 18 por mil nacidos vivos, aumentando 2 p.p. Así mismo, sigue siendo el lugar de residencia una expresión de desigualdad. En el 2022, en el área rural mueren alrededor de 25 niñas y niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. El avance del indicador para el año 2022 fue del 70% según lo programado (<14 x 1000 nv.)

Según el sistema de vigilancia epidemiológica a la SE 52-22 (diciembre), se reportan 2,486 defunciones, lo cual señala una reducción de 304 defunciones neonatales en comparación al año 2021 para el mismo período (2,790)<sup>17</sup>.

Los factores externos e internos que limitaron el avance del indicador de mortalidad en los menores de 5 años está muy relacionada con los

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

<sup>17</sup> IDEM referencia N° 16

determinantes sociales, contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se respeta a un niño como sujeto de derecho. Sin embargo, aún siguen siendo las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) habitualmente una de las principales causas de mortalidad de la niñez, al igual que la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia.

Sin embargo, se ha continuado ejecutando actividades que han contribuido al avance del indicador de mortalidad en menores de 5 años como: la aplicación de vacunas, controles de CRED, manejo de las enfermedades prevalentes, asistencias técnicas de fortalecimiento de capacidades y competencias técnicas a profesionales de la salud.

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

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

• **Indicador <sup>18</sup>: Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)**

Durante el periodo 2022, el indicador de resultado descendente de proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica según ENDES, obtuvo un resultado de 11.70%, ha comparación del año 2021 que fue del 11.50%, con un incremento de 0.20 p.p, resultado que muestra en el 2022 un avance del 95.7%.

Para el 2022, por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (23.9%), es decir, 16.8 p.p. más que en los residentes del área urbana (7,1%); en tanto que, por región natural, fue mayor en las niñas y niños residentes en la Sierra (18,9%), seguido por los de la Selva (17.1%) este último se ha incrementado en 0.9 p.p a comparación del 2021 (16.2%); el avance del indicador para el año 2022 es del 95.7% según el logro esperado de 11.20%.

Los factores que han interferido en el avance del indicador para el año 2022 son: incremento de algunas patologías infantiles como son las enfermedades respiratorias agudas (13.7%) que se ha incrementado en +7.6 p.p. en comparación con el año 2021 y las enfermedades diarreicas agudas (15.1%) se ha incrementado en +2.7 p.p., afectando directamente en el crecimiento adecuado de los niños y niñas; los efectos colaterales de la pandemia del Covid-19, lo que ha implicado una afectación a nivel económico de las familias, sobre todo la capacidad de adquirir alimentos de una adecuada calidad, como son principalmente alimentos de origen animal y prefiriendo alimentos de bajo costo como son cereales, tubérculos, etc.

---

<sup>18</sup> IDEM referencia N° 16



Los bajos recursos económicos en pandemia, afecta principalmente a las personas más vulnerables, lo que lleva que tanto la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos repercuta en un consumo de macro y micronutrientes suficientes que permita tener un adecuado estado de salud.

Sin embargo, frente a estos resultados es preciso indicar, que se han ejecutado varias acciones como: incorporación de procesos claves de prevención y control de anemia y DCI como parte de los indicadores de desempeño del D.L. N°1153; con el fortalecimiento de la articulación intersectorial e intergubernamental; fortalecimiento de aspectos programático y financieros con el diseño del PPOr DIT.

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

En el año 2022, la proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia, indicador de resultado descendente fue de 42.4%, comparando con el año 2021 que fue de 38.8, evidenciándose un incremento de 3.6 p.p. El avance del indicador para el año 2022 es del 89.6% según el logro esperado de 38.0%.

Según ENDES 2022, el porcentaje de niñas y niños de 6 a 36 meses con prevalencia de anemia afecta principalmente a las siguientes variables:

- ✓ Grupo de edad: los niños y niñas de 6 a 8 meses son de 59.9%, 9 a 11 meses 65%, 12 a 17 meses 54.2%, 18 a 23 meses 38.9%, 24 a 35 meses 27.3%.
- ✓ Área de residencia: niñas y niños que viven en el área urbana el porcentaje de anemia está en 39% y en el área rural es de 51.5%.
- ✓ Dominio de residencia: niñas y niños que residen en la costa el porcentaje de anemia es de 34.4%, los que residen en la sierra 50.4% y los que residen en la selva 52.5%.
- ✓ Educación de la madre: niñas y niños cuya madre está sin nivel educativo y/o primaria el porcentaje de anemia es de 49.6%, y las que tiene secundaria es de 45.2% y nivel superior en 34.7%.
- ✓ Quintil de bienestar: niñas y niños cuyo hogar están dentro del quintil inferior el porcentaje de anemia está en 55.6%, los hogares dentro del segundo quintil son de 45.1%, los de quintil intermedio 36.8%, los de cuarto quintil 32.8% y los de quintil superior 28.1%.

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

- ✓ Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses de edad con lactancia materna, la cobertura para el año 2022 es de 65.9% a comparación del 2021 (64%). ENDES.
- ✓ Porcentaje de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad, la cobertura para el año 2022 es de 11%, en el área urbana solo llega a 3.1% y zona rural 20.9% (ENDES).

- ✓ El consumo de suplemento de hierro en el 2022 está en un 33.4%, lo cual ha disminuido en -2.8 p.p. en comparación con el año 2021, lo cual es un indicativo que no solamente las enfermedades más frecuentes han influenciado en incrementar la anemia, sino también el bajo consumo del hierro por parte de los niños menores de 3 años, influenciado también por la poca aceptabilidad que se tiene ante el sulfato ferroso.

Sin embargo frente a estos resultados es preciso indicar, que se han ejecutado varias acciones como: vinculación a la incorporación de procesos claves de prevención y control de anemia y DCI como parte de los indicadores de desempeño del D.L. N°1153; con el fortalecimiento de la articulación intersectorial e intergubernamental, se cuenta con el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia; fortalecimiento de aspectos programático y financieros con el diseño del PPO R DIT; y se está ampliando la cobertura de atención en los establecimientos de salud identificando rápidamente aquellos pacientes con anemia y brindando el tratamiento o suplementación correspondiente<sup>19</sup>.

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

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

- **Indicador<sup>20</sup>: Tasa de Incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (ESNTB)**

Para la medición de la tasa de incidencia Perú se consideró hasta el año 2021, el total de casos nuevos de TB x 100,000 hab. Sin embargo, el año 2022 y en el marco de los lineamientos de la OMS, la medición de la tasa de incidencia se alinea al resto de los países de la región de las Américas; considerándose para el año 2022 la medición de la Tasa de Incidencia de TB los casos Nuevos y Recaídas (Recaída es un nuevo episodio de la TB en la población). Según la OMS, Perú tiene un estimado de casos que va desde los 37,000 casos en el año 2016 a 37,000 casos en el año 2021, siendo así la tasa de incidencia estimada para Perú un promedio de 121 por 100,000 habitantes. La OMS estima que los casos a reportar para el año 2022 son de 39,000 con una meta del 90%, 35,100 casos por año.

Para el año 2022 se diagnosticaron 29,541 casos de TB, de los cuales corresponde a casos nuevos y recaídas 28,939 casos de TB, lo que se traduce en una tasa de incidencia de 85.2 x 100,000 hab., que ha comparación del año 2021 el resultado fue del 69.5 x 100,000 hab. Para el año 2022 se cuenta con un avance del indicador del 94.84% en relación con el logro esperado de 80.8 x 100,000 hab.

Los factores que han contribuido con el avance del indicador son:

- ✓ Población que demanda atención a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, lo que permite al personal de salud la búsqueda e identificación de casos probables de TB, así como en las actividades extramurales en las familias y la comunidad.

---

<sup>19</sup> IDEM referencia N° 16

<sup>20</sup> IDEM referencia N° 16

- ✓ El Sistema de Información Gerencial de TB – SIGTB, herramienta de gestión de la información en tiempo real a nivel nacional e intersectorial, que permite sistematizar, analizar e interpretar la situación de TB por regiones, provincias y distrito, para la toma de decisiones y elaborar planes e intervenciones focalizadas.
- ✓ Reorganización de los servicios de salud especialmente la atención de TB, que van retornando progresiva y lentamente a su condición prepandemia.

Las principales medidas implementadas en el 2022 son:

- ✓ Plan de Cierre de Brechas de la detección de casos de TB con Radiología Móvil y Prueba Molecular Rápida.
- ✓ Tamizaje para TB en personas con síntoma respiratorio en puntos COVID.
- ✓ Fortalecimiento de las competencias del personal de salud a través de Cursos virtuales en coordinación con la ENSAP.
- ✓ Implementación de módulos de aspirado gástrico para el diagnóstico de TB Pediátrica.
- ✓ Implementación de laboratorios con equipos para Prueba Molecular Rápida.
- ✓ Fortalecimiento de laboratorios para flujo y acceso de pruebas de sensibilidad.

- **Indicador <sup>21</sup>: Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas)**

En el año 2022, la incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo alcanzó el 3,81 por cien mil personas, incrementándose en 0.28 p.p en relación al año 2021 (3.53); lo que represente un avance del indicador al 2022 del 90.3% en relación al logro esperado de 3.43.

Los factores que limitaron el avance del indicador:

- ✓ La inestabilidad política generada durante el año 2022, con el cambio de cuatro ministros de Salud en un año provocando la discontinuidad de las actividades previstas.
- ✓ La crisis económica mundial incrementando los precios de los insumos básicos para la adquisición de materia prima para la fabricación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos para la atención preventiva y recuperativa (antirretrovirales, reactivos de laboratorio, preservativos, etc.) además del incremento de los costes de producción y por ende de los productos finales con sobrecosto de acuerdo a lo planificado previamente.
- ✓ La cuarta y quinta ola de COVID 19, que mantuvieron en alerta a los servicios de salud, aun priorizando actividades como vacunación y atención de hospitalización en áreas COVID, enlenteciendo la reactivación de los servicios de salud en el primer nivel de atención.
- ✓ La disminución agresiva del presupuesto en 81% para la adquisición del productos farmacéuticos y dispositivos médicos (PF y DM) de

---

<sup>21</sup> IDEM referencia N° 16

s/103,977,541.00 durante el año 2021 a s/. 18,931,898.00 del Presupuesto Inicial de Apertura asignado a CENARES para el año 2022.

- ✓ Con la disminución presupuestal para la adquisición de PF y DM se tuvieron que hacer modificaciones internas de específicas de gasto orientadas a la ejecución de actividades preventivas y así garantizar la adquisición de por lo menos los medicamentos antirretrovirales durante el año 2022.

Los factores que han contribuido con el avance del indicador son:

- ✓ El brote sanitario de Viruela símica que exigió mayor trabajo preventivo con la población clave a través de educación sanitaria en todo el país, impulsando el tamizaje e identificación precoz del diagnóstico del VIH específicamente en hombres que tienen sexo con otros hombres.
- ✓ La asignación presupuestal (demanda adicional) que se logró a través del Ministerio de Economía y Finanzas para cada uno de los gobiernos regionales del país específicamente para el pago de movilidad local al personal de Brigadas móviles urbanas para prevención y control de la Viruela símica, que implícitamente incluyó la ejecución de actividades preventivas.
- ✓ El apoyo técnico financiero de cooperantes internacionales (OPS, ONUSIDA, Fondo mundial, etc.).
- ✓ El involucramiento de la sociedad civil organizada para la implementación de estrategias de consejería, tamizaje, y vinculación de nuevos casos en población clave.
- ✓ Desde la DPVIH se implementaron regionalmente actividades priorizadas en la atención de población clave (HSH) adecuando estrategias ampliamente probadas (Educador de pares, Brigadas móviles urbanas, mecanismos de coordinación comunitaria, notificación asistida de casos, entre otras).
- ✓ El compromiso del personal de salud del país en la ejecución de actividades preventivas diferenciadas para el tipo de población clave.

Las principales medidas implementadas en el 2022 son:

- ✓ A través de la subvención del Fondo Mundial con el proyecto “Implementación del proyecto país” (2016 – 2019), (2019-2022) y (2022 - 2025) con la implementación de intervenciones específicas para el abordaje de las poblaciones clave y vulnerables en ámbitos urbanos y amazónicos a través de Brigadas móviles, oferta comunitaria para consejería y tamizaje de VIH, sífilis y Hepatitis B, fortalecimiento de sistemas comunitarios, descentralización de pruebas para el monitoreo virológico (GenXpert) y otras actividades complementarias con el apoyo de cooperantes y organizaciones de la sociedad civil que se trabajan en prevención, detección de casos y vinculación a los servicios de salud para inicio precoz de Tratamiento antirretroviral (TAR) y oferta de paquetes preventivos.
- ✓ Durante la pandemia por COVID 19 se implementaron estrategias que impulsaron con mayor rapidez la descentralización del TAR hacia el primer nivel de atención en todas las regiones del país, logrando cerrar al año 2022 con 35 EESS de primer nivel en 19 regiones (Piura, Ancash, Lima Región, Ica, Amazonas, Cajamarca, Loreto, Madre de Dios, Junín,

Pasco, San Martín, Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Puno, Tacna, Cusco, Moquegua y Lima Metropolitana). Logrando que se cuente con 252 centros TAR, de los cuales el 50% se encuentran ubicados en el primer nivel de atención.

- ✓ A partir del mes de abril 2022, con apoyo de la subvención de VIH, se implementó la estrategia de Notificación Asistida de Contactos (NAC) en VIH, estrategia recomendada por la OMS considerada como una manera eficaz de abordar a personas que desconocen su diagnóstico en relación al VIH después de haber sufrido una exposición, y ofrecerles el tamizaje para saber su estado serológico en relación al VIH. De los 1 908 PVV que aceptaron ser caso índice, lograron brindar información de 2 671 parejas, tamizando para VIH al 82.9% (2 213 personas); de este número de tamizados el 23.8% (526 personas) resultaron casos reactivos, logrando vincular al 92%. Se implementó la NAC en 13 regiones del país (Amazonas, Ancash, Cajamarca, Cusco, Ica, Junín, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, San Martín, Tacna y Lima Metropolitana)
- ✓ Fortalecimiento de capacidades del personal de salud multidisciplinario descentralizado a través de Cursos Nacionales en coordinación y a través de la plataforma de la Escuela Nacional de Salud Pública - ENSAP, el Curso Base fue denominado Atención Integral del Paciente VIH en el marco de la descentralización del Tratamiento Antirretroviral en la que se capacitó a 463 personal de salud multidisciplinario con 60 horas lectivas, logrando aprobar 202 (44% de los inscritos). La mención 1 fue denominada Atención Integral de la Persona con coinfección TB-VIH con 88 personal de salud multidisciplinario del país inscritos con 60 horas lectivas, y la mención 2 fue denominada Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Hepatitis B y Sífilis con 120 inscritos en todo el país. Logrando capacitar en el curso base y las 2 menciones a 663 personas, del mismo modo se realizaron capacitaciones a través de plataformas virtuales sobre temas relacionados a VIH, hepatitis B, ITS y viruela símica, logrando la participación de 6 083 profesionales de salud a nivel nacional.
- ✓ Se realizaron 05 Reuniones macro regionales de Evaluación de Indicadores sanitarios y ejecución presupuestal correspondiente al año 2021 para identificar logros y dificultades en las metas planteadas regionalmente.

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

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

- **Indicador<sup>22</sup>: Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus**

En el año 2022, según ENDES el porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener Diabetes Mellitus, es de 5,1%, incrementándose 0.2p.p en comparación con el año 2021 (4.90%). Lo que representa un avance del indicador del 78.43% según el logro esperado de < 4%.

---

<sup>22</sup> Informe N°099-2022-AKT-DGIESP/MINSA y Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2022, elaborada por DIGIESP

Los factores que limitaron el alcance de la meta propuesta, se consigna la priorización de las actividades asistenciales debido a la pandemia por la COVID-19, así como las emergencias sanitarias vigentes, repercutiendo en las actividades de prevención y control de ENT a nivel de las regiones y que dificultaron mejorar la reducción del indicador señalado.

Las principales medidas implementadas en el 2022 son:

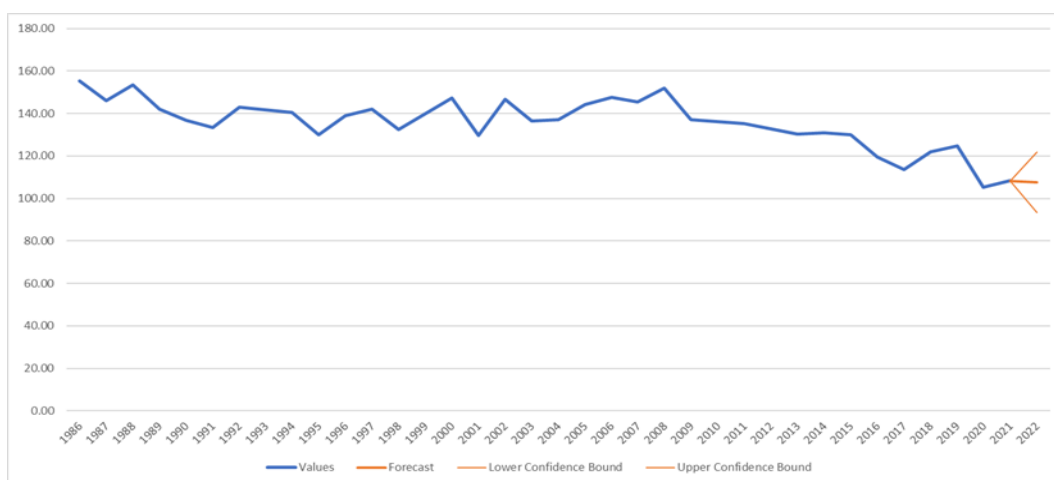
- ✓ Monitoreo de actividades destinadas a la prevención y control de Diabetes Mellitus y sus comorbilidades a nivel de las regiones.
- ✓ Actualización de normas y guías técnicas para la prevención, diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus y sus comorbilidades.
- ✓ Acciones de control de personas afectadas por Diabetes mellitus, desde el primer nivel de atención.
- ✓ Supervisión y/o asistencia técnica permanente a las DIRESA, GERESA y DIRIS a nivel regional, al personal de los EESS, desde el primer nivel de atención, para la detección y control de personas afectadas con esta enfermedad, logrando que el 64% de los pacientes diagnosticados con diabetes reciben tratamiento, según la normatividad vigente.

• **Indicador<sup>23</sup>: Tasa de mortalidad por Cáncer por 100 mil habitantes**

En el año 2022, se ha estimado una tasa de mortalidad por cáncer de 107.7 defunciones a nivel nacional por cada 100 000 habitantes (intervalo de confianza al 95%: 93.40 – 121.80), la cual es una cifra menor a lo establecido como meta para el mismo año, correspondiente a 117.6 defunciones por cada 100 000 habitantes (reducción del 8% respecto de la meta). Asimismo, la tasa de mortalidad estimada para el 2022 es menor a lo estimado en el 2021, correspondiente a 118.5 defunciones por cada 100 000 habitantes (reducción del 9% respecto del año 2021).

Se cuenta al 2022 con un avance del indicador del 109% según el logro esperado.

**Gráfico N° 6. Tasa de mortalidad por cáncer, Perú, 2000 - 2022**



Fuente: Oficina General de Tecnologías de la Información, MINSA. Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Perú.

<sup>23</sup> MEMORÁNDUM N° D001672-2023-CDC-MINSA

Se debe tener en consideración que la cifra estimada para el 2022 es una proyección dado que aún no se ha remitido de manera oficial la base de datos de defunciones correspondiente al año 2022 por parte de OGTI, MINSA. Se utilizó un algoritmo de suavizamiento exponencial triple (ETS) para la predicción de series temporales, el cual se basa en la versión AAA (error aditivo, tendencia y estacionalidad aditivas) del algoritmo de suavizado triple exponencial (ETS), que suaviza las desviaciones menores en las tendencias de datos previas mediante la detección de patrones de estacionalidad e intervalos de confianza. Este método de pronóstico es más adecuado para modelos de datos no lineales con patrones estacionales u otros patrones recurrentes. Se utilizó el software Excel (Versión 2301 Build 16.0.16026.20002). En la tabla N° 3 se presentan los valores estadísticos utilizados para la estimación de la proyección.

**Tabla N° 3. Parámetros estadísticos utilizados para la proyección de la tasa ajustada de mortalidad por cáncer en el Perú**

<b>Parámetro estadístico</b>	<b>Valor</b>
<b>Alpha</b>	0.00
<b>Beta</b>	0.00
<b>Gamma</b>	0.00
<b>MASE</b>	0.47
<b>SMAPE</b>	0.03
<b>MAE</b>	3.47
<b>RMSE</b>	5.12

Las intervenciones que han contribuido al logro esperado del indicador son:

- ✓ Sensibilización a los profesionales de la salud para la mejora del registro de información con control de calidad que garantice la información relacionada al diagnóstico en forma completa, oportuna y precisa.
- ✓ Coordinaciones regionales y con los establecimientos de salud para la realización de intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de riesgos y daños del cáncer.
- ✓ Mejora y experticia en el cálculo y estimación de la tasa de mortalidad por cáncer, con la estrecha estimación de los subregistros realizada a la base de datos por factores demográficos o poblacionales.
- ✓ Monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones estratégicas en prevención y control del cáncer.
- ✓ Publicación de documentos normativos a fin de estandarizar los procedimientos en promoción, prevención, diagnóstico, estadía, clasificación y tratamiento integral de las personas con los cánceres prevalentes en el Perú.
- ✓ Campañas de detección de lesiones premalignas en los diferentes tipos de cáncer.
- ✓ Sensibilización al gobierno regional y local para el óptimo desarrollo de las acciones dirigidas a la prevención del cáncer.

- **Indicador<sup>24</sup>: Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental**

En el año 2022, el porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental alcanzó el 23.4%, resultado que con relación al año 2021 es menor en 1.52 p.p. Este indicador, alcanzó un nivel de avance de 78.0% con relación al logro esperado de 30% para el año 2022.

En total se logró tamizar por algún problema de salud mental a 4 822,054 personas de los 20 633,656 que accedieron a la atención en los diferentes servicios de los establecimientos de salud.

Los factores que limitaron el avance del indicador:

- ✓ La alta rotación del personal de los establecimientos de salud capacitados en las intervenciones de salud mental.
- ✓ Resistencia del personal de los diferentes servicios de salud, en la aplicación de los tamizajes de salud mental.

Los factores que han contribuido en el avance del indicador:

- ✓ Inclusión del tamizaje de violencia en el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), acción realizada de manera articulada con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva-DSARE del Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- ✓ Inclusión de los tamizajes de salud mental en los indicadores del convenio entre el Seguro Integral de Salud y los gobiernos regionales para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

Las principales medidas implementadas en el 2022 son:

- ✓ Se ha mejorado el sistema de información HISMINSA de las intervenciones de salud mental logrando identificar para el numerador y denominador del indicador a las personas que han recibido por lo menos un tamizaje en salud mental a través de su documento de identidad DNI.
- ✓ Se ha fortalecido el registro de las actividades relacionadas al tamizaje en el primer nivel de atención a través del "Acompañamiento Clínico Psicosocial" que brindan los centros de salud mental comunitaria al personal de salud de establecimientos no especializados en salud mental.

- **Indicador<sup>25</sup>: Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados**

En el año 2022, según ENDES el porcentaje de mujeres de 30 a 59 años que se han realizado un examen de citología cérvico-uterina (Papanicolaou) y conocen su resultado alcanzó el 84.7%, resultado que en relación al año 2021 es mayor en 1.3 p.p. Este indicador, alcanzó un nivel de avance para el año 2022 del 100.95% con relación al logro esperado de 84%.

Las principales medidas implementadas en el 2022 son:

---

<sup>24</sup> IDEM Referencia N° 16

<sup>25</sup> IDEM referencia N° 16



- ✓ La Dirección de Prevención y Control del Cáncer ha realizado asistencia técnica y monitoreo permanente a las DIRESAS, GERESA/DIRIS para el fortalecimiento de competencias del personal de salud.
- ✓ Coordinación a personal de salud en coordinación con INEN e INS para el fortalecimiento de capacidades técnicas en lectura de citología.

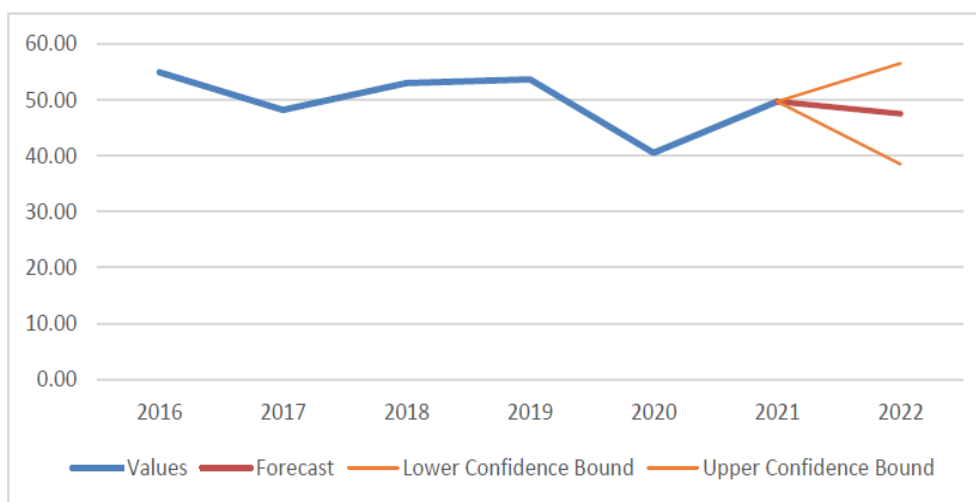
**e) Acción Estratégica Sectorial – AES.01.05 Reducir los riesgos daños y/o lesiones originadas por factores externos**

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

- **Indicador<sup>26</sup>: Tasa de mortalidad por causas externas**

En el año 2022, se ha estimado una tasa de mortalidad por lesiones externas de 45.13 defunciones a nivel nacional por cada 100 000 habitantes (intervalo de confianza al 95%: 38.47 – 56.52), la cual es una cifra menor a lo establecido como meta para el mismo año, correspondiente a 48.7 defunciones por cada 100 000 habitantes (reducción del 7.3% respecto de la meta). Asimismo, la tasa de mortalidad estimada para el 2022 es menor a lo estimado en el 2021, correspondiente a 49.69 defunciones por cada 100 000 habitantes (reducción del 9.2% respecto del año 2021).

**Gráfico N° 7. Tasa de mortalidad por lesiones externas, Perú, 2016 - 2022**



Fuente: Oficina General de Tecnologías de la Información, MINSA. Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Perú.

Se debe considerar que la cifra estimada para el 2022 es una proyección dado que aún no se ha remitido de manera oficial la base de datos de defunciones correspondiente al año 2022 por parte de OGTI, MINSA.

<sup>26</sup> Memorandum N° 001672-2023-CDC

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

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

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

OES/AES	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE	FUENTE
		2021	2022	2021	2022		
OES.02 Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	90.00%	98.50%	98.03%	99.12 <sup>27</sup> %	101%	SUSALUD

Elaborado por la OPEE-OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector Salud, correspondiente al año 2022, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN.

#### 3.2.1. Indicador: Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud

El aseguramiento universal en salud física y mental es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).<sup>28</sup>

La Política de Aseguramiento Universal en Salud<sup>29</sup>, se desarrolla a través de sus tres dimensiones o coberturas: Cobertura poblacional, es la admisibilidad de la población al sistema de salud a través de un seguro de salud; la cobertura prestacional, es el acceso de los asegurados a un servicio de salud en las condiciones adecuadas que la norma señala y; la cobertura financiera, es la protección financiera para garantizar la atención médica, y evitar el gasto de bolsillo en el asegurado, que traería como consecuencia penurias económicas poblacional.

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

En esa línea, mediante el Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia se que establece medidas para la Cobertura Universal en Salud, con

<sup>27</sup> Boletín Informático REGINA - Registro Nominal de Asegurados - SUSALUD

<sup>28</sup> INFORME TÉCNICO: ANÁLISIS E IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS NO ASEGURADAS EN SALUD A NIVEL NACIONAL

<sup>29</sup> Implementada con la promulgación de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

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

En el año 2022, el porcentaje de personas afiliadas a un seguro de salud alcanzó el 99.12%, superando en 0.62 p.p. la meta programada de 98.5%. Además, con relación al valor obtenido el año anterior (98.03%), se ve incrementado en 1.1 p.p.

Para el ejercicio fiscal del 2022, mediante el Artículo 39 de la Ley N°31365, Ley de Presupuesto del Sector Público, se otorgó la continuidad de la Política AUS, mediante la prórroga del artículo 2 y 3 del Decreto de Urgencia N°046-2021, hasta el 31 de diciembre del 2022, con una asignación de recursos 500 millones al Pliego de Seguro Integral de Salud.

No obstante, al resultado obtenido, se presentaron limitantes que influyeron en el desempeño del indicador principalmente asociadas a la escasa información disponible para la identificación demográfica de la población en zonas rurales.

### 3.2.2. Acciones Estratégicas Sectoriales - OES.02

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

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

OES/AES	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE	FUENTE
		2021	2022	2021	2022		
AES.02.01 Ampliación de cobertura de aseguramiento de la población	Porcentaje de población afiliada al SIS	ND	70%	69.01%	69.20%	98.86%	SIS
AES.02.02 Expandir la oferta de los servicios de salud	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	65%	12%	12.08%	21%	175%	ENAHO-INEI

AES.02.03 Modernizar la gestión de los servicios de salud							
AES.02.04 Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria							

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Elaborado por la OPEE-OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector Salud, correspondiente al año 2022, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN.

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

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

- **Indicador<sup>30</sup>: Porcentaje de población afiliada al SIS.**

En el año 2022, el porcentaje de población afiliada al SIS alcanzó 69.20%, lo que representa un nivel de avance del 98.86% en relación con la meta programa de 70%. Además, con relación a resultado de año 2021 de 69.06% se ve incrementado en 0.19 p.p.

Estos resultados favorables han sido alcanzados gracias a la aprobación del Decreto de Urgencia N° 017-2019, que autoriza a la IAFAS – SIS afiliar independientemente de la clasificación socio económica, a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, con la finalidad de garantizar la protección del derecho a la salud.

Adicionalmente, y en el marco de la emergencia sanitaria, se aprueba el Decreto de Urgencia No 046-221, mediante el cual se autoriza a la IAFAS SIS a financiar la cobertura del PEAS y Plan complementario de los afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N° 017-2019, así como afiliar a todas personas de nacionalidad peruana residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, independiente de la clasificación socio económica.

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

<sup>30</sup> Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector Salud, correspondiente al año 2022, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN

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

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

- **Indicador<sup>31</sup>: Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud**

En el año 2022, el porcentaje de personas que acuden a los establecimientos de salud y recibieron servicios de salud alcanzó el 21%, resultado que en relación con la meta programada de 12%, la supero en 9 p.p. Además, en relación con los resultados del año 2021, se evidencia un incremento de 8.02 p.p., mostrando una tendencia ascendente esperada.

En el transcurso del año 2021 y 2022 se inició la reactivación progresiva de los servicios de salud en otras especialidades, lo cual se vio reflejado en el incremento del uso de los servicios de salud en los establecimientos de salud por la población.

En atención a ello el MINSA dispuso diferentes estrategias para atender la demanda, siendo los más resaltantes el plan de Desembalse quirúrgico y Desembalse de consulta externa, que tienen como fin cerrar las brechas de atención en servicios de salud.

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

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

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

OES/AES	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE
		2021	2022	2021	2022	
OES.03 Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio del usuario	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	90%	66%	56%	62%	94%

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector Salud, correspondiente al año 2022, Dirección General de Aseguramiento e Intercambio prestacional – DGAIN – UFGC/DGAIN.

<sup>31</sup> Fuente: Memorandum N°D000566-2023-DGAIN-MINSA

### 3.3.1. Indicador<sup>32</sup>: Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa

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

En el año 2022, como promedio a nivel nacional, el porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa<sup>33</sup>, alcanzó el 62.3%; lo que representa un nivel de avance de cumplimiento al 94%. Además, con relación al resultado del año 2021 (56%) lo supera en 6 p.p.

Resultados específicos: en los Institutos Nacionales: 73% de satisfacción en Consulta externa; en las IPRESS del II y III nivel de atención, 51% de satisfacción en Consulta externa; en las IPRESS del I nivel de atención, 63% de satisfacción en Consulta externa.

Es importante resaltar que han existido factores que han limitado los procesos asociados al cumplimiento del indicador como la alta rotación de responsables de las Oficinas de Gestión de la Calidad del nivel nacional y a las prioridades de intervenciones en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales han sido enfocadas en la atención de pacientes, viéndose muy reducidas la dedicación del personal a las actividades de gestión de la calidad.

En el año 2016 se realizó la última encuesta nacional de satisfacción de los usuarios en Salud, la cual fue realizada por el INEI, bajo la responsabilidad de SUSALUD teniendo un valor de 66%, considerado como el valor basal.

En los años 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021 los equipos operativos de las Oficinas de Gestión de la Calidad en Salud de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS e institutos, debido a las limitaciones presupuestales para la contratación de una entidad externa especializada, se encargaron de la sistematización de los resultados de la evaluación de satisfacción de los usuarios externos.

En esa línea, para el año 2022 la dificultad para la aplicación de la encuesta y procesamiento de datos ha continuado principalmente por la limitada asignación de recursos para la ejecución de esta actividad.

Es necesaria la disponibilidad de recursos suficientes para que la evaluación nacional tanto de IPRESS públicas y privadas, sea ejecutada de manera adecuada, por una entidad externa especializada, que garantice la calidad de los resultados y la oportuna disponibilidad de estos.

---

<sup>32</sup> Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025, correspondiente al año 2022. Elaborado por la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional

<sup>33</sup> Información obtenida mediante la encuesta SERVQUAL

### 3.3.2. Acciones Estratégicas Sectoriales del OES.03

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

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

OES/AES DESCRIPCIÓN	INDICADOR	LOGROS ESPERADOS		VALOR OBTENIDO		% AVANCE
		2021	2022	2021	2022	
AES.03.01 Fortalecer la Autoridad Sanitaria	Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales	1	1	1	73	100%
AES.03.02 Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos	Tiempo de espera en consulta ambulatoria	45	45 minutos	ND	ND	-
AES.03.03 Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación de Políticas en Salud Pública.	Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública	1	1	ND	1	100%
AES.03.04 Reforzar los arreglos Interinstitucionales para la gestión Multisectorial y Territorial en salud	Número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas").	1	1	ND	25	100%

Elaborado por la OPEE - OGPPM. Fuente: Matriz de Evaluación de Indicadores PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector Salud, correspondiente al año 2022.

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

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

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

En el año 2022, se logró aprobar documentos normativos que contribuyen a la conducción de las intervenciones en salud Pública. Dentro de estos, se identifica principalmente a 73 documentos normativos, lo que representa el cumplimiento de la meta programada.

A continuación, se detallan los principales documentos normativos aprobados:

**Cuadro N°7. Documentos Normativos aprobados en el 2022**

N°	Nombre de norma	N° norma	Fecha
1	Modificar la Directiva Sanitaria N° 137/MINSA/DGIESP-2021, "Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19", aprobado con Resolución Ministerial N° 1169-2021/MINSA	Resolución Ministerial N° 1351-2021-MINSA	1 de enero de 2022
2	NTS N° 179-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud: "Manejo de personas afectadas por COVID-19 en los servicios de hospitalización"	Resolución Ministerial N° 1366-2021-MINSA	5 de enero de 2022
3	Modificar en el Documento Técnico: Manejo ambulatorio de personas afectadas por la COVID-19 en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N° 834-2021/MINSA	Resolución Ministerial N° 010-2022-MINSA	13 de enero de 2022
4	Modificar la NTS N° 178-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la COVID-19 en el Perú	Resolución Ministerial N° 009-2022-MINSA	14 de enero de 2022
5	Modificar el Documento Técnico: Manejo ambulatorio de personas afectadas por la COVID-19 en el Perú, de acuerdo con la modificación aprobada en el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial, reemplaza en toda definición tanto de cuarentena como de aislamiento en el ámbito comunitario que se encuentren contenidas en los documentos normativos aprobados por la Autoridad Nacional de Salud.	Resolución Ministerial N° 018-2022-MINSA	21 de enero de 2022
6	Aprueban NTS N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA	30 de enero de 2022
7	Aprueban Documento Técnico: Plan hacia la eliminación de la Malaria en el Perú 2022-2030	Resolución Ministerial N° 034-2022-MINSA	30 de enero de 2022
8	Directiva Administrativa N° 325-MINSA/DIGIESP-2022, "Orientaciones para la conformación y funcionamiento de los Comités Comunitarios de Salud Indígena o Afrodescendiente con pertinencia cultural"	Resolución Ministerial N° 089-2022-MINSA	22 de febrero de 2022
9	NTS N° 181-MINSA/DGIESP-2022, Norma Técnica de Salud "Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica de adultos"	Resolución Ministerial N° 094-2022-MINSA	24 de febrero de 2022
10	Directiva Administrativa N° 327-MINSA/DGIESP-2022, Directiva Administrativa que establece los lineamientos para la determinación de las enfermedades raras o huérfanas de alto costo y la estimación del umbral de medicamentos de alto costo para las enfermedades raras o huérfanas	Resolución Ministerial N° 109-2022-MINSA	26 de febrero de 2022
11	Reglamento Interno de la Comisión Consultiva Institucional del Ministerio de Salud encargada de evaluar el diagnóstico y/o tratamiento de Enfermedades Raras y Huérfanas (ERH) de alto costo propuesto por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) pública a cargo del paciente,	Resolución Ministerial N° 113-2022-MINSA	25 de febrero de 2022
12	Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias designadas a garantizar la respuesta sanitaria de atención en los establecimientos de salud en el marco de la Emergencia Sanitaria por la pandemia por la COVID-19	Decreto de Urgencia N° 002-2022	27 de febrero de 2022
13	Desagregado de los recursos transferidos por el numeral 2.8 del artículo 2 del decreto de Urgencia N° 002-2022	Resolución Ministerial N° 149-2022-MINSA	2 de marzo de 2022
14	Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso y Obesidad en el contexto de la COVID-19, 2022	Resolución Ministerial N° 158-2022-MINSA	4 de marzo de 2022
15	Directiva Sanitaria N° 1473-MINSA/DGIESP-2022, Directiva Sanitaria para el barrido sanitario de vacunación contra la COVID-19 en Lima Metropolitana y el Callao	Resolución Ministerial N° 165-2022-MINSA	4 de marzo de 2022
16	Guía Técnica para el Abordaje Integral a Personas Expuestas a Arsénico	Resolución Ministerial N° 168-2022-MINSA	5 de marzo de 2022



N°	Nombre de norma	N° norma	Fecha
17	Directiva Sanitaria N° 144-MINSA/DIGIESP-2022, Directiva Sanitaria para el barrido sanitario de vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 196-2022-MINSA	12 de marzo de 2022
18	Disponer que el/la representante de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ante la Comisión Multisectorial Permanente de prevención y control de Enfermedades Zoonóticas	Resolución Ministerial N° 198-2022-MINSA	11 de marzo de 2022
19	Lineamientos para el pago de entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 199-2022-MINSA	11 de marzo de 2022
20	Modificar la Directiva Sanitaria N° 137-MINSA/DGIESP-2021, "Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19"	Resolución Ministerial N° 239-2022-MINSA	27 de marzo de 2022
21	Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer	Decreto Supremo N° 004-2022-SA	30 de marzo de 2022
22	Modificar la Directiva Administrativa N° 239-MINSA/2017/DGIESP: "Directiva que establece las condiciones de operatividad de las entidades habilitadas para expedir certificados de salud para postulantes a licencias de conducir, así como los procedimientos técnicos y contenidos de las evaluaciones médicas y psicológicas para postulantes a licencias de conducir"	Resolución Ministerial N° 249-2022-MINSA	31 de marzo de 2022
23	Aprobar las "Prioridades Nacionales de Investigación en Salud Bucal 2022-2026,	Resolución Ministerial N° 262-2022-MINSA	1 de abril de 2022
24	Aprobar la NTS N° 185-MINSA/DGIESP-2022, Norma Técnica de Salud para el diagnóstico y tratamiento de pacientes pediátricos con COVID-19 y del Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico asociado a SRAS-CoV-2 (SIM-P)	Resolución Ministerial N° 282-2022-MINSA	3 de abril de 2022
25	Documento Técnico: Plan de Implementación de Inmunizaciones en la Semana de Vacunación en las Américas	Resolución Ministerial N° 302-2022-MINSA	23 de abril de 2022
26	Decreto Supremo que amplía el plazo que permite el uso de adhesivos con las advertencias publicitarias para los productos importados y para las micro y pequeñas empresas dispuesto en los subnumerales 8.3 y 8.5 del numeral 8 del Manual de Advertencias Publicitarias aprobado por Decreto Supremo N° 012-2018-SA, en el marco de lo establecido en la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes, y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA.	Decreto Supremo N° 005-2022-SA	3 de mayo de 2022
27	Lineamientos para el pago de entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 350-2022-MINSA	15 de mayo de 2022
28	Disponen la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 31189 Ley para fortalecer la prevención mitigación y atención de la salud afectada por la contaminación con metales pesados y otras sustancias químicas su exposición de motivos y del Decreto Supremo que lo aprueba.	Resolución Ministerial N° 377-2022-MINSA	27 de mayo de 2022
29	NTS N° 187-MINSA/DGIESP-2022, Norma Técnica de Salud para la prevención y manejo de los pacientes afectados por la viruela del mono (viruela símica)-Monkeypox.	Resolución Ministerial N° 479-2022-MINSA	3 de julio de 2022
30	Disposiciones para el pago de la entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19", aprobados mediante Resolución N° 350-2022-SA.	Resolución Ministerial N° 487-2022-MINSA	4 de julio de 2022
31	Modificar la Directiva Sanitaria N° 144-MINSA/DGIESP-2022, Directiva Sanitaria para el barrido sanitario de vacunación contra la COVID-19,	Resolución Ministerial N° 536-2022-MINSA	22 de julio de 2022
32	NTS N° 188-MINSA/DIGIESP-2022, Norma Técnica de Salud para el uso de la odontograma	Resolución Ministerial N° 559-2022-MINSA	29 de julio de 2022

N°	Nombre de norma	N° norma	Fecha
33	Modificar el numeral 7.11 del Apartado VII. "DISPOSICIONES ESPECÍFICAS", del Documento Técnico: Manejo ambulatorio de personas afectadas por la COVID-19 en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N° 834-2021/MINSA	Resolución Ministerial N° 566-2022-MINSA	29 de julio de 2022
34	Aprueban el Documento Técnico: Plan de cierre de brechas del Esquema Nacional de Vacunación del menor de 5 años	Resolución Ministerial N° 657-2022-MINSA	02 de setiembre de 2022
35	Modifican la Directiva Administrativa que establece las disposiciones para la vigilancia prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2 aprobada por Resolución Ministerial N° 1275-2021/MINSA	Resolución Ministerial N° 675-2022-MINSA	03 de setiembre de 2022
36	Modifican el Documento Técnico: Plan Nacional Actualizado de Vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 704-2022-MINSA	10 de setiembre de 2022
37	Modifican la Directiva Sanitaria N° 137-MINSA/DGIESP-2021 Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 725-2022-MINSA	17 de setiembre de 2022
38	Aprueban las Prioridades Nacionales de Investigación en Tuberculosis en el Perú 2022-2025	Resolución Ministerial N° 729-2022-MINSA	21 de setiembre de 2022
39	Aprueban el Documento Técnico: Plan de Gestión de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera 2022 - 2026	Resolución Ministerial N° 734-2022-MINSA	23 de setiembre de 2022
40	Disponen la publicación del proyecto de la Norma Técnica de Salud: Vigilancia de la Salud de los Trabajadores en la sede digital del Ministerio	Resolución Ministerial N° 762-2022-MINSA	25 de setiembre de 2022
41	Aprueban la NTS 191-MINSA-DGIESP-2022 Norma Técnica de Salud para la prevención y manejo de los pacientes afectados por viruela del mono (viruela símica) – Monkeypox	Resolución Ministerial N° 776-2022-MINSA	30 de setiembre de 2022
42	Aprueban el Documento Técnico: Plan de salud integral e intercultural y monitoreo de exposición a metales pesados e hidrocarburos en las cuencas de los ríos Pastaza Corrientes Tigre Maraón y Chambira 2022 - 2026	Resolución Ministerial N° 778-2022-MINSA	02 de octubre de 2022
43	Aprueban el Documento Técnico: Plan de Intervenciones Sanitarias para la Prevención y Mitigación de la COVID-19 en población indígena para el año 2022	Resolución Ministerial N° 782-2022-MINSA	05 de octubre de 2022
44	Derogan el Anexo N° 1 Declaración Jurada electrónica de salud del viajero y compromiso para comunicar a la autoridad de salud de la Guía Técnica para la prevención y control de la COVID – 19 en viajeros que ingresan y salen del país durante la emergencia sanitaria aprobada por R.M. N° 780-2021/MINSA	Resolución Ministerial N° 811-2022-MINSA	12 de octubre de 2022
45	Decreto Supremo que crea la Comisión Multisectorial de naturaleza temporal encargada de elaborar el informe técnico que contenga la propuesta de Reglamento de la Ley N° 31311 Ley que prioriza la esterilización de perros y gatos como componente de la política nacional de salud pública	Decreto Supremo N° 019-2022-SA	13 de octubre de 2022
46	Aprueban la NTS N°193-MINSA/DGIESP-2022 Norma Técnica de Salud que establece la vacunación contra el virus de la viruela del mono (viruela símica – Monkeypox)	Resolución Ministerial N° 823-2022-MINSA	14 de octubre de 2022
47	Aprueban la Guía Técnica para la rehabilitación de personas afectadas por COVID-19	Resolución Ministerial N° 850-2022-MINSA	22 de octubre de 2022
48	Aprueban el Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica	Resolución Ministerial N° 862-2022-MINSA	29 de octubre de 2022
49	Aprueban la Guía Técnica para el Cuidado Integral de la Salud Mental de Niñas Niños y Adolescentes víctimas de violencia sexual	Resolución Ministerial N° 868-2022-MINSA	04 de noviembre de 2022
50	Aprueban la la NTS N° 196 -MINSA/DGIESP-2022 Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación	Resolución Ministerial N° 8842022-MINSA	09 de noviembre de 2022

N°	Nombre de norma	N° norma	Fecha
51	Modifican la Directiva Sanitaria N° 137-MINSA/DGIESP-2021 Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19	Resolución Ministerial N° 1072-2022-MINSA	25 de diciembre de 2022
52	Decreto Supremo que amplía el plazo que permite el uso de adhesivos con las advertencias publicitarias para los productos importados y para las micro y pequeñas empresas dispuesto en los subnumerales 8.3 y 8.5 del numeral 8 del Manual de Advertencias Publicitarias aprobado por Decreto Supremo N° 012-2018-SA en el marco de lo establecido en la Ley N° 30021 Ley de promoción de la alimentación saludable para niños niñas y adolescentes y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 017-2017-SA	Decreto Supremo N° 022-2022-SA	31 de diciembre de 2022

Fuente: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

Además, la Dirección General de Medicamentos, aprobó normas que complementan la regulación farmacéutica, priorizándose las que requieren actualización, simplificar y establecer criterios técnicos para la regulación de nuevos productos o dispositivos.

N°	NOMBRE DE LA NORMA	N° de Norma		APROBADO
1	Modifica el Decreto Supremo N° 018-2020-SA que dicta disposiciones referidas al certificado de Buenas Prácticas de Manufactura y al Certificado de Producto Farmacéutico o Certificado de Libre Comercialización, para la inscripción, reinscripción y cambios en el registro sanitario y la importación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos; así como otras disposiciones para el funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos.	Decreto Supremo	009-2022-SA	3/06/2022
2	Reglamento para el Registro Sanitario de Productos Farmacéuticos: Artículos para Bebés.	Decreto Supremo	010-2022-SA	4/06/2022
3	Decreto Supremo que modifica artículos del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobado por Decreto Supremo N° 016-2011-SA.	Decreto Supremo	011-2022-SA	30/06/2022
4	Otorga plazo para sustentar la eficacia y seguridad de las especialidades farmacéuticas comprendidas en la Segunda Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 016-2013-SA.	Decreto Supremo	012-2022-SA	5/07/2022
5	Reglamento que regula las autorizaciones de importación o adquisición de vacunas y medicamentos contra el coronavirus SARS-COV-2 en el marco de lo dispuesto por la Ley N° 31225	Decreto Supremo	014-2022-SA	12/07/2022
6	Directiva Administrativa N° 323-MINSA/DIGEMID-2022, Directiva Administrativa que establece el estándar de transacción de la receta electrónica en los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos y otros productos farmacéuticos.	Resolución Ministerial	079-2022/MINSA	18/02/2022
7	Documento Técnico: Manual de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Versión Corta.	Resolución Ministerial	112-2022/MINSA	26/02/2022
8	Directiva Administrativa N° 327-MINSA/DGIESP-2022, Directiva Administrativa que establece los lineamientos para la determinación de las enfermedades raras o huérfanas de alto costo y la estimación del umbral de medicamentos de alto costo para las enfermedades raras o huérfanas.	Resolución Ministerial	109-2022/MINSA	26/02/2022
9	NTS N° 182-MINSA/DIGEMID-2022, Norma Técnica de Salud que regula los estudios de estabilidad de las especialidades farmacéuticas.	Resolución Ministerial	111-2022/MINSA	26/02/2022
10	Establece el umbral de costo-efectividad de las evaluaciones de tecnologías sanitarias realizadas por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas y por el Instituto Nacional de Salud.	Resolución Ministerial	159-2022/MINSA	4/03/2022
11	NTS 184-MINSA/DIGEMID-2022, Norma Técnica de Salud para la Implementación del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos a nivel hospitalario.	Resolución Ministerial	170-2022/MINSA	5/03/2022
12	Establecen plazo adicional para presentar estudios de equivalencia terapéutica para demostrar intercambiabilidad de los medicamentos comprendidos en la Resolución Ministerial N° 404-2021/MINSA y dictan diversas disposiciones.	Resolución Ministerial	195-2022/MINSA	12/03/2022

N°	NOMBRE DE LA NORMA	N° de Norma		APROBADO
13	Directiva Administrativa 328-MINSA/DIGEMID-2022, Directiva Administrativa que establece el procedimiento para el reporte sobre la discontinuación temporal o definitiva y la reactivación de la fabricación o importación de medicamentos y productos biológicos	Resolución Ministerial	243-2022/MINSA	29/03/2022
14	Aprueba programación para la presentación de solicitudes de certificación en Buenas Prácticas de Farmacovigilancia por parte de los establecimientos farmacéuticos (droguerías, laboratorios de productos farmacéuticos y almacenes especializados), en el marco de la implementación progresiva del Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, aprobado por RM N° 1053-2020/MINSA	Resolución Ministerial	328-2022/MINSA	7/05/2022
15	Documento Técnico: Manual de Buenas Prácticas de Oficina farmacéutica.	Resolución Ministerial	554-2022/MINSA	27/07/2022
16	Relación de Procedimientos Administrativos y Relación de Servicios Prestados en Exclusividad a cargo de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales.	Resolución Ministerial	629-2022/MINSA	24/08/2022
17	Listado de las Denominaciones Abreviadas de Productos Farmacéuticos y su clasificación para la Identificación Estándar de Dato en Salud N° 002", y su sustento técnico respectivo.	Resolución Ministerial	735-2022/MINSA	23/09/2022
18	Guía Técnica para la generación y control de calidad del oxígeno medicinal en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPRESS.	Resolución Ministerial	794-2022/MINSA	8/10/2022
19	Aprueban Lista complementaria de medicamentos para el tratamiento de enfermedades neoplásicas al Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud	Resolución Ministerial	945-2022/MINSA	25/11/2022
20	Establece en 9 UIT el umbral para los productos farmacéuticos oncológicos de alto costo.	Resolución Ministerial	964-2022/MINSA	29/11/2022
21	Dispone que se apruebe el listado de sustancias prohibidas y restringidas para la fabricación de artículos para bebés	Resolución Ministerial	159-2022/MINSA	29/12/2022

Fuente: Dirección General de Medicamentos

No obstante, al resultado, es importante resaltar las limitaciones que se presentaron en el proceso de formulación y aprobación de los documentos normativos:

- Escasa información bibliográficas
- Los procedimientos de los Gobiernos Regionales desactualizados.
- Limitada presencialidad del personal profesional por la emergencia sanitaria de COVID
- Aplazamiento de la entrada en vigor de la aplicación de la norma.
- Criterios diferentes para ser aplicado a nivel nacional dependiendo del contexto de cada región

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

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

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

El tiempo de espera está asociado con la satisfacción del usuario externo, el nivel de utilización de servicios de salud y los costos de oportunidad de los pacientes.

En los años 2014, 2015 y 2016 la evaluación del tiempo de espera para atención en consulta externa se realizó a través de una Encuesta (encuesta ENSUSALUD).

De acuerdo con los resultados de la aplicación de la encuesta ENSUSALUD se obtuvo como resultados de la medición del tiempo de espera para atención en consulta externa en hospitales:

2014 tiempo de espera 114 minutos

2015 tiempo de espera 148 minutos

2016 tiempo de espera 135 minutos

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

Por lo que, la Unidad Funcional competente, está gestionando la propuesta del documento normativo que establezca la metodología para la evaluación de tiempo de espera, además es importante la asignación de recursos necesarios para aplicar la evaluación de tiempo de espera en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y finalmente conseguir la inclusión como indicador de desempeño de los Convenios de Gestión MINSAs para los siguientes años.

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

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

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

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” aprobada mediante Decreto Supremo N° 026-2020-SA, es una política liderada por el Ministerio de Salud, construida de forma participativa multisectorial que expresa la responsabilidad que asume el Estado para la mejora del estado de salud de la población y la prevención de enfermedades, y evidencia la responsabilidad compartida de los sectores intervinientes.

La política identifica como problema público a resolver, “los años de vida saludables perdidos por causas evitables” y enfatiza las intervenciones sobre las “Prioridades Sanitarias Nacionales”, tales como: anemia, desnutrición crónica infantil, muerte materna, muerte neonatal, embarazo adolescente, tuberculosis pulmonar, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y Hepatitis B, enfermedades metaxénicas: malaria, dengue, Chikungunya, enfermedades zoonóticas (rabia humana, leptospirosis), cáncer, sobrepeso, obesidad y Diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, desórdenes de comportamiento y enfermedades de salud mental, exposición e

intoxicación por metales pesados, muerte y discapacidad por accidentes de tránsito.

Asimismo, la PNMS 2030 establece los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud priorizados, basada en el enfoque de “Cuidado Integral por Curso de Vida” y la organización de los servicios en “Redes Integradas de Salud” en el marco del “Acceso y Aseguramiento Universal de la Salud” guiados por los principios del derecho y equidad en salud, los enfoques de atención primaria de la salud (APS), la determinación social de la salud, la gestión territorial, así como por la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres.

Los objetivos prioritarios de la PNMS 2030 son:

- OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población.
- OP2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.
- OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud.

La PNMS 2030 cuenta con una declaración de Futuro Deseado al 2030, 26 Lineamientos de Política y 18 Servicios.

Por otra parte, de acuerdo con la Única Disposición Complementaria Final del DS N° 026-2020-SA, se elaboró el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) que implementa la PNMS 2030, aprobado el 27 de junio de 2021 mediante el Decreto Supremo N° 016-2021-SA. La elaboración del PEM fue de carácter participativo contando con representantes de 16 sectores que suscribieron dicho documento.

El PEM establece servicios e intervenciones en distintos ámbitos, como lo prestacional (servicios, bienes), lo relacional (espacios de interacción), lo reglamentario (normas o leyes), la movilización social (comunicación social y cultura organizacional), y lo financiero (agenciamiento de recursos), las cuales se traducen en 30 acciones estratégicas multisectoriales y 38 servicios finales, los cuales, a través de su cumplimiento permitirá el logro de los objetivos prioritarios de la política y de su finalidad, es decir, la mejora de la salud de las personas.

Durante la fase de seguimiento<sup>34</sup> (años 2021 y 2022) de la implementación de la PNMS 2030 se han presentado dificultades para recabar información respecto al cumplimiento de los compromisos de los sectores, debido a las circunstancias que atravesó el país como consecuencia de la pandemia por el COVID 19 y por la inestabilidad política ocurrida.

No obstante, se han logrado reportar 17 de los 28 indicadores establecidos en la PNMS, de los cuales diez superan el 50% de avance respecto de la meta esperada. Esta información está contenida en el Reporte de Seguimiento a la PNMS 2030 y el Reporte de cumplimiento de la PNMS 2030, los cuales

---

<sup>34</sup> Reporte de seguimiento y cumplimiento de la PNMS 2030 <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1401>

contribuyen al cumplimiento del indicador con meta de 01 informe, el cual ha sido superado con las publicaciones mencionadas.

Ante las dificultades para el seguimiento del cumplimiento de compromisos de los sectores con la PNMS 2030, la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos ha realizado varias reuniones con los sectores participantes, socializándoles los resultados, alertas tempranas y las dificultades del seguimiento de la PNMS 2030. Así como la importancia del cumplimiento de los compromisos y la relevancia de la disponibilidad de la información para el seguimiento de los avances.

Finalmente, la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos está gestionando las adecuaciones necesarias y proponiendo mecanismos de coordinación institucional para una adecuada implementación, seguimiento y evaluación.

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

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

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

En el marco del Decreto Legislativo 1153, para el proceso de evaluación de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora se suscriben anualmente los convenios de gestión,

Para el periodo de evaluación 2022, se suscribieron 25 Convenios de Gestión correspondiente a los Gobiernos Regionales y 29 instituciones de Lima Metropolitana a (04 DIRIS, 17 Hospitales y 08 Institutos).

Estos resultados representan el cumplimiento de la meta programada del indicador.

#### **IV.MEDIDAS PARA MEJORAR LOS OES**

La rectoría y gobernanza en salud, incluye que el Ministerio de Salud no sólo se base en actuar sobre el Sistema de Salud, sino que aborden los otros determinantes intermedios de la salud que originan exposición y vulnerabilidad a la salud, a través de la promoción de acciones de respuesta rápida y flexible ante los retos de la salud pública en contextos cambiantes para así no afectar la continuidad de las intervenciones y la acción intersectorial e intergubernamental, sobre todo en los sectores de la Administración Pública que inciden en la salud y en la equidad sanitaria: las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y los servicios de salud, entre otros.

Para mejorar la equidad sanitaria, es esencial que todas las instancias públicas actúen de forma concertada a todos los niveles, de esta manera se podrá mejorar el estado de la salud de las personas.

Las medidas planteadas a continuación, se definen en el marco de la formulación de un nuevo PESEM para el Sector Salud, articulado a la Política General de Gobierno actual aprobada con DS N° 042-2023 PCM, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, teniendo como base los resultados obtenidos en el año 2022 y las lecciones de la pandemia:

- Incrementar las intervenciones sanitarias priorizando la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles.
- Impulsar la promoción de la salud con los diversos actores para el abordaje de los determinantes intermedios de la salud.
- Fortalecer la organización de los servicios de salud a través de la implementación del Modelo de Cuidado Integral por curso de vida persona, familia y comunidad a través de la Redes Integradas de Salud.

## V. CONCLUSIONES

- 5.1.** Frente a las limitaciones y restricciones que se suscitaron durante el año 2022, a causa de la emergencia sanitaria por la COVID-19, existe evidencia del avance en la ejecución de las intervenciones y reapertura progresiva de los servicios que no son de atención COVID, los mismos que han contribuido al avance en el cumplimiento de los OES y AES establecidos en el PESEM.
- 5.2.** La evaluación de resultados del PESEM 2016 – 2025 ampliado del Sector salud, correspondiente al año 2022, se realizó en cumplimiento al producto final de la fase de seguimiento y evaluación del Ciclo de planeamiento estratégico para la mejora continua.
- 5.3.** En ese sentido, la evaluación de resultados comprende el análisis del logro de los 03 Objetivos Estratégicos Sectoriales, mediante sus 03 indicadores y de las 13 Acciones Estratégicas Sectoriales, mediante sus 17 indicadores, (20 indicadores en total), además de la identificación de factores que han incidido en el desempeño sectorial.
- 5.4.** A nivel de los 03 OES, el indicador del OES.02 logró la meta programada, el indicador del OES.03 cuenta con un nivel de avance en el cumplimiento de 94% y el indicador del OES.01 no registra avance debido a que no cuenta con medición.
  - OES.01: Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA), no presenta avance debido a que no cuenta con medición.
  - OES.02: Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud, superó la meta programada de 98%, alcanzó el 99.12%
  - OES.03: Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa, presenta un nivel de avance del cumplimiento del 94% respecto a la meta programada.
- 5.5.** A nivel de las 13 AES, de los 17 indicadores planteados: 07 han cumplido o superado la meta del periodo, 09 presentan avances en el cumplimiento y 01 indicador no cuenta con medición anual.



Los 07 indicadores que lograron cumplir las metas programadas son: i) la tasa de mortalidad por cáncer, alcanzó el 107.71 por 100 000 habitantes, ii) porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado la prueba de Papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados, alcanzó el 84,7%, iii) la Tasa de mortalidad por causas externas, alcanzó el 45.13 por 100 000 habitantes, iv) porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud, alcanzó el 21%, v) Informe anual de Seguimiento y Evaluación de las Políticas en Salud Pública, alcanzó el 100%, vi) Número de normas regulatorias para la conducción de las intervenciones en Salud Pública y sus determinantes sociales, alcanzó el 100% y vii) número de acuerdos multisectoriales e intergubernamentales vinculantes ("Salud en todas las políticas"), alcanzó el 100%.

- 5.6.** Los resultados obtenidos de la evaluación del PESEM, muestra información de carácter cuantitativo y cualitativo basados en información remitida por las Unidades Orgánicas del MINSA, Organismos Públicos Adscritos al MINSA e información actualizada producida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y otras fuentes oficiales.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 6.1.** El Ministerio de Salud y las entidades del sector deben articular los planes estratégicos con los objetivos nacionales, objetivos específicos y acciones estratégicas previstas en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, en el marco de lo dispuesto por el CEPLAN.
- 6.2.** El Ministerio de Salud como Autoridad de Salud Nacional (ASN), debe fortalecer su rol rector de: conducción sectorial; regulación y fiscalización; y de medición de la Funciones Esenciales de la Salud Pública; y las otras tres funciones que son compartidas con la Autoridad de Salud de nivel regional: modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento en salud y armonización de la provisión de servicios; a fin de implementar políticas de salud pública que mejoren el nivel de salud de la población.
- 6.3.** Mantener una comunicación y coordinación periódica con los gobiernos regionales y locales, a fin de fortalecer las competencias compartidas para el cumplimiento de las acciones estratégicas y logros esperados consignados en los planes estratégicos mediante la utilización de un tablero de mando que permita identificar el avance de indicadores articulados entre sí.
- 6.4.** Fortalecer el sistema de salud para responder a las necesidades y prioridades de la población a fin de reducir: la Mortalidad Materna e Infantil; la Desnutrición Infantil y anemia; las Enfermedades Transmisibles; y Controlar las enfermedades No Transmisibles. Así como, abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud y en la calidad del servicio.

- 6.5. Es importante implementar un sistema informático digital de reporte automático que consolide información de las unidades orgánicas, unidades ejecutoras del Minsa y órganos adscritos al Minsa para disponer de un tablero de mando integrado que permita analizar trimestralmente el avance de indicadores propuestos y establecer alertas para las mejoras y modificaciones correspondientes en pro de la oportuna toma de decisiones y evitar así no disponer de información o reformular indicadores de ser necesario.
- 6.6. Formular un nuevo PESEM considerando el actual contexto nacional e internacional, alineado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, Plan Estratégico Multisectorial al 2030 y a la Política General de Gobierno actual, que permita establecer la ruta estratégica para el logro de los objetivos sectoriales y mejore la toma de decisiones, en beneficio de la población.

## VII. ANEXOS

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

MINSA

<https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=1403>

SUSALUD:

<http://portal.susalud.gob.pe/blog/evaluacion-de-plan-estrategico-institucional/>

INEN

<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2023/05/FINAL-EVALUACION-DE-RESULTADOS-PEI-POI-2022-2025-2022.pdf>

INS

<https://web.ins.gob.pe/es/transparencia/planes-y-politicas/informes-de-evaluacion-del-pei-y-poi-ins>

SIS

<https://www.gob.pe/institucion/sis/informes-publicaciones/4170728-informe-de-evaluacion-de-resultados-pei-poi-2022>

- Listado de los estudios y/o investigaciones que se incluyeron en la evaluación.
  - ✓ Estudio de Carga de Enfermedad 2016, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de Perú:  
<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/inteligencia-sanitaria/carga-de-enfermedad-y-analisis-de-la-demanda/>

- ✓ Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 - Nacional y Departamental:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/index.html)
  
- ✓ Marco Macroeconómico Multianual 2022-2025:  
[https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol\\_econ/marco\\_macro/MMM\\_2022\\_2025.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2022_2025.pdf)