

REPUBLICA DEL PERU



**MINISTERIO DE SALUD**

**REFORMULACION DEL  
PLAN ESTRATEGICO  
SECTORIAL**

PERIODO 2004 - 2006

## INDICE

- A. Rol Estratégico del Sector
- B. Diagnóstico General, Situación y Perspectivas del Sector
- C. Prioridades y Orientaciones Sectoriales
- D. Diagnostico de los Programas Principales
- E. Lineamientos de Política por Programa
- F. Objetivo General por Programa
- G. Objetivos Específicos por Subprograma
- H. Actividades / Proyectos prioritarios
- I. Recursos Proyectados para cada año del Plan
- J. Indicadores de seguimiento y evaluación
- K. Responsables (Instituciones)

## ANEXOS

## A. Rol Estratégico del Sector Salud

El Sector Salud tiene como Rol Estratégico:

1. La protección y defensa de la vida y de la salud de las personas, desde su concepción hasta su muerte natural.
2. El Desarrollo físico- mental y social de la Persona Humana, en un medio ambiente que fomente la salud.
3. La recuperación de la salud de la población en casos de emergencia y desastres.
4. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma continua, oportuna y de calidad.
5. La Vigencia de las funciones esenciales de la salud pública y el financiamiento de la Salud Pública.
6. Lograr la Atención Integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud a través del Seguro Integral de salud.
7. Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad.
8. Desarrollar e impulsar el nuevo modelo de atención integral de salud.
9. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud.
10. Garantizar que los medicamentos se encuentren al alcance de todos.

## B. Diagnostico General, Situación y Perspectivas del Sector

### 1. Diagnostico General del Sector

Entre 1987 y 1997 se han producido importantes cambios en los perfiles de mortalidad de nuestro país. Así, la mortalidad por enfermedades transmisibles, principal causa de muerte en ambos sexos, disminuyó significativamente de 247.5 a 146.4 por 100 mil habitantes, aunque se mantiene como la primera causa de mortalidad en el país. En el mismo periodo, la mortalidad por causas externas y tumores ha aumentado, desplazando al último lugar a las afecciones perinatales que, al igual que las enfermedades del aparato circulatorio han registrado disminución, aunque no significativa.

El abordaje de la dinámica salud-enfermedad a nivel poblacional coincide en establecer la necesidad de incorporar elementos biológicos, ambientales, de estilo de vida y de

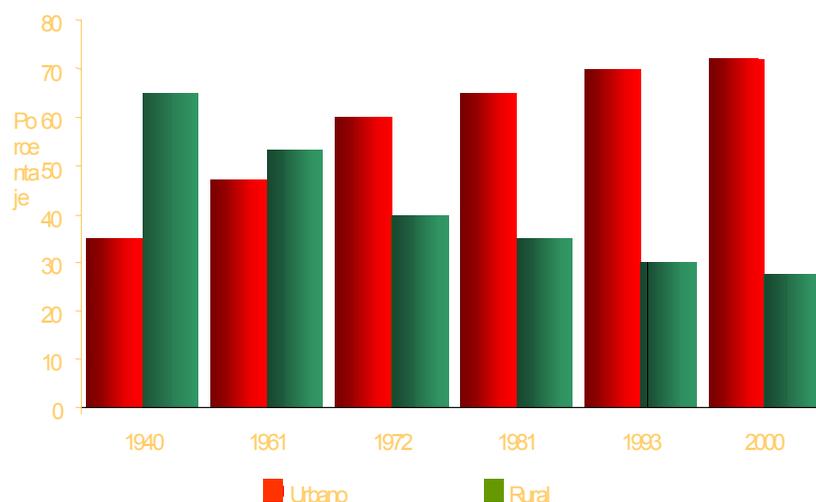
organización de los servicios de salud, buscando ser más eficientes, efectivos y lograr la distribución más racional de los recursos y servicios a los diferentes sectores de la población.

El gasto en Salud deberá estar orientado a la consecución de los objetivos que el Sector ha planteado alcanzar, incrementando la productividad en el uso de los recursos públicos, concentrándose nuestro esfuerzo en las actividades de salud vinculadas a la prevención, promoción y protección de daños en las familias de mayor riesgo, sobre todo en niños menores de 5 años, madres gestantes, lactantes, enfermos de tuberculosis y otras patologías transmisibles.

La estructura Demográfica en el Perú ha cambiado durante los últimos años, reflejando las modificaciones sociales y culturales que la población ha experimentado. Cambios que se evidencian al observar la pirámide construida sobre la base de las proyecciones de población del año 2002, siendo ostensible el gran crecimiento relativo de los peldaños que corresponden a la población adolescente y adulta joven.

En el año 2000, la población estimada del Perú indica que el 35 % tiene menos de 15 años de edad, estando la más joven en el área urbana, y que la mediana de la edad en la población rural y urbana es 19 y 25 años respectivamente.

### Crecimiento de la Población Urbana y Rural 1940 - 2000



Fuente: INE | Perú Compendio Estadístico 2001

La fecundidad es una de las variables más importantes para evaluar la tendencia de la población<sup>1</sup>. Esta variable ha venido decreciendo sistemáticamente en el Perú, pero su nivel es todavía elevado en vastas zonas del país en donde las condiciones de vida son deprimentes, constituyéndose este hecho en una estrategia complementaria y trascendental para disminuir la mortalidad materna e infantil.

La tasa global de fecundidad es de 2.9 hijos por mujer para el periodo 1997-2000, lo cual representa una disminución del 21 % respecto a lo estimado en la ENDES 1996. Sin embargo esta cifra enmascara diferencias a nivel de departamentos, siendo de 6.1 la tasa de fecundidad en Huancavelica ( departamento más pobre del país) y de 2.0 en Tacna.

Otro de los indicadores que muestran la situación de salud de la población es la **mortalidad infantil**, la misma que muestra mejorías de acuerdo a los últimos resultados del ENDES 2000.

### Cambios en la mortalidad en menores de cinco años según nivel adquisitivo



Fuente: ENDES 2000 INEI

El factor más importante en la generación de diferenciales en la mortalidad infantil es el nivel de educación de las madres; así, los niños de las madres sin educación presentan un

<sup>1</sup> Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000- INEI

riesgo de mortalidad infantil de 3 veces mayor al de los niños de madres con educación superior.

Esto puede corroborarse si se observa que la mortalidad infantil ha disminuido significativamente pasando de 43 por mil en el año 1996 a 32 por mil en el año 2000, sin embargo en los quintiles de mayor pobreza, este indicador se eleva, por lo que la disminución del global sólo se ha debido a la disminución significativa en los quintiles de mayores ingresos.

Lógicamente lo expresado, refleja que los esfuerzos realizados por el Sector, han sido débiles, y que como Sector Social, se debió dar prioridad a las necesidades de salud de la población en pobreza y pobreza extrema.

Los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la sierra, en el área rural y en los departamentos de Apurímac, Huancavelica y Cuzco, en donde de cada mil nacidos vivos, entre 71 y 84 niños fallecen antes de alcanzar su primer año de vida.

El 84 % de los nacimientos ocurridos en el periodo 95-2000 recibió asistencia prenatal de profesionales o técnicos de la salud, con una mejora de 12 puntos más que la observada en 1996 (según ENDES 2000) Las acciones más frecuentes en la atención prenatal son el control de peso, presión arterial y medición de la barriga, explicación de síntomas y complicaciones del embarazo, así como aplicación de las vacunas antitetánica.

La **Mortalidad materna** es otro de los problemas prioritarios que evidencia las enormes brechas existentes en el país, siendo característicamente más grave en las zonas más pobres y entre las poblaciones históricamente excluidas. Así, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, señala que en el 65 % de las muertes hubo demora en reconocer la severidad del problema, en el 66 % hubo demora para solicitar ayuda, en el 69 % la demora fue en el traslado al establecimiento de salud, y en un 7 % la demora fue, luego de llegar al establecimiento de salud, para recibir la atención idónea.

La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana (53 y 22 muertes por 100,000 mujeres, respectivamente).

Las enfermedades infecciosas intestinales, las infecciones crónicas -como la tuberculosis-, las afecciones peri natales, las deficiencias nutricionales e incluso patologías abdominales quirúrgicas relacionadas con dificultad de acceso a los servicios de salud y deficiencias en la capacidad resolutoria y de referencia adecuada de los servicios de salud, constituyen las principales enfermedades que predominan cuando se selecciona los daños para obtener la Razón de Años Potencialmente Perdidos y la Razón Estandarizada de la Mortalidad.

En el Perú la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles ha descendido significativamente, conforme han ido mejorando las coberturas de inmunización en los niños menores de un año. Entre las dos últimas ENDES, la proporción de niños que recibió todas las vacunas recomendadas (BCG, tres de DTP, Sarampión y tres contra la poliomielitis), se incremento en tres puntos porcentuales al pasar del 63 % en 1996 al 66% en el año 2000, habiendo alcanzado coberturas mayores al 95 %.

Las menores proporciones de niños con todas las vacunas en cualquier momento se presentan entre los niños de madres que residen en los departamentos de Huanuco, Huancavelica y Ayacucho.

La diarrea, la desnutrición y las infecciones respiratorias agudas, constituyen las primeras causas de mortalidad y morbilidad por la cual los pacientes acuden a consulta y a hospitalización en algún establecimiento de salud del Ministerio de Salud así como de ESSALUD, las neumonías en menores de 5 años son las más frecuentes y que de acuerdo a la información de ENDES, solo el 58 % fueron llevados a un establecimiento o proveedor de salud para su atención.

Se sabe que la diarrea es la causa más frecuente de muertes por infección entre los menores de cinco años, para lo cual se ha educado a la población que con las sales de rehidratación oral es el medio efectivo y barato para impedir la muerte de los niños por deshidratación.

La diarrea afectó al 15 % de los niños menores de cinco años, proporción que es menor a la observada en el año 1998 (18 %), sin embargo sólo el 39 % de los niños con

diarrea fueron llevados a un servicio de salud para su tratamiento.

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. Es necesario que la complementación alimenticia este acompañada de las medidas de higiene y esterilización adecuadas.

La alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son las determinantes más importantes que los factores genéticos en el crecimiento de los infantes, por ello la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles a las condiciones de vida.

La lactancia materna es una práctica generalizada en el Perú, puesto que el 98 % de los niños nacidos en los cinco años anteriores a la aplicación de la ENDES 2000, han lactado alguna vez, porcentaje incrementado a lo observado en el año 1996.

Por otro lado se observa que el 25 % de los niños menores de cinco años adolecerían de desnutrición crónica, es decir retardo en el crecimiento de la talla por la edad, nivel que es similar al registrado en el año 1996, pero menor a lo que se tuvo en el año 1991 (34 %).

Otra preocupación que esta en la agenda de los gobiernos son las enfermedades de transmisión sexual, la misma que ocupa el segundo lugar de enfermedades en las mujeres en edad reproductiva, después de las relacionadas con la maternidad.

Desde el año 1983 hasta Diciembre del 2001, se han reportado 12 297 casos de SIDA, de los cuales 756 se reportaron el último año. De acuerdo a la clasificación del Banco Mundial y la OMS, la epidemia del VIH en el Perú se encuentra en estadio de Epidemias Concentradas, es decir la prevalencia es mayor del 5 % en Grupos de Alto Riesgo y menor del 1 % en gestantes. La magnitud del problema, la rápida propagación del VIH/SIDA, la no-existencia de cura para la enfermedad y la relación entre ETS e infección por VIH confirman la importancia de monitorear el conocimiento

de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y las formas de transmisión y prevención.

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

Otra de las enfermedades importantes que contribuyen a tener tasas de morbi-mortalidad es la malaria, la mayor cantidad de casos proviene de los departamentos del país de la región Amazónica, seguidas por los de la región NOR Oriental y Selva Central, durante el año 2001 se presentaron 54 008 casos de Malaria VIVAX y 13 995 por Malaria Falciparum, especialmente en el primer semestre coincidentemente con las temporadas de lluvias en las regiones endémicas.

El Dengue, enfermedad endémica tuvo el mayor número de casos es decir 23 304 casos de dengue clásico, principalmente en los departamentos de la Costa Norte, los que constituyen zonas de mayor riesgo. Asimismo se tuvo presencia de Dengue hemorrágico con 250 casos registrados en el departamento de Piura en mayor proporción.

La Bartonellosis es una enfermedad que esta circunscrita principalmente a las zonas alto andinas del Perú, Los departamentos de Ancash y Cusco fueron los que reportaron la mayor proporción de casos, constituyéndose en las zonas de mayor riesgo.

Los tumores, los accidentes cerebro vascular, los traumatismos, las septicemias, insuficiencia renal, shock cardiogenico, cirrosis hepática y otras constituyen en los últimos tiempos enfermedades de gran demanda en los establecimientos de salud de alta complejidad, lo cual está consideradas como causas de la morbi-mortalidad, especialmente de la población de adultos y adulto mayor.

Las infecciones respiratorias agudas, ocupan de lejos el primer lugar entre las diez primeras causas de muerte. Los otros lugares son ocupados por una constelación de daños correspondientes a diversas etapas del ciclo de vida, incluyendo la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad

isquémica del corazón, de un lado, y las enfermedades infecciosas intestinales, las afecciones respiratorias perinatales y las deficiencias nutricionales, del otro lado.

## 2. Situación y Perspectivas del Sector

En las últimas décadas en nuestro país, subsisten indicadores alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de países latinoamericanos.

El sistema de salud de nuestro país mostró un pobre desempeño en la evaluación publicada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, que nos ubicó en uno de los últimos lugares de América Latina.

El desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo (uno de los últimos en el ranking internacional) y el puesto menos destacado en Latinoamérica.

Este desempeño es el resultado de otros varios indicadores, en los que el Perú también muestra déficit. Tal situación se refleja en:

**2.1. Elevada mortalidad infantil y materna** .- En 1996, la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años fue de 59 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil de 43 por mil nacidos vivos. Ello significó una 36,600 y 26,800 defunciones anuales respectivamente. Al igual que para la mortalidad general, se observan grandes diferencias al interior del país: mientras que en Lima estas tasas fueron de 31 y 26 respectivamente, en Huancavelica fueron de 145 y 109. El 58% del total de muertes infantiles ocurre en el ámbito rural.

La tasa de mortalidad infantil en Perú es una de las más altas de América Latina, sólo superada por la república Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países que tienen un ingreso per cápita bastante menor que el de Perú. Todos los países que tienen un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas de mortalidad infantil menores: la mitad en Colombia, tres veces menos en Costa Rica y cuatro veces menos en Cuba.

La mortalidad materna es uno de los indicadores que menos se redujo en las últimas décadas en el país. De acuerdo con la ENDES 96 esta tasa era de 265 por 100 mil nacidos vivos, una de las más altas de América Latina, sólo superada por Haití y Bolivia. Y además con grandes diferencias entre 203 en el ámbito urbano y 448 en el ámbito rural. Esto significó 1,621 muertes anuales, es decir el 5.1% de las muertes femeninas en edad reproductiva, correspondiendo el 60% al ámbito rural.

Al analizar las principales causas de muerte, para toda la población, encontramos que son las infecciones respiratorias agudas las que ocupan el primer lugar (tasa de mortalidad: 0,785 por mil habitantes), seguida de enfermedades crónicas del aparato circulatorio, como la enfermedad cerebrovascular (0,353), las enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (0,339) y la enfermedad isquémica del corazón (0,291).

La tuberculosis ocupa el séptimo lugar como causa de muerte (0,224), la cirrosis y otras afecciones crónicas del hígado el octavo (0,232), mientras que las deficiencias de nutrición y las anemias (0,208) y el tumor maligno del estómago (0,205) ocupan el noveno y décimo lugar.

**2.2. Elevada desnutrición infantil y materna** .- El estado nutricional de los niños menores de 5 años mejoró a principios de la década pasada: el promedio de prevalencia del retardo en el crecimiento o desnutrición crónica disminuyó de 34% en 1991-92<sup>2</sup> a 25.8% en 1996<sup>3</sup>. Sin embargo, esa mejoría se dio principalmente en zonas urbanas siendo mucho menor la reducción en zonas rurales. Además, la Encuesta Demográfica y De Salud Familiar 96 comprobó una prevalencia de anemia en el 57% de los niños menores de 5 años.

Según la ENDES 2000, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil se ha mantenido casi en el promedio de 1996, 25.4% versus 25.8% respectivamente.

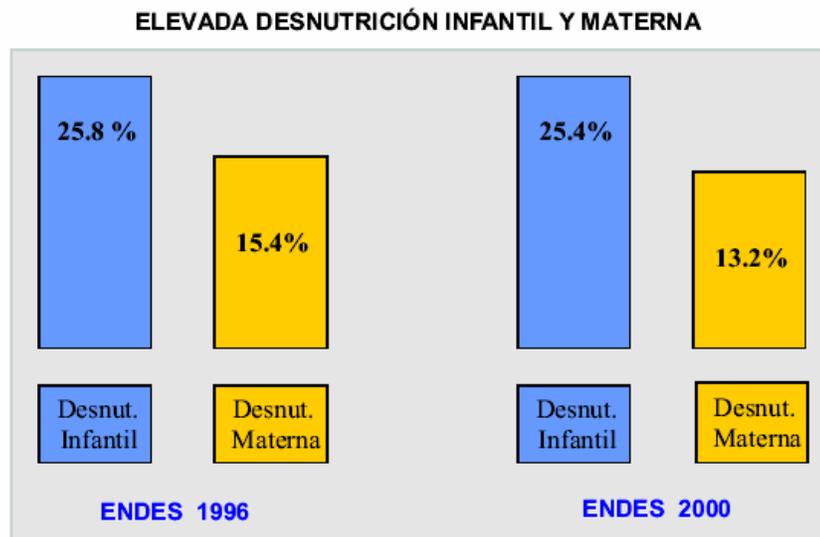
El estado nutricional de las mujeres en edad fértil, según la ENDES 96, se expresaba en que el 15.4% tenía déficit de talla o desnutrición crónica; pero a la vez el 45% presentaba

---

<sup>2</sup> ENDES 92

<sup>3</sup> ENDES 96

sobrepeso u obesidad. Además, el 36% de las mujeres en edad fértil y el 35% de las gestantes presentaron anemia. Según la ENDES 2000, el déficit de talla en mujeres en edad fértil es de 13.2%, lo que significa un ligero descenso con respecto a 1996.



Fuente: Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012

**2.3. Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles** .- Aún subsisten indicadores alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de países latinoamericanos, como son la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. A ello se suman la persistencia, emergencia o reemergencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria, el dengue o las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH-SIDA.

El sistema de salud de nuestro país mostró un pobre desempeño en la evaluación publicada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en el Informe sobre la Salud en el Mundo el año 2000, ubicándonos en uno de los últimos lugares de América Latina.

El desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo (uno de los últimos en el ranking internacional) y el puesto menos destacado en

Latinoamérica. Chile está ubicado en el puesto 33 en tanto que Bolivia está en el lugar 126 de la misma tabla. Este desempeño es el resultado de otros indicadores donde Perú también muestra déficits. En capacidad de respuesta, por ejemplo, el Perú está en el puesto 172, Uruguay está en el lugar 41 y Bolivia en el sitio 151. En la equidad de la contribución financiera, el Perú tiene el último lugar 184, en tanto que Paraguay se halla en el puesto 177. Algo similar ocurre en el logro global de metas donde Perú tiene el penúltimo lugar. La pobreza y extrema pobreza, que en los últimos años se han incrementado como consecuencia del modelo económico excluyente predominante en la década pasada, hacen que las malas condiciones de salud sean sufridas con mayor intensidad por la mayoría de la población.

Las condiciones de salud ambiental han mejorado sólo relativamente, pese a inversiones realizadas particularmente con apoyo de la cooperación técnica internacional. Todavía el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tiene acceso a servicios de agua segura, eliminación de excretas y disposición final de residuos sólidos, lo que mantiene una situación muy desfavorable para la salud de la población. A ello se suman factores modernos de riesgo ambiental como los sistemas productivos y de transporte altamente contaminantes del medio ambiente, afectando la vida en gran número de ciudades, ríos, áreas cultivables y el mar.

Asimismo, la inseguridad alimentaria consecuencia de los bajos ingresos y el desempleo se expresa en malas condiciones nutricionales principalmente de los niños y mujeres.

El promedio nacional de desnutrición crónica en niños menores de 6 años se ha mantenido igual entre el año 1996 (25.8%) y el año 2000 (25.4%) según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), pero ha empeorado en ese mismo lapso en los estratos más pobres, sobre todo rurales.

Del análisis de la demanda en salud durante los últimos años, se concluye que un alto porcentaje de la población enferma no acude a los servicios por falta de recursos económicos, por lejanía o inexistencia de servicios de salud en su zona o por desconfianza que en gran medida expresa diferencias culturales. Esto demuestra que un problema

importante que debe enfrentar la Política de Salud es la falta de equidad.

La Esperanza de Vida al Nacer se ha incrementado en el país, desde 44.0 años en el quinquenio 50-55 a 68.3 años en el quinquenio 95-2000. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2000) la esperanza de vida alcanza los 69.1 años.

La población peruana, en general, se encuentra en un creciente proceso de envejecimiento. En 1981, la población menor de 15 años representaba el 41.2 por ciento de la población total y la mayor de 64 años el 4.1 por ciento. Para 1993 estas cifras eran 37 y 4.6 por ciento respectivamente, y se estima que para el año 2005 los menores de 15 años representarán el 30.8 por ciento de la población mientras que los mayores de 64 años el 5.3 por ciento. Una grave consecuencia de todo esto sería, que a partir del 2015 el número de nuevos ingresantes a la Población Económicamente Activa (PEA) comenzará a reducirse, como lógico resultado de la pérdida de la proporción adecuada entre niños, trabajadores y jubilados.

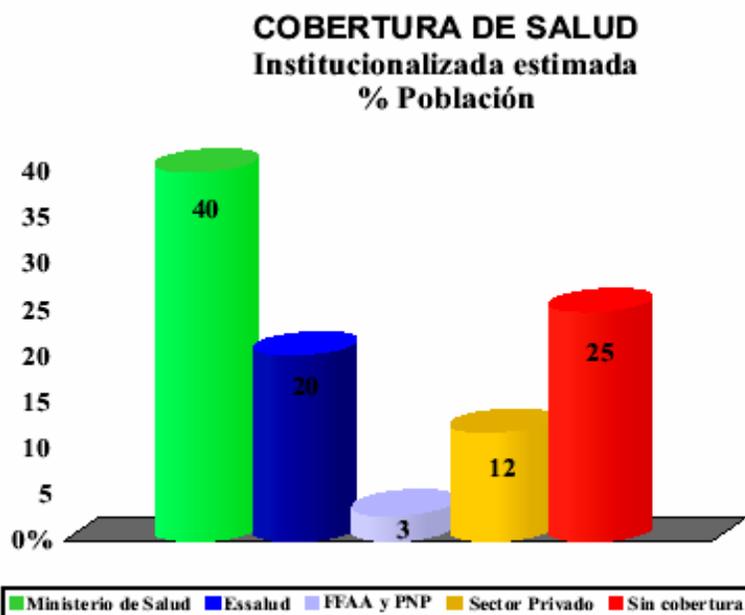
Las heterogéneas condiciones de desarrollo han determinado diferentes patrones de reproducción social y configuran escenarios epidemiológicos diferenciados cuyas características más resaltantes se evidencian a través de indicadores trazadores como las tasas de mortalidad, mortalidad prematura y discapacidades.

El país presenta la característica de mosaico epidemiológico, con prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en los quintiles más ricos y prevalencia de enfermedades infecciosas en los quintiles más pobres: nos proyectamos a una seria acumulación de problemas de salud. En la dos últimas décadas ha habido algunas mejoras en la atención materno - infantil, en planificación familiar, en el control de enfermedades inmunoprevenibles (polio, sarampión), la eliminación de la deficiencia del yodo, en algunas trasmisibles (TBC). Sin embargo el mejoramiento no ha sido homogéneo, pues las zonas que han mejorado son las zonas que tienen mayor desarrollo, mientras otros problemas como mortalidad asociada a la gestación y el parto se mantienen, en tanto que se han incrementado enfermedades re-emergentes y emergentes (SIDA, malaria, dengue, TBC multi

- resistente), han aumentado los accidentes, las lesiones y muertes violentas por diversas causas.

#### 2.4. Reducida cobertura y aumento de la exclusión .-

Subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud, así como para ejercer plenamente el derecho a la salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP); el otro 65% depende de los servicios públicos de salud, pero se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud.



Fuente: Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012

Entre las barreras que impiden o limitan dicho acceso se encuentran:

- *Barreras económicas:* Se encuentra que la falta de recursos económicos fue una barrera en el acceso en el 40.4% de quienes no pudieron acceder a un servicio en el año 1998, lo cual subió a 49.4% en el año 1999.
- *Barreras geográficas:* Pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del MINSA en la

segunda mitad de la década pasada, que pasó de 1987 centros y puestos de salud en 1994 a más de 5 mil establecimientos de primer nivel al final de la década, aún no se logra cubrir íntegramente el territorio nacional.

- *Barreras culturales:* Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural, que se refleja también en diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad y de la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud y el desarrollo familiar y comunal. Estudios cualitativos desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades y el personal de salud tienen ideas muy diferentes sobre qué es lo normal y en qué casos se requiere la intervención de personal de salud capacitado.

- *Barreras por la conducta de los prestadores de Salud:* En el caso de la insatisfacción por lo recibido, las dos primeras causas referidas por los usuarios: maltrato y /o tratamiento inadecuado con agravamiento de la condición que les llevo a buscar la atención de un determinado servicio, suman 55 % del total. En diferentes encuestas realizadas por organizaciones sociales durante los años previos, se aprecia resultados similares.

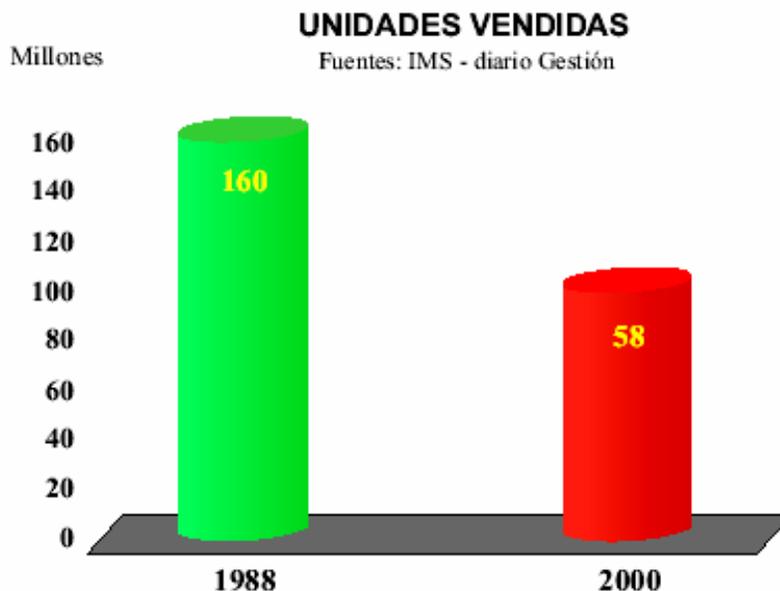
**2.5. Limitado acceso a los medicamentos** .- La enorme reducción del acceso de la población peruana a los medicamentos se expresa en que en 1988 se vendieron 160 millones de unidades de farmacia, y en el año 2000 se vendieron únicamente 58 millones de unidades. De igual manera, en 1988 se vendieron 7.75 unidades de farmacia por cada persona, mientras que en el año 2000 se redujo a 2.26 unidades por persona. La principal razón de esta contracción en el consumo de medicamentos es el costo, lo cual implica mayor marginación de los sectores más pobres de la población.

Los principales nudos críticos en medicamentos son:

- *Accesibilidad:* La población tiene acceso limitado a los medicamentos. Por ejemplo, en el año 97 solamente el 50% de la población enferma pudo comprar medicamentos y en el

área rural solamente 39% (Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997). Solo 45% de los pacientes del MINSA adquirió la totalidad de medicinas. Precios elevados, limitada capacidad adquisitiva, bajos niveles de subsidio.

- **Calidad:** Aumento significativo de productos farmacéuticos (11,000 productos en 1999) debido a extrema flexibilización del registro sanitario: registro automático y bajo costo de los trámites. Sólo 7 de 338 laboratorios han sido certificados en buenas prácticas de farmacia. Apertura de establecimientos farmacéuticos sin previa evaluación técnica. Evaluación limitada de la calidad por el organismo regulador (Dirección General de Medicamentos e Insumos, DIGEMID), incremento del comercio informal y de la falsificación de medicamentos.
- **Selección y uso racional de medicamentos:** La oferta de medicinas no se ajusta a las necesidades de la población. Existe una alta frecuencia de automedicación y libre dispensación de productos que requieren receta médica.
- **Regulación:** Falta de una política nacional de medicamentos, normatividad legal inadecuada e insuficiente.



Fuente: Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012

## **2.6. Ausencia de Políticas de Recursos Humanos .-**

Dentro del Ministerio de Salud (MINSA) el problema de gestión más importante es el referente a los recursos humanos. La clave de toda política social no son los procedimientos, metodologías y sistemas operativos, sino los recursos humanos que sean capaces de formularlos y ejecutarlos. En este terreno la política aplicada durante la década pasada no ha tenido una propuesta clara desde un principio. Por defecto ha oscilado entre una propuesta liberal a ultranza de licenciamiento de una gran cantidad de recursos humanos del Ministerio de Salud (MINSA) y la contratación flexible de personal en el mercado de trabajo, y otra propuesta de reconversión de los recursos humanos existentes mediante la capacitación y selección en el propio trabajo.

Una expresión muy clara de ello fue la incorporación de 10,806 trabajadores (médicos, profesionales no médicos y técnicos) en el Programa de Salud Básica Para Todos entre 1994 y 1997, para trabajar en los establecimientos de primer nivel por contratos renovables de 90 días, sin derecho a vacaciones ni beneficios sociales. Lo cual significa que aproximadamente la sexta parte de los recursos humanos del MINSA ya se encuentra dentro de un desincentivador régimen de flexibilidad laboral extrema.

Se ha producido un aumento del número de establecimientos del sector (de 3,924 en 1992 a 7,326 establecimientos en 1996). El número de distritos que no contaban con ningún servicio de salud era de casi 350 distritos en 1992 (19% del total), cantidad que se reduce en 1996 a menos de 25 distritos (1.3% del total de distritos) (Ricse 2000).

En 1996 el sector salud contaba con 121,224 puestos laborales, distribuidos en 472 hospitales, 1,849 centros de salud, 4,868 puestos de salud y 117 otras dependencias<sup>8</sup>. El componente profesional cubre el 48% de los puestos laborales.

El Ministerio de Salud es el principal empleador del sector salud. Sin embargo el mayor crecimiento de puestos laborales se ha producido en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (156%) y en el subsector privado (139%). En el Seguro Social de Salud (EsSalud) y en el MINSA los aumentos han sido menores (30 y 68%) respectivamente. Los puestos laborales han estado

concentrados en los hospitales. Sin embargo ha ocurrido un incremento de puestos en los servicios del primer nivel de atención, en 1996 aumentó en 200% y en 1999 en 314% (Ricse 2000, World Bank 1999).

En la situación actual, los problemas más importantes para el desarrollo de recursos humanos y profesionalización de la administración son:

- El crecimiento no planificado de la formación de personal de salud. El sector carece de una Unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los Recursos Humanos y de un sistema integrado de información de los recursos humanos.
- Una débil regulación (acreditación) de la idoneidad de los profesionales médicos egresados donde se observa un crecimiento desmesurado de Facultades de Medicina; actualmente hay 28 Facultades de Medicina. Tampoco el sector ha tenido mayor participación en la calificación de los profesionales médicos en actividad (Certificación profesional).
- La tendencia a la sobre especialización de los profesionales médicos. Sin embargo especialidades como la anestesiología y otras necesarias para atender patologías regionales no son favorecidas. Además, existe poco interés en formar los médicos generales integrales y enfermeras generales que se requieren en el primer y segundo nivel de atención.
- Un Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, sin recursos suficientes, no cumple adecuadamente la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.
- Una limitada formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.

**2.7. Financiamiento insuficiente e inequitativo** .- Durante la década pasada el sector salud careció de liderazgo, como en la mayoría de sectores sociales, en gran medida por la subordinación al autoritarismo presidencial. Diversas propuestas elaboradas por el MINSA nunca pudieron ser transformadas en ley ni menos llevarse a la práctica, como

es el caso de la Ley del Ministerio de Salud, manteniéndose vigente la Ley 584 de 1990. Sin embargo, otras iniciativas surgidas de Palacio de Gobierno se impusieron por decisión política, como por ejemplo el seguro escolar y la política de anticoncepción quirúrgica que se aplicó violando derechos elementales de usuarios y usuarias de los servicios de planificación familiar.

El gasto público en salud en la década pasada muestra un incremento entre 1990 y 1995 y un estancamiento y contracción en los años 1999-2000, aunque por encima de los primeros años de la década. El gasto del MINSA aumentó de US\$ 152 millones en 1990 a US\$ 203 millones en 1992, US\$ 421 en 1995 y US\$ 502 en 1998, reduciéndose a US\$ 427 millones en 1999.

El gasto total del MINSA (incluyendo las Regiones de Salud financiadas por él Ministerio de la Presidencia (MIPRE) y los (CTAR) representó el 6.3% del presupuesto en 1992, subió al 9.7% en 1996, bajó al 7% en 1997 y al 6.9% en 1999.

De acuerdo al informe de la OPS, el Perú es uno de los Países de la región panamericana que menos invierte en salud. El Perú invierte 4.8% de su PBI, cifra que se encuentra mas cerca de los países con menos gasto, como Ecuador que destina 4.5% de su PBI, que de los países con mayor inversión como Venezuela que gasta 9.5% de su PBI.

El gasto per capita del Perú es de US\$ 100 cifra que está más cercana a los US\$51 de Bolivia que a los US\$ 603 de Uruguay. Igualmente la inversión privada es el 50% del total en tanto que en Venezuela el sector privado contribuye con un 70% y en Costa Rica aporta con 25%.

Los problemas de financiamiento que todavía persisten son: la privatización del gasto entendido como gasto directo de las familias, el aumento de la desigualdad en el acceso, la vulnerabilidad de los gastos focalizados para los más pobres y la falta de productividad.

El gasto total en salud representa el 4.4% del PBI, con la siguiente participación: los hogares aportan el 38% de ese gasto<sup>11</sup>, los empleadores 34% y el gobierno el 24%.

Los hogares invierten más del 80% en atención privada: el 55% de sus ingresos en farmacia y el 30% en atención privada.

Las brechas de financiamiento de salud siguen siendo grandes. El PBI para salud es deficitario en comparación con otros países latinoamericanos aún con menores recursos que Perú. El déficit estimado para 1997 está entre 1.4 y 3.2% del PBI. El gasto per cápita en salud para 1997 era equivalente a 90 dólares que es aproximadamente la mitad del gasto en Latinoamérica (Banco Mundial 1999).

El déficit del PBI para salud (la estimación entre lo requerido para atender a la población que lo demanda y los recursos destinados a ella) se estimó en 4.3% para 1996.

A todo lo anterior se añade una canalización de recursos de la cooperación internacional sin coherencia con las prioridades y necesidades del país en salud pública, como consecuencia de la falta de una propuesta de lineamientos estratégicos por parte del MINSA que sirvan de referente para la articulación de los valiosos recursos que países solidarios e instituciones internacionales destinan hacia el Perú.

**2.8. Limitada participación ciudadana** .- No hay reconocimiento oficial de las experiencias de participación ciudadana y movilización de actores locales, como por ejemplo los Comités Locales de Salud, las Mesas de Concertación de Salud, Comités de Coordinación de Salud en muchos distritos y provincias del país. Este es un aspecto central en un proceso de democratización y transparencia, por cuanto es la garantía de un compromiso de la sociedad en la identificación de los problemas, en la propuesta de soluciones, en la gestión de los servicios y en la fiscalización de los mismos.

En las últimas décadas hay diversas experiencias de participación ciudadana, tanto en salud como en educación que pueden ser recogidas y normadas. Para ello el nivel más adecuado es el nivel local, porque es donde mayor participación social se puede garantizar.

En el caso de salud deben recogerse desde las experiencias de los Comités de Salud y agentes comunitarios de salud impulsados en las últimas décadas, hasta las recientes

experiencias de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). Sólo con el invaluable aporte de la ciudadanía se conseguirá que este proceso sea realmente descentralizado, democrático y justo.

## C. Prioridades y Orientaciones Sectoriales

### **1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma continua, oportuna y de calidad, priorizando a los sectores de mayor pobreza, mujeres y niños, a través del Seguro Integral de Salud para alcanzar cobertura universal de los servicios de salud.**

La política de Salud promueve estilos de vida saludables y el mayor bienestar de la persona humana, en coordinación con el sector Educación, los Gobiernos Regionales y Locales, las organizaciones de la sociedad civil y la familia como unidad básica, con lo cual se garantizan estándares adecuados de salud para la comunidad.

Se requiere contar con un modelo de promoción de la salud que tendrá como objetivo central la revaloración de la salud integral. Esto implica una consideración especial a los aspectos sociales y preventivos de la salud. Es necesario reconocer las concepciones de salud de la población (procesos salud / enfermedad, culturas sanitarias) y la interacción entre el sistema de salud y la comunidad. Potenciar la capacidad de gestión de las personas y comunidades sobre la salud, así como participar y exigir servicios y espacios de atención y educación como un derecho, adecuados a las necesidades locales.

Asimismo, se trabaja por lograr el aseguramiento universal de los ciudadanos para garantizar el acceso a los servicios de salud y prevenir la desatención de las familias en contingencias. El Seguro Social (EsSALUD) cubre una pequeña parte de la población que cuenta con un trabajo estable. Por eso se justifica un mecanismo estatal de aseguramiento, orientado a la población pobre y extremadamente pobre que no tiene cómo acceder a los servicios de salud, particularmente niños y mujeres en edad fértil.

Se tiene previsto asegurar poblaciones no cubiertas por las formas de aseguramiento antes indicadas, de acuerdo a prioridades debidamente establecidas y bajo responsabilidad del Estado en tanto se generen puestos de trabajo que absorban en el mediano y largo plazo a desempleados y subempleados con criterios de equidad en la prestación de servicios con reconocido costo-efectividad.

## **2. Suministro y uso racional de medicamentos**

Provisión de medicamentos para los diferentes servicios de atención, garantizando que se encuentren al alcance de todos, con precios adecuados y de calidad.

Promoción del uso racional de los medicamentos, informando a la población para reducir la automedicación irracional. Uso de la medicina tradicional como expresión del respeto a las diversas manifestaciones culturales de las diferentes regiones del país.

## **3. Modernización, Fortalecimiento del Rol Rector y la Capacidad de Gestión del MINSA y Desarrollo de Recursos Humanos a nivel nacional.**

El Ministerio de Salud se encuentra en un proceso de reestructuración, orientado a convertirlo en un organismo moderno, ágil, con rectoría nacional y capacidad para concertar políticas con los demás actores del sector.

- Se promoverá la rendición de cuentas del MINSA y los establecimientos de salud, ante los usuarios de los servicios y el conjunto de la sociedad.
- Se institucionalizarán todos los programas y proyectos con financiamiento de cooperación externa que venían actuando con autonomía y paralelamente a las estructuras normales del MINSA.
- Se fortalecerá el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA para poder encarar los principales riesgos de salud que deben ser enfrentados así como cualquier emergencia que se presente.
- Se proveerá de equipamiento, insumos básicos y medicamentos a todas las unidades operativas para que estén en condiciones de brindar los servicios de salud que la

población del país necesite. Igualmente, se procederá a culminar la integración de los sistemas de comunicación e información administrativa. Se promoverá la inversión en infraestructura y equipamiento de establecimientos, en particular de primer nivel y también en los hospitales.

- Se evaluarán los resultados de los acuerdos de gestión con las DISAs para fortalecer mecanismos de cumplimiento con las prioridades nacionales. Se firmarán convenios de acuerdo con los resultados con las diferentes dependencias del Sector y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Para tal efecto se ha previsto mejorar el perfil de los servidores del país, con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes de cambio, buscando la capacitación permanente del personal profesional y técnico, determinando sus necesidades nacionales y estableciendo programas y planes estratégicos de corto y mediano plazo a nivel institucional y sectorial. La promoción de los recursos humanos profesionales y técnicos se fundamentan en la aplicación de un sistema de méritos, el respeto a la línea de carrera, remuneraciones idóneas y fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario.

#### **4. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud**

Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

Se impulsará un modelo de atención centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios.

El nuevo modelo integral de salud pone especial énfasis en las acciones de promoción que apunten al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, emocional y

socioeconómico). Por eso, lograr una salud integral supone también luchar contra la pobreza que se constituye en un freno para el desarrollo integral y salud de las personas, así como para el acceso a los servicios de calidad necesarios.

Esto se logra apoyando los programas sociales y servicios de mayor calidad, especialmente para la infancia y otros grupos de riesgo como la tercera edad. También se contribuye promoviendo propuestas de desarrollo integral en las diferentes regiones y localidades del país a través de los gobiernos regionales y/o locales, incluyendo la promoción de la salud mental.

#### **5. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres.**

Se busca el incremento sustancial del presupuesto del Ministerio de Salud para el cumplimiento cabal de sus funciones; señalar los programas protegidos en materia presupuestal.

Reorientación del gasto en función de la inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos para la atención de los sectores de menores recursos.

Se trabajará en la orientación del financiamiento externo hacia las principales prioridades del sector salud, evitando duplicidad y mejorando la eficiencia en la inversión de los recursos.

## D. Diagnóstico de los Programas Principales.

### **Programa 1: Salud Individual**

El Programa Salud Individual agrupa sub programas con actividades y proyectos que requieren un ordenamiento y agregación de metas las mismas que deben ir correlacionadas de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud conformantes del pliego Ministerio de Salud.

Este programa incluye los subprogramas:

1. Edificaciones Públicas
2. Promoción y Asistencia Social
3. Alimentación y Nutrición Básica
4. Atención Médica Especializada
5. Atención Médica Básica
6. Servicios de Diagnóstico y Tratamiento

### **Rol del Estado en el Programa de Salud Individual**

El programa Salud Individual comprende un conjunto de acciones recuperativas y rehabilitativas de salud que se especifican a través de la atención medica básica y especializada de la salud, en otros términos corresponde a los servicios finales que los establecimientos de salud del Ministerio de Salud brinda en todo el país, tomando en consideración que la población que cubre sobrepasa el 65 % de la población nacional, y en algunos lugares atiende al 100 %.

Sin embargo los escasos recursos financieros y la gran demanda de atención, nos obliga a no poder brindar atenciones para ampliar la capacidad de respuesta que se quiere para alcanzar una óptima cobertura.

El estado mediante el programa de Salud Individual tiene su red de establecimientos de salud que brindan atenciones curativas y recuperativas a aquellos pacientes que acuden a los establecimientos así como a través de las atenciones que se brindan en las atenciones extramurales.

En el mercado de Salud, las acciones de salud individual son realizadas en su mayor parte por el estado, ( MINSA, Es Salud, Sanidad de las FFPP y FFAA ) , en la cual la población esta informada de lo que brinda, sin embargo existe un porcentaje regular de población de la zona rural del país y de extrema pobreza que no dispone de información y no acude a los establecimientos de salud, como también hay población excluida.

El Estado, a través del Ministerio de Salud, cumple con el rol de difundir las normas, directivas, protocolos y procedimientos para que se den las mejores atenciones de salud en los establecimientos del país. Asimismo el paciente que acude al establecimiento de salud, debe ejercer su derecho a la libre elección a las prestaciones de salud, así como los productos que recibe correspondan a los atributos que acrediten su autorización y que los servicios cumplan los estándares establecidos.

El Ministerio de Salud, como ente rector de salud, conduce, regula y promueve las intervenciones de salud, informando a toda la población sobre las acciones que realiza , provee los recursos necesarios e infraestructura adecuada para cumplir con el rol de prestador de servicios de salud público.

El MINSA a través de la red de establecimientos de salud ubicados a nivel nacional provee de atenciones de salud a la población que acude libremente a los establecimientos de salud, desde las atenciones básicas y primarias, hasta aquellas atenciones e intervenciones de alta complejidad.

### **Los principales problemas identificados en el programa de Salud Individual**

- Escasos recursos financieros y gran demanda de atención por los servicios de salud del Sector
- Parte de la población de la zona rural que no dispone de información y no acude a los establecimientos de salud
- Incremento de la población excluida
- Ausencia del ejercicio de su derecho de la población
- Ausencia de políticas de desarrollo de RR HH.

### **Programa 2: Salud Colectiva:**

El Programa Salud Colectiva comprende la atención dirigida a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través del control de riesgos y daños para la salud, con

intervenciones integrales a la familia, la comunidad y al ambiente.

Este programa incluye los subprogramas:

1. Investigación Aplicada
2. Promoción y Asistencia Social
3. Capacitación, Entrenamiento y Perfeccionamiento de Recursos Humanos
4. Control de Riesgos y Daños para la Salud
5. Regulación y Control Sanitario
6. Alimentación y Nutrición Básica
7. Control Epidemiológico

### **Rol del Estado en el Programa de Salud Colectiva:**

El Estado mediante el programa de Salud Colectiva brinda acciones de alto valor social, es decir con externalidades positivas, por cuanto la intervención de un grupo de familias y/o personas tiene una repercusión sobre la sociedad en su conjunto.

Como uno de los propósitos del presente ítem es la vinculación de este programa principal del Ministerio de Salud, como ente conformante del Estado, con los principales temas como son Reducción de la Pobreza, Soporte para el funcionamiento del Estado y existencia de fallas en el Mercado de Salud.

Uno de los principales roles que el Ministerio de Salud, como ente rector debe ejercer es el de rectoría en aspectos de salud colectiva y es responsabilidad del Estado brindar atenciones comprendidas en este programa, para lo cual se ha priorizado y consolidado las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

A través de este programa se impulsará el modelo de atención centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas( percibidas o no percibidas por la población), las familias y la comunidad, acciones que

apuntan al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo y socioeconómico.

En el mercado de Salud, las acciones de salud colectiva son realizadas en su mayor parte por el estado, sin embargo no se ha dado la difusión ni el conocimiento adecuado en este aspecto, así como las acciones de salud estaban direccionadas en su gran mayoría a lo recuperativo y lo rehabilitativo. Falta de una política dirigida al conjunto de acciones preventivos promocionales, así como información muy cerrada.

El Ministerio de Salud, esta abocado en implementar el nuevo modelo de Atención Integral de Salud, en la cual las acciones preventivo promocionales constituye la primera prioridad, que como ente rector de Salud le corresponde administrando directamente a través de sus establecimientos de salud las actividades que contribuirá a mejorar el bienestar de la población del país, especialmente la más pobre y aquella que no tiene acceso.

Existen estudios de investigación sobre las acciones preventivos promocionales con el nuevo enfoque de integralidad, así mismo a través de las coordinaciones intersectoriales que el Ministerio de Salud debe realizar a fin de poder realizar intercambio de servicios aprovechando la capacidad instalada de MINSA y de EsSalud, aunando esfuerzos y recursos para el cumplimiento de mismo.

Las acciones preventivas promocionales comprendidas en el Programa Salud Colectiva, son servicios prestados por el Ministerio de Salud en gran proporción, por cuanto del total de población demandante potencial, es la que se tiene como meta cubrir, considerada a aquella población que no tiene acceso a ningún tipo de seguro, especialmente la más pobre del país.

Promover las acciones y las Política para las acciones Preventivos promocionales en todo ámbito, procurando aunar esfuerzos y recursos fin de beneficiar a aquella población que requiere del servicio y no puede acceder por algún factor condicionante. Supervisar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos de atención establecidos, los mismos regulan las acciones preventivo promocionales y de salud colectiva en su conjunto.

Uno de los ejes del rol esta centrado en la participación y control ciudadano, a fin de que garantizar una adecuada interacción entre la Oferta y la demanda de servicios de salud en el ámbito nacional, regional y local.

Con respecto a los proveedores de servicios de salud privados, al existir libre movilización de factores y pocos recursos, el MINSA facilita los tramites para que la comunidad organizada u otra institución participe en el mercado, previo conocimiento, acreditación y certificación de los mismos.

El MINSA, participa a través de su red de establecimientos de salud, dispone de normas, reglamentos, protocolos, procedimientos y criterios técnicos que tienen que ver con el conjunto de acciones destinadas para este fin.

Se quiere que los otros ofertantes de servicios de salud, dentro de su Plan de atención incluyan estas acciones que tienen un impacto positivo en el cuidado de la salud, que le corresponde.

Se viene propiciando dentro del rol del MINSA, una estrecha coordinación con los diferentes subsectores del salud, promoviendo permanentemente la concertación sectorial, a través del Consejo Nacional de Salud, como ente concertador del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Acciones que propician externalidades positivas, por cuanto presentan altos beneficios sociales, no sólo para el individuo como tal, sino a la sociedad en su conjunto, cubriendo a aquella población más pobre y que requiere de los servicios.

Se trata de articular la Oferta a las necesidades de la población, en cuanto a necesidades de salud colectiva, apreciando que las acciones que se realizan en este programa tienen un impacto positivo para la reducción de la pobreza en el país, enfatizando aquella población que no tiene acceso a los servicios de salud, a través del aseguramiento universal, garantice la accesibilidad y prevenga la desatención de las familias en contingencias y emergencias.

Las acciones de salud contenidas en el Programa de Salud Colectiva, promueven la solidaridad del conjunto de la sociedad con los sectores más pobres del país, alentando la ejecución de actividades y metas que contemplan el

beneficio colectivo del mayor número posible de habitantes del Perú, para lo cual el Ministerio de salud afianza el cumplimiento de sus funciones de gobierno, como es el normativa y conducción sectorial.

### **Los principales problemas identificados en el programa de Salud Colectiva**

- Falta de difusión y conocimiento adecuado en acciones de salud preventiva y promocional
- Mayor participación y control ciudadano en acciones de salud
- Financiamiento insuficiente e inequitativo para las acciones de salud pública.
- Propiciar la participación de los entes no gubernamentales en el cuidado de la salud
- Deficiente acciones de salud ambiental, con alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles

## **E. Lineamientos de Política por Programa.**

### **Programa 1: Salud Individual**

Lineamientos de Política:

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
2. Suministro y uso racional de medicamentos
3. Fortalecer la capacidad de gestión y desarrollo de recursos humanos a nivel nacional
4. Nuevo modelo de Atención Integral de Salud
5. Fortalecimiento del rol rector sectorial del MINSA

### **Programa 2: Salud Colectiva**

Lineamientos de Política:

1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en forma continua, oportuna y de calidad, priorizando a los sectores de mayor pobreza, mujeres y niños, a través del Seguro Integral de Salud para alcanzar cobertura universal de los servicios de salud

2. Fortalecimiento del Rol Rector , modernización del Sector y fortalecer la capacidad de gestión y desarrollo de recursos humanos a nivel nacional
3. Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad
4. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud
5. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres.

## F. Objetivo General por Programas Prioritarios

### Programa 1: Salud Individual

#### Objetivos Generales:

1. Fomentar la corresponsabilidad entre el estado y la sociedad en la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños en el individuo, la familia, la comunidad y la población en general.
2. Reducción de la morbimortalidad materna e infantil
3. Promoción de la salud y vigilancia de las funciones esenciales de salud pública
4. Garantizar el acceso y la atención integral con servicios de salud, adecuado y de calidad, bajo criterios de equidad
5. Aseguramiento universal y solidario de la población en salud
6. Integración y descentralización sectorial
7. Educación para la mejora del acceso a los alimentos de calidad
8. Acceso y uso racional de medicamentos

### Programa 2: Salud Colectiva

#### Objetivo General:

1. Fomentar la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad en la promoción de la salud y la prevención de riesgos y daños en el individuo, la familia, la comunidad y la población en general.
2. Vigilancia de las funciones esenciales de salud pública

3. Modernización de los sistemas administrativos y operativos públicos
4. Integración y descentralización sectorial

## G. Objetivos Específicos por Subprograma.

### **Programa 1: Salud Individual**

#### **Subprograma 1.1: Edificaciones Públicas**

Comprende las acciones para la construcción de predios, monumentos y otras construcciones que, por su naturaleza o finalidad, no se encuentran considerados en otros subprogramas.

*Objetivo específico:*

“Mejorar la infraestructura, el equipamiento y mantenimiento de los establecimiento de salud a fin de atender a la demanda”.

#### **Subprograma 1.2: Promoción y Asistencia Social**

*Objetivo específico:*

"Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de acciones inter e intra sectorial"

#### **Subprograma 1.3: Alimentación y Nutrición Básica**

Comprende las acciones orientadas a promover la mejora del nivel nutricional de la población, a través de las campañas educativas y entrega de raciones alimentarias a los niños menores y madres gestantes, de alto riesgo.

*Objetivo específico:*

“Apoyo alimentario para familias y comunidad que se encuentran afectadas por enfermedades de alto valor social. Promover la seguridad alimentaria, garantizar la alimentación complementaria y fortalecer el sistema de vigilancia nutricional en los grupos mas vulnerables”.

#### **Subprograma 1.4: Atención Médica Especializada**

Comprende las acciones para las atenciones de salud pública, con el objetivo de prestar los servicios finales e intermedios por parte de los establecimientos de alta complejidad.

*Objetivo específico:*

“Garantizar atenciones de salud pública recuperativas y rehabilitativas en las prestaciones de servicios finales e intermedios por parte de establecimientos de alta complejidad”.

#### **Subprograma 1.5: Atención Médica Básica**

Comprende las acciones para las atenciones de salud pública, con el objetivo de prestar los servicios finales e intermedios por parte de los hospitales locales, centros de salud y puestos de salud.

*Objetivo específico:*

“Garantizar atenciones de salud pública recuperativa y rehabilitativa en las prestaciones de servicios finales e intermedios por parte de establecimientos de mediana y baja complejidad”.

#### **Subprograma 1.6: Servicios de Diagnóstico y Tratamiento**

Comprende a las acciones orientadas a la ayuda en el diagnóstico clínico y/o al tratamiento de enfermedades, de los servicios intermedios ofrecidos por los establecimientos de salud.

*Objetivo específico:*

“Brindar acciones orientadas a la ayuda en el diagnóstico clínico y/o tratamiento de enfermedades de los servicios intermedios ofrecidos por los establecimientos de salud”.

### **Programa 2: Salud Colectiva**

#### **Subprograma 2.1: Investigación Aplicada**

Comprende las acciones para la investigación original concebida por el interés en adquirir nuevos conocimientos,

siendo principalmente dirigida a una finalidad u objetivos practico específico.

*Objetivo específico:*

“Desarrollar la investigación científica y tecnológica en salud, nutrición, salud ocupacional, salud intercultural, producción e biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines en el ámbito regional, nacional e internacional. Fortalecimiento de la capacidad de investigación de los servicios de salud”.

**Subprograma 2.2: Promoción y Asistencia Social**

Comprende las acciones orientadas a la promoción y protección de grupos específicos de la población y particularmente a aquellos vulnerables y en alto riesgo nutricional, así como a los damnificados por situaciones de emergencia temporal.

*Objetivo específico:*

“Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de acciones Inter. e intra sectorial”.

**Subprograma 2.3: Capacitación, Entrenamiento y Perfeccionamiento de Recursos Humanos**

Comprende las acciones necesarias para el perfeccionamiento técnico funcional y académico de los empleados o servidores de los diversos órganos de la administración pública, garantizando el aumento en la eficiencia y la productividad laboral.

*Objetivo específico:*

“Incentivar el desarrollo y fortalecimiento de los Recursos Humanos actuales y aquellos que se incorporan a los servicios de salud”.

**Subprograma 2.4: Control de Riesgos y Daños para la Salud**

Comprende las acciones orientadas al desarrollo de las actividades de prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, evitables mediante vacunas, u otras de carácter endémico, que exige el tratamiento de

individuos y el control de medio ambiente y el establecimiento de medidas de vigilancia y epidemiológicas.

*Objetivo específico:*

“Fortalecer la capacidad de diagnóstico a nivel nacional para la prevención y control de riesgos y daños asociados a las enfermedades transmisibles y no transmisibles”.

**Subprograma 2.5: Regulación y Control Sanitario**

Comprende las acciones orientadas a la formulación y aplicación de la normatividad con el objetivo de garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los productos de interés para la salud e impedir la entrada al país de las enfermedades transmisibles oriundas del exterior.

*Objetivo específico:*

“Garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los productos de interés para la salud e impedir la entrada al país de las enfermedades transmisibles oriundas del exterior. Fortalecer los sistemas de gestión de la calidad de los laboratorios de diagnóstico, producción y control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines”.

**Subprograma 2.6: Alimentación y Nutrición Básica**

*Objetivo específico:*

“Desarrollar y ejecutar la vigilancia alimentaria y nutricional para la prevención de los riesgos y control de los daños nutricionales en la población”.

**Subprograma 2.7: Control Epidemiológico**

Comprende las acciones para la vigilancia y control de la salud de la población, tendientes a disminuir los riesgos de enfermedades y muertes.

*Objetivo específico:*

“Prevención de casos de brotes y epidemias de enfermedades transmisibles prevalentes y control epidemiológico, constituir un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica integrando al sector”.

## H. Actividades / Proyectos prioritarios.

### **Programa 1: Salud Individual**

#### **Subprograma 1.1: Edificaciones Públicas**

- Proyectos viables en ejecución

#### **Subprograma 1.2: Promoción y Asistencia Social**

- Apoyo al ciudadano, a la familia y discapacitado

#### **Subprograma 1.3: Alimentación y Nutrición Básica**

- Apoyo alimentario para grupos en riesgo

#### **Subprograma 1.4: Atención Médica Especializada**

- Atención especializada de la salud

#### **Subprograma 1.5: Atención Médica Básica**

- Atención básica de salud
- Atención a través de acuerdos
- Seguro integral de salud
- Apoyo a la modernización
- Programa de apoyo a la reforma del sector salud PAR-SALUD

#### **Subprograma 1.6: Servicios de Diagnóstico y Tratamiento**

- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento

### **Programa 2: Salud Colectiva**

#### **Subprograma 2.1: Investigación Aplicada**

- Desarrollo de estudios, investigación y estadísticas

#### **Subprograma 2.2: Promoción y Asistencia Social**

- Promoción de la salud

### **Subprograma 2.3: Capacitación, Entrenamiento y Perfeccionamiento de Recursos Humanos**

- Capacitación y perfeccionamiento
- Formación profesional y perfeccionamiento

### **Subprograma 2.4: Control de Riesgos y Daños para la Salud**

- Apoyo a la comunidad en caso de emergencia
- Educación, información y comunicación de salud
- Fortalecimiento Sistema Nacional Red de Laboratorios en salud pública. Desarrollo de la producción de biológicos
- Sistemas de Vigilancia – Proyecto Vigía
- Promoción, desarrollo y difusión de la medicina tradicional, medicina alternativa y complementaria
- Prevención de riesgos y daños para la salud

### **Subprograma 2.5: Regulación y Control Sanitario**

- Control Sanitario
- Certificaciones y Control de calidad
- Formulación de normas y regulación sanitaria

### **Subprograma 2.6: Alimentación y Nutrición Básica**

- Vigilancia de los riesgos para la salud

### **Subprograma 2.7: Control Epidemiológico**

- Vigilancia de los riesgos para la salud

## **I. Recursos proyectados para cada año del Plan (Programas Prioritarios)**

En función a la información proporcionada por el MEF y en base a los requerimientos del Sector Salud, se ha elaborado la siguiente tabla que , muestra la asignación presupuestaria a nivel de actividad para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos por cada sub programa dando como consecuencia el cumplimiento de los objetivos propuestos por los programas prioritarios de Salud Individual y Salud Colectiva.

Se ha considerado en el rubro de otros a los sub programas de administración, planeamiento gubernamental, y defensa contra siniestros.

Programa / Subprograma / Actividad o Proyecto	Cuantificación Anual		
	2004 Miles S/.	2005 Miles S/.	2006 Miles S/.
<b>Programa 1: Salud Individual</b>	1,423,067	1,535,346	1,700,430
<b>Subprograma 1.1: Edificaciones Públicas</b>	19,855	20,649	22,590
Proyecto: Proyectos varios	19,855	20,649	22,590
<b>Subprograma 1.2: Promoción y Asistencia Social</b>	9,832	10,225	11,186
Actividad: Apoyo al ciudadano, a la familia y discapacitado	9,832	10,225	11,186
<b>Subprograma 1.3: Alimentación y Nutrición Básica</b>	42,707	44,415	48,590
Actividad: Apoyo alimentario para grupos en riesgo	42,707	44,415	48,590
<b>Subprograma 1.4: Atención Médica Especializada</b>	366,764	381,435	417,289
Actividad: Atención especializada de la salud	366,764	381,435	417,289
<b>Subprograma 1.5 Atención Médica Básica</b>	794,974	882,130	985,812
Actividad: Atención básica de salud	262,464	272,963	298,621
Actividad: Atención a través de acuerdos	81,200	84,448	92,386
Actividad: Seguro integral de salud	352,659	422,122	482,563
Actividad: Apoyo a la modernización	1,500	1,560	1,707
Proyecto: Programa de apoyo a la reforma del sector salud PAR-SALUD	97,151	101,037	110,535
<b>Subprograma 1.6: Servicios de Diagnóstico y Tratamiento</b>	188,935	196,492	214,963
Actividad: Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento	188,935	196,492	214,963

Programa / Subprograma / Actividad o Proyecto	Cuantificación Anual		
	2004 Miles S/.	2005 Miles S/.	2006 Miles S/.
<b>Programa 2: Salud Colectiva</b>	220,232	223,481	226,854
<b>Subprograma 2.1: Investigación Aplicada</b>	21,739	26,595	14,694
Actividad: Investigación y desarrollo tecnologico	16,068	20,697	8,242
Actividad: Desarrollo de estudios, investigación y estadísticas	5,671	5,898	6,452
<b>Subprograma 2.2: Promoción y Asistencia Social</b>	3,281	3,412	3,733
Actividad: Promoción de la salud	3,281	3,412	3,733
<b>Subprograma 2.3: Capacitación, Entrenamiento y Perfeccionamiento de Recursos Humanos</b>	63,215	65,711	71,812
Actividad: Capacitación y perfeccionamiento	13,754	14,272	15,537
Actividad: Formación profesional y perfeccionamiento	49,461	51,439	56,275
<b>Subprograma 2.4: Control de Riesgos y Daños para la Salud</b>	55,245	48,643	51,693
Actividad: Apoyo a la comunidad en caso de emergencia	11,260	11,710	12,811
Actividad: Educación, información y comunicación de salud	5,432	5,649	6,180
Actividad: Fortalecimiento red laboratorios	16,878	17,068	17,544
Actividad: Sistemas de vigilancia – Proyecto Vigia	7,842	0	0
Actividad: Promoción medicina tradicional, alternativa	1,810	1,830	1,881
Actividad: Prevención de riesgos y daños para la salud	12,023	12,386	13,277
<b>Subprograma 2.5: Regulación y Control Sanitario</b>	29,397	30,308	32,540
Actividad: Control sanitario	19,118	19,883	21,752
Actividad: Certificaciones y control de calidad	9,244	9,348	9,609
Actividad: Formulación de normas y regulación sanitaria	1,035	1,077	1,179
<b>Subprograma 2.6: Alimentación y Nutrición Básica</b>	15,221	15,393	15,821
Actividad: Vigilancia de los riesgos para la salud	15,221	15,393	15,821
<b>Subprograma 2.7: Control Epidemiológico</b>	32,134	33,419	36,561
Actividad: Vigilancia de los riesgos para la salud	32,134	33,419	36,561
<b>Programa : ADMINISTRACION</b>	405,848	422,274	461,004
<b>Programa : OTROS</b>	201,433	203,402	205,028

## J. Indicadores de Seguimiento y Evaluación

Los indicadores que van a medir el grado con que un objetivo se esta cumpliendo de acuerdo a lo que se ha programado, a sido producto de un análisis de los diversos pliegos que conforman el sector, lo cuales se han comprometido a realizar el seguimiento de los mismos en la parte que les compete.

Los indicadores están a nivel de programas y subprogramas y son los siguientes:

Programa	Indicador	2004	2005	2006
Salud Individual	Afiliaciones al Seguro Integral de Salud  Unidad de Medida: N° de afiliados Seguro Integral de Salud	9,750,000	11,822,400	13,333,689
Salud Colectiva	Indice Parasitario Anual  Unidad de Medida: Promedio por 1000 habitantes	1.1	0.8	0.8

Subprograma	Objetivo	Indicador	U.M.	2004	2005	2006
Edificaciones Púlicas	Mejorar la infraestructura, el equipamiento y mantenimiento de los establecimientos de salud a fin de atender a la demanda	Proyectos viables en ejecución	Porcentaje	13.0	16.0	19.0
Promoción y Asistencia Social	Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de acciones inter e intra sectorial	Acciones de apoyo de servicio social a pacientes de escasos recursos	Miles de casos	1,559	1,530	1,470
Alimentación y Nutrición Básica	Apoyo alimentario para familias y comunidad que se encuentran afectadas por enfermedades de alto valor social. Promover la seguridad alimentaria, garantizar la alimentación complementaria y fortalecer el sistema de vigilancia nutricional en los grupos más vulnerables	Niños suplementados con sulfato ferroso	Cobertura	35	40	50
Atención Médica Especializada	Garantizar atenciones de salud pública en las prestaciones de servicios finales e intermedios por parte de establecimientos de alta complejidad	Letalidad hospitalaria por neumonía en menores de un año	Tasa	2.2	2.1	2.0
Atención Médica Básica	Garantizar atenciones de salud pública recuperativa y rehabilitativa en las prestaciones de servicios finales e intermedios por parte de establecimientos de menor complejidad	Parto atendido por personal de salud	Cobertura	56.0	58.0	60.0
Servicios Diagnóstico y Tratamiento	Brindar acciones orientadas a la ayuda en el diagnóstico clínico y/o tratamiento de enfermedades de los servicios intermedios ofrecidos por los establecimientos de salud	Unidades de sangre contaminada	Porcentaje	7.4	7.3	7.2

Sub Programa	Objetivo	Indicador	U.M.	2004	2005	2006
Investigación Aplicada	Desarrollar la investigación científica y tecnológica en salud, nutrición, salud ocupacional, salud intercultural, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines en el ámbito regional, nacional e internacional. Fortalecimiento de la capacidad de investigación de los servicios de salud	Numero de investigaciones que generen intervención sanitaria	Nº de Invest.	10	20	30
		Numero de investigaciones desarrolladas a nivel de servicios de salud	Nº de Invest.	10	12	15
Promoción y Asistencia Social	Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de acciones Inter e intra sectorial	Centros educativos saludables acreditados	Escuela acreditada	600	800	1000
Capacitación, Entrenamiento y Perfeccionamiento de Recursos Humanos	Incentivar el desarrollo y fortalecimiento de los Recursos Humanos actuales y aquellos que se incorporan a los servicios de salud	Recursos humanos con competencias optimizadas y/o nuevas acorde al modelo de atención	Cobertura	10	10	10
Control de Riesgos y Daños para la Salud	Fortalecer la capacidad de diagnóstico a nivel nacional para la prevención y control de riesgos y daños asociados a las enfermedades transmisibles y no transmisibles	Laboratorios en salud pública con capacidad diagnóstica integral	% de método de laboratorio	70	90	100
Regulación y Control Sanitario	Garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los productos de interés para la salud e impedir la entrada al país de las enfermedades transmisibles oriundas del exterior. Fortalecer	Establecimientos que aplican autoevaluación	Establecimiento	198	216	234



	los sistemas de gestión de la calidad de los laboratorios de diagnóstico, producción y control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines					
Alimentación y nutrición básica	Desarrollar y ejecutar la vigilancia alimentaria y nutricional para la prevención de los riesgos y control de los daños nutricionales en la población	Porcentaje de regiones en el país con sistemas de vigilancia alimentaria funcionando que cumplen con estándares establecidos	Porcentaje de regiones	50.0	75.0	100.0
Control Epidemiológico	Prevención de casos de brotes y epidemias de enfermedades transmisibles prevalentes y control epidemiológico. Constituir un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica integrando al sector	Incidencia de brucelosis humana	Tasa	2.3	1.1	0.6

## K. Responsables

Los responsables de cada actividad programada dentro de los subprogramas se asignan según las competencias que le son asignadas por ley.

Las instituciones responsables se detallan a continuación para cada programa del sector.

SALUD INDIVIDUAL		
Subprograma	Actividad y/o Proyecto	Responsable
Edificaciones Públicas	Proyectos viables	PRONIEN
Promoción y Asistencia Social	Apoyo al ciudadano, a la familia y discapacitado	Dirección General de Salud de las Personas
Alimentación y Nutrición Básica	Apoyo alimentario para grupos en riesgo	Dirección General de Salud de las Personas
Atención Médica Especializada	Atención especializada de la salud	Dirección General de Salud de las Personas -Sistema Integral de Salud
Atención Médica Básica	Atención básica de salud	Dirección General de Salud de Las personas – Sistema Integral de Salud
	Atención a través de acuerdos	Programa de Atención de Acuerdos de Gestión
	Seguro Integral de Salud	Seguro Integral de Salud
	Apoyo a la modernización	Oficina General de Planeamiento Estratégico - Oficina Ejecutiva de Proyectos de Inversión
	Programa de apoyo a la reforma del sector salud PAR-SALUD	Oficina General de Planeamiento Estratégico - Oficina Ejecutiva de Proyectos de Inversión
Servicios de Diagnóstico y tratamiento	Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento	Dirección General de Salud de las Personas - Dirección General de Medicamentos y Drogas

SALUD COLECTIVA		
Subprograma	Actividad y/o Proyecto	Responsable
Investigación Aplicada	Desarrollo de estudios, investigación y estadísticas	Instituto Nacional de Salud
Promoción y Asistencia Social	Promoción de la Salud	Dirección General de Promoción de la Salud
Capacitación, entrenamiento y perfeccionamiento de los Recursos Humanos	Capacitación y perfeccionamiento	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
	Formación Profesional y perfeccionamiento	Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos
Control de Riesgos y Daños para la salud	Apoyo a la comunidad en caso de emergencia	Oficina de Defensa Nacional
	Educación, información y comunicación de salud	Oficina de Comunicaciones
	Fortalecimiento Sistema Nacional Red de Laboratorios en salud pública. Desarrollo de la producción de biológicos	Instituto Nacional de Salud
	Sistemas de Vigilancia – Proyecto Vigía	Instituto Nacional de Salud
	Promoción, desarrollo y difusión de la medicina tradicional, medicina alternativa y complementaria	Instituto Nacional de Salud
	Prevención de riesgos y daños para la salud	Dirección General de Salud de las Personas
Regulación y Control Sanitario	Control Sanitario	Dirección General de Medicamentos y Drogas
	Certificaciones y Control de Calidad	Instituto Nacional de Salud
	Formulación de Normas y Regulación Sanitaria	Dirección General de Salud Ambiental
Alimentación y Nutrición Básica	Vigilancia de los riesgos para la salud	Instituto Nacional de Salud
Control epidemiológico	Vigilancia de los riesgos para la salud	Oficina General de Epidemiología y Dirección General de Salud de las Personas