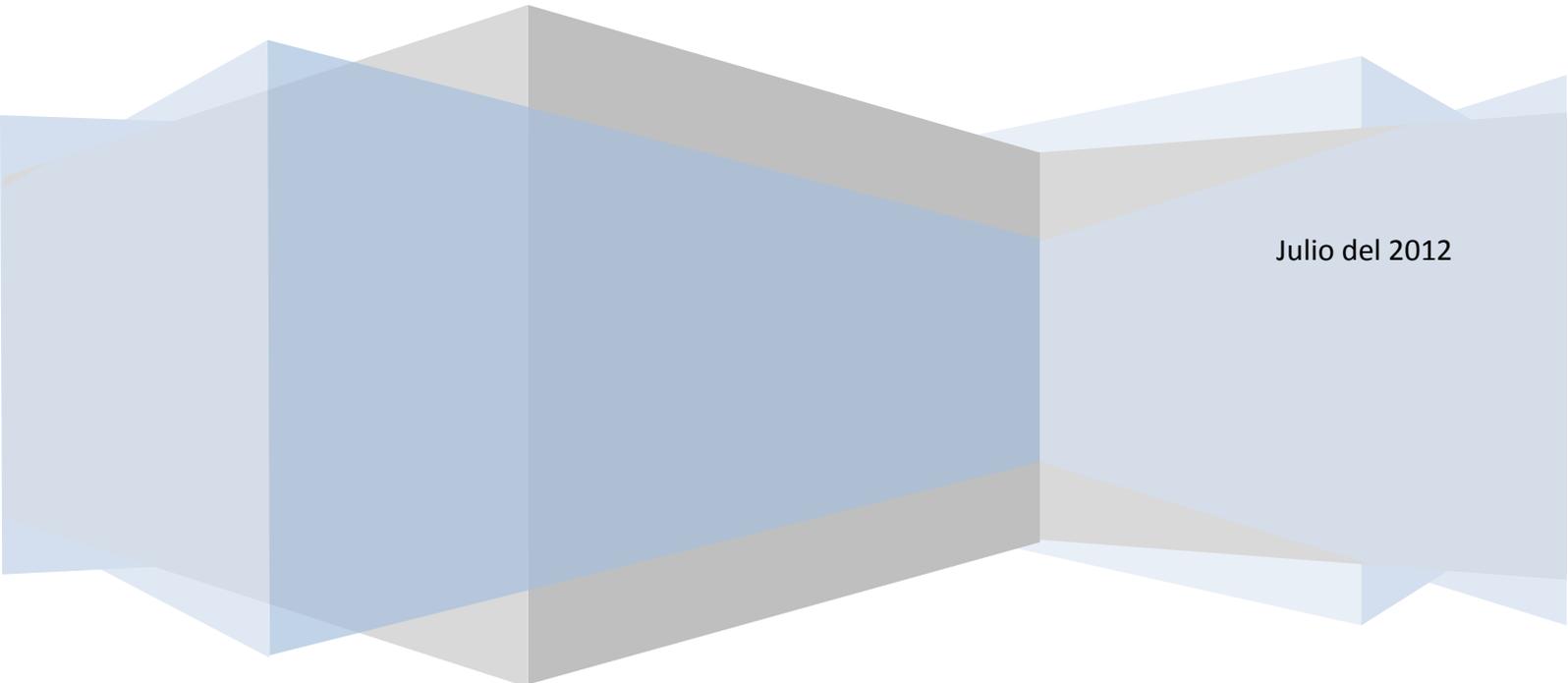


Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM 2012-2016

Documento de Trabajo

Elaborado por: Jaime Johnson



Julio del 2012

I. INTRODUCCIÓN

La orientación que seguía la formulación de los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales, en años anteriores, restringía y reducía el sector salud al subsector público de salud, es decir al Ministerio de Salud y a los organismos públicos descentralizados del sector, dejando fuera de toda consideración a los demás subsectores como son la Seguridad Social en Salud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, a los órganos responsables de la salud de los gobiernos regionales y a las entidades privadas de salud, las EPS.

Este hecho puede tener una explicación en la orientación que el Ministerio de Economía y Finanzas le dio al Plan Estratégico Sectorial en su necesidad de vincularlo al presupuesto público, al extremo de intentar hacerlo coincidir con la taxonomía presupuestal. EsSalud no era de interés en la medida que no se financia con recursos del tesoro público y además está adscrito al Ministerio de Trabajo a pesar de su íntima vinculación con el quehacer del sector. De otro lado, las Sanidades de la FF.AA y PN se presupuestan en sus respectivos sectores consecuentemente también fueron excluidos del proceso. De esa manera el PESEM perdió toda utilidad como instrumento de gestión sectorial y por el contrario contribuyó a consolidar el ya fracturado sector que se conoce en la actualidad.

Otra particularidad de los Planes Estratégicos anteriores ha sido la preocupación por los aspectos sanitarios en desmedro de los aspectos de la gestión sectorial que se manifiesta en la orientación de los Objetivos Estratégicos que se dirigían a atender los principales problemas sanitarios y soslayaban los problemas de gestión, cuya atención hubiera contribuido a mejorar los resultados sanitarios.

Con el Plan Estratégico 2012-2016 se busca atender tanto los principales problemas sanitarios, así como los problemas de gestión que impiden obtener mejores resultados sanitarios.

Con la descentralización ha surgido el ejercicio de la autonomía de los gobiernos regionales, en un contexto aún no bien definido de competencias en el campo de la salud.

En todo caso, en materia de salud la Constitución Política¹ establece que *“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural*

¹ Artículos 10°, 11° y 12°

y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.” “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.)

Es en el marco de estas consideraciones que el presente Plan Estratégico Sectorial es más comprensivo que los anteriores y se espera se constituya en la base para los futuros planes estratégicos que deberán ir mejorando en calidad y precisión. Adicionalmente, debe señalarse que el PESEM es un instrumento formulado bajo la concepción de logros y resultados, como lo concibe la Directiva emitida por el CEPLAN para la formulación de los planes estratégicos sectoriales multianuales.

II.- FINALIDAD

Orientar y determinar el rumbo que deberán seguir las entidades del Sector Salud, para alcanzar los objetivos que se plantean para el mediano y largo plazo en el Plan Nacional Concertado de Salud.

III.- OBJETIVO

Establecer el marco directriz para la gestión de las entidades y dependencias del Sector Salud, mediante la implementación del Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud 2012 - 2016, el mismo que incorpora los lineamientos de política sectorial, definición de las prioridades y objetivos de mediano plazo, orientadas al cumplimiento de los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 2020.

IV.- BASE LEGAL

- a. Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- b. Ley N°26842, Ley General de Salud, Título V: De la Autoridad de Salud.
- c. Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social
- d. Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud
- e. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, Capítulo III, Artículo 5º y el Reglamento de la Ley, aprobado por D.S. N° 013-2002-SA, Artículo 14º y su modificatoria.
- f. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- g. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- h. Decreto Legislativo N° 1088; Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico y D.S N° 046-2009-PCM Reglamento de Organización y Funciones del CEPLAN.
- i. Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- j. Ley 29812, Ley Anual de Presupuesto del Sector Público para el 2012

- k. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, aprueba “Plan Nacional Concertado en Salud”.

V.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Documento Técnico es de aplicación y alcance para las entidades que conforman el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Siglas

AN	Acuerdo Nacional
APP	Asociaciones Público Privadas
APPS	Acuerdo de Partidos Políticos en Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
BCRP	Banco Central de Reserva del Perú
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BRIC	Grupo de países emergentes (Brasil, Rusia, China e India)
CAS	Contrato Administrativo de Servicios del Estado
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FAN	Foro del Acuerdo Nacional
FF.AA.	Fuerzas Armadas
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LOPE	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
MINAG	Ministerio de Agricultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINEDU	Ministerio de Educación
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MMM	Marco Macro Económico Multianual
MMSM	Marco Macro Social Multianual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PESEM	Plan Estratégico Sectorial Multianual
PN	Policía Nacional
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIS	Seguro Integral de Salud
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
UCM	Unidad de Conflictos Sociales

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Población según departamento, 2008-2015
Cuadro 2	Proyección quinquenal de la población urbana y rural del período 2007-2025
Cuadro 3	Indicadores demográficos de la población urbana y rural, por grupos etarios
Cuadro 4	Esperanza de vida al nacer (años de vida) por sexo y por zona
Cuadro 5	Esperanza de vida al nacer por región y departamento
Cuadro 6	Evolución de la tasa global de fecundidad urbana y rural, 1950-2000
Cuadro 7	Proyección de la tasa global de fecundidad según tres hipótesis, 2000-2050
Cuadro 8	Perú: Tasas brutas de natalidad según departamentos, 1995-2015
Cuadro 9	Proyección de la TMI y de la EVN 2010-2050
Cuadro 10	Ubicación del Perú de Acuerdo al Índice de Desarrollo Humano
Cuadro 11	Gasto en salud en algunos países de la región y países seleccionados
Cuadro 12	Gasto en salud como porcentaje del PBI
Cuadro 13	Gasto público en salud como porcentaje del PBI
Cuadro 14	Escenario 1 Crecimiento del gasto público en 0.5% anual
Cuadro 15	Escenario 2 Crecimiento inercial del gasto público
Cuadro 16	Personal sanitario e infraestructura en países de la región
Cuadro 17	Cobertura de Recursos Humanos en zonas de AUS. 2010
Cuadro 18	Número de asegurados SIS de acuerdo a tipo de seguro y por departamentos
Cuadro 19	Número de asegurados del Seguro Social de Salud
Cuadro 20	Algunos hospitales públicos construidos
Cuadro 21	Resumen de obras ejecutadas por EsSalud en los últimos 5 años
Cuadro 22	Inversión de EsSalud en el 2012
Cuadro 23	Casos de Malaria por Especies y por años
Cuadro 24	Daños y lesiones por factores externos
Cuadro 25	Casos de hipertensión arterial por etapas de vida según departamento
Cuadro 26	Casos de tumores malignos ordenados por etapas de vida

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Escenario gasto público en salud en crecimiento como % del PBI
GRÁFICO 2	Escenario gasto público en salud constante como % del PBI
GRÁFICO 3	Oferta de SERUMS en zonas de AUS
GRÁFICO 4	Aseguramiento en el Perú
GRÁFICO 5	Población con algún tipo de seguro de salud. 2004 – 2010
GRÁFICO 6	Asegurados en el SIS por año 2002 – 2010
GRÁFICO 7	Evolución de la Afiliación al EsSalud Independiente
GRÁFICO 8	Mortalidad Materna
GRÁFICO 9	Mortalidad neonatal
GRÁFICO 10	Porción de gestantes que reciben su primer control en el I Trimestre
GRÁFICO 11	Proporción de Partos Institucionales
GRÁFICO 12	Casas de espera operativas
GRÁFICO 13	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica
GRÁFICO 14	Porción de niños menores de 36 meses con IRA
GRÁFICO 15	Porción de niños menores de 36 meses con IRA
GRÁFICO 16	Porción de niños entre 6 y 36 meses con anemia
GRÁFICO 17	Porción de niños menores de 6 meses con lactancia exclusiva
GRÁFICO 18	Morbilidad, incidencia e incidencia BK(+) de la tuberculosis
GRÁFICO 19	Tasa anual de morbilidad de tuberculosis, N° d casos en tratamiento TBMDR y N° de casos de TBXDR, según año
GRÁFICO 20	Situación del VIH/SIDA en el Perú
GRÁFICO 21	Curva de casos de malaria
GRÁFICO 22	Casos de enfermedad de Carrión

PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL 2012-2016

1. GENERALIDADES

El Plan Estratégico Sectorial Multianual 2012 – 2016 se orienta por la siguiente visión:

VISION

Un Perú al año 2016 donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social y en caso de enfermedad o invalidez tener acceso pleno a una adecuada atención y tratamiento. Enfatizando la inclusión social, el desarrollo humano, la protección social y una mejor alimentación a lo largo del ciclo de vida.

El Plan Estratégico Sectorial Multianual 2012 – 2016 se rige por el principio de la salud como un derecho fundamental y el acceso universal a los servicios asistenciales de salud y a la atención integral de salud de todo habitante en el territorio nacional. El Plan tiene un enfoque de equidad de género, y reconoce la compleja diversidad del país, así como la multiculturalidad e interculturalidad.

El Plan contribuye a dar cumplimiento a los compromisos internacionales suscritos por el Estado peruano en materia de salud, los Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM, las prioridades de salud que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional, además busca dar continuidad al Acuerdo de Partidos Políticos en Salud y a la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA SALUD

2.1 POBLACIÓN

Según las proyecciones de INEI la población de Perú al 2012 es de 30´135,875 y la tasa de crecimiento de la población de 1,13, al 2016 será de 31´488,625 y la tasa de 1,08 y cinco años más tarde en el 2021 el país contará con 33´149,149 con una tasa de crecimiento de 0.99.²

²Boletín de Análisis Demográfico N° 36, INEI- Perú, Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2050.

CUADRO 1

POBLACIÓN SEGÚN DEPARTAMENTO, 2008-2015								
Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	408,629	411,043	413314	415,466	417,508	419,404	421,122	422,629
Ancash	1'103,481	1'109,849	1116265	1'122,792	1'129,391	1'135,962	1'142,409	1148,634
Apurímac	441,507	444,202	446813	449,365	451,881	454,324	456,652	458,830
Arequipa	1'192,932	1'205,317	1218168	1'231,553	1'245,251	1'259,162	1'273,180	1'287,205
Ayacucho	635,167	642,972	650718	658,400	666,029	673,609	681,149	688,657
Cajamarca	1'485,188	1'493,159	1500584	1'507,486	1'513,892	1'519,764	1'525,064	1'529,755
P.C. del Callao	912,065	926,788	941268	955,385	969,170	982,800	996,455	1'010,315
Cusco	1'256,770	1'265,827	1274742	1'283,540	1'292,175	1'300,609	1'308,806	1'316,729
Huancavelica	467,700	471,720	475693	479,641	483,580	487,472	491,278	494,963
Huánuco	811,989	819,578	826932	834,054	840,984	847,714	854,234	860,537
Ica	730,767	739,087	747338	755,508	763,558	771,507	779,372	787,170
Junín	1'283,003	1'292,330	1301844	1'311,584	1'321,407	1'331,253	1'341,064	1'350,783
La Libertad	1'703,617	1'725,075	1746913	1'769,181	1'791,659	1'814,276	1836,960	1'859,640
Lambayeque	1'185,684	1'196,655	1207589	1'218,492	1'229,260	1'239,882	1250,349	1'260,650
Lima	8'855,022	8'981,440	9113684	9'252,401	9'395,149	9'540,996	9'689,011	9'838,251
Loreto	957,992	970,918	983371	995,355	1'006,953	1'018,160	1'028,968	1'039,372
Madre de Dios	114,791	117,981	121183	124,404	127,639	130,876	134,105	137,316
Moquegua	167,616	169,365	171155	172,995	174,859	176,736	178,612	180,477
Pasco	287,913	290,483	292955	295,315	297,591	299,807	301,988	304,158
Piura	1'740,194	1'754,791	1769555	1'784,551	1'799,607	1'814,622	1'829,496	1'844,129
Puno	1'329,272	1'340,684	1352523	1'364,752	1'377,122	1'389,684	1'402,496	1'415,608
San Martín	758,974	771,021	782932	794,730	806,452	818,061	829,520	840,790
Tacna	311,038	315,534	320021	324,498	328,915	333,276	337,583	341,838
Ucayali	451,284	458,177	464875	471,351	477,616	483,708	489,664	495,522
TOTAL	28'807,034	29'132,013	29'461,933	29'797,694	30'135,875	30'475,144	30'814,175	31'151,643

Del Censo de Población y Vivienda de 1993 al Censo de Población y Vivienda de 2007 proyectada al 2010 la población peruana aumento en 5'408,751 habitantes. De una población urbana de 14'654,182 se ha pasado a 21'805,837, es decir un incremento de 7'151,655. De otro lado la población rural, en términos absolutos, registra una disminución en el período señalado de 762,872 habitantes. En términos porcentuales la población urbana ha crecido en 10,45% (pp) puntos porcentuales, de 63,51% en 1993 a 74,01% en el 2010.

CUADRO 2

PROYECCIÓN QUINQUENAL DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL DEL PERÍODO 2007-2025

(Criterio de Urbanización: conglomerado de 2000 y más habitantes)				
Año	Población Total Número a/	Población Urbana		Población Rural Número b/
		Porción Urbana	Número	
1993	23'073,150	63,51	14'654,182	8,418,968
2007	28'481,901	72,31	20'594,600	7,887,301
2010	29'461,933	74,01	21'805,837	7,656,096
2015	31'151,643	76,72	23'893,654	7,257,989
2020	32'824,358	79,19	25'993,220	6,831,138
2025	34'412,393	81,48	28'037,517	6,374,876

Fuente: Boletín Especial 19, INEI.³

a/ Población Total estimada por el Método de Componentes. Tomado de Boletín Demográfico N° 36

b/ Diferencia entre la Población Total y Urbana Proyectada

³Perú Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural, Sexo y Edades, INEI-CELADE-UNFPA-CEPAL

Se observa que el proceso de urbanización se da a una velocidad mayor que la del aumento de población y simultáneamente hay una progresiva aunque más lenta reducción de la población rural. Este hecho tiene una implicación importante porque, el proceso de concentración poblacional mejora las posibilidades de acceso a servicios de salud y reduce los costos de la oferta, así como gasto de las familias. En el cuadro siguiente se puede apreciar la evolución poblacional urbana y rural por grupos etarios.

CUADRO 3
INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL, POR GRUPOS ETARIOS 2008-2015
(Distribución porcentual)

Variable /Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total Urbana	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	28,5	28,1	27,7	27,4	27,0	26,6	26,3	25,9
15 - 64	65,9	66,1	66,4	66,6	66,8	67,1	67,2	67,5
65 y más	5,6	5,8	5,9	6,0	6,2	6,3	6,5	6,6
Hombre	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	29,3	28,9	28,5	28,1	27,8	27,4	27,0	26,7
15 - 64	65,5	65,8	66,1	66,4	66,5	66,8	67,1	67,2
65 y más	5,2	5,3	5,4	5,5	5,7	5,8	5,9	6,1
Mujer	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	27,8	27,4	27,0	26,6	26,2	25,9	25,5	25,1
15 - 64	66,1	66,4	66,6	66,9	67,1	67,3	67,5	67,7
65 y más	6,1	6,2	6,4	6,5	6,7	6,8	7,0	7,2
Total Rural	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	36,8	36,5	36,2	35,9	35,6	35,3	34,9	34,6
15 - 64	57,5	57,8	58,0	58,2	58,4	58,6	58,9	59,1
65 y más	5,7	5,7	5,8	5,9	6,0	6,1	6,2	6,3
Hombre	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	36,2	35,9	35,6	35,2	34,9	34,5	34,2	33,8
15 - 64	58,7	58,9	59,1	59,5	59,7	60,0	60,2	60,5
65 y más	5,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7
Mujer	100	100	100	100	100	100	100	100
0 - 14	37,4	37,2	36,9	36,7	36,4	36,1	35,8	35,5
15 - 64	56,4	56,5	56,7	56,8	57,0	57,2	57,4	57,5
65 y más	6,2	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,8	7,0

2.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

2.2.1 Los Efectos de la Transición Demográfica y Epidemiológica

La transición epidemiológica según la definición de Osram (1971) consiste en “El paso de una situación de altas tasas de fecundidad y mortalidad a una situación de tasas bajas. El cambio de un patrón en el que predominan las enfermedades infecto contagiosas a otro en el que las principales causas de muerte son los padecimientos crónico-degenerativos.”⁴

⁴ ASIS, DGE, MINSA, p 25.

En el Perú, como en el resto de América Latina, el envejecimiento de la población viene acompañado de un cambio, en el que se transita de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una alta mortalidad materna e infantil a un aumento de las enfermedades no transmisibles, especialmente de tipo crónico. El avance del conocimiento y de las tecnologías de la salud ha propiciado un rápido descenso en las enfermedades infecciosas y en la mortalidad infantil, mientras el cambio en los estilos de vida, la industrialización y la contaminación del medio ambiente han contribuido al aumento de las enfermedades crónicas. Ello viene afectando al sistema de salud, tanto por el tipo de enfermedades que debe atender como por los sectores de población involucrados. La fuerza impulsora detrás de estos acontecimientos es la transición demográfica.⁵

La disminución de las causas de muerte de tipo infeccioso beneficia principalmente a los niños a la población más joven y a las mujeres. En un contexto de descenso de la mortalidad y la fecundidad, el país experimenta un aumento de los ingresos a medida que crece la proporción de población en edad productiva (bono demográfico), que, acompañado al crecimiento económico que experimenta el país, es el momento que se debe aprovechar para invertir en salud y contar con la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos para mejorar y adecuar los servicios para enfrentar la transición demográfica y epidemiológica con éxito.

Lo observado en los países de mayor desarrollo es que la salud tendrá un crecimiento significativo de los costos, que obedece tanto al número de personas mayores, la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que demandan tratamientos con tecnología más costosa como a la creciente intensidad del uso de los servicios de salud por parte de este grupo etario.⁶

Un aspecto adicional a considerar es que conforme envejece la población, ésta exigirá que se destinen mayores recursos para atender las enfermedades que la aquejan (por lo general crónicas y degenerativas) que demandan mayor inversión en tecnología y son de alto costo. Consecuentemente cada vez será más difícil contar con recursos para acciones preventivo-promocionales, que son justamente las que operan como factor corrector o al menos que morigeran las enfermedades del envejecimiento, y hacen posible la detección temprana de determinadas enfermedades que se pueden resolver a menor costo o en algunos casos revertir en sus primeras etapas.⁷

2.2.2 Dependencia Demográfica

Al concluir el primer cuarto del Siglo XXI la población, de acuerdo a las proyecciones del INEI, será de 34'412,393 y de 40,1 millones en el año 2050.

⁵La Transición Epidemiológica en América Latina; Julio Frenk, Rafael Lozano (Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México), José Luis Bobadilla (Banco Mundial, Washington, D.C.)

⁶Evelina Bertrou, (Consultora CELADE), Tendencias Demográficas y Protección Social en América Latina y el Caribe, Población y Desarrollo, Serie 82, p12

⁷Sandra Henschuan, La Protección de la Salud en el marco de la Dinámica Demográfica y los Derechos, Serie 100, CEPAL-CELADE, Santiago de Chile, p10 I

Para ese entonces tendrá todas las características de una población en proceso de envejecimiento con el 18,5% de su población entre 0 y 14 años y un 16,1% de personas de 65 y más años de edad. Sumados ambos grupos poblacionales constituirán el 34.6% de la población que dependerá de la población potencialmente activa económicamente constituida por el 65.4%.

El proceso de ascenso del ratio de dependencia senil, según el ASIS 2010, se inició a fines de la década del 90 pero que no es lo suficientemente importante como para detener el descenso de la dependencia demográfica. Además hay que tomar en cuenta que ésta no es homogénea al interior del país. Este descenso en la dependencia demográfica es lo que los demógrafos denominan el “bono demográfico” debido a la menor presión de la demanda del grupo menores de 15 años y que concluirá cuando la dependencia demográfica inicie nuevamente su crecimiento, que será alrededor del 2065, dada la mayor longevidad de la población de la tercera edad y la cada vez más reducidas generaciones jóvenes. De acuerdo a las proyecciones del ASIS Lima será la primera en evidenciar el término del “bono demográfico” alrededor del 2045 y Ayacucho y Huancavelica alrededor del 2100.⁸

El grupo de población mayor de 60 años viene creciendo a un ritmo del 3.1% anual siendo los departamentos de Ancash, Arequipa, Apurímac, Moquegua y Puno los que registrarán cifras por encima del 10%.

2.2.3 Esperanza de Vida al Nacer⁹

Según el INEI la esperanza de vida, para el quinquenio 2005-2010 se estima en un valor de 72,53 años y llegará en el 2025 a 79,1 años. Estas proyecciones varían dependiendo de la fuente que se consulte. El Banco Mundial¹⁰ para el 2010 da una EVN de 74, la UNFPA¹¹ 71,23, y la CEPAL 74.5 (77 años para las mujeres y 72 para los hombres) todos estos datos supuestamente basados en cifras oficiales dan una EVN diferente. En todo caso lo que importa es tener una visión comprensiva de lo que acontece con este indicador.

CUADRO 4

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Años de Vida) POR SEXO Y POR ZONA							
QUINQUENIO	AMBOS	HOMBRES	URBANO	RURAL	MUJERES	URBANO	RURAL
1985-1990	64,37	62.08	65.89	56.55	66.77	70.92	58.54
1990-1995	66,74	62.40	67.88	58.91	69.20	72.8 ^a	61.05
1995-2000	68,32	65.91	68.76	60.83	70.85	73.77	63.01
2000-2005	69,82	67.34	69.74	62.68	72.42	74.89	65.01
2005-2010	71,23	68.68	70.69	64.44	73.90	76.00	66.85
2010-2015	72,53	69.93	71.62	66.09	75.27	77.05	68.58

Fuente: INEI – DTDES, Proyecciones de Población del Perú, 1995-2025

⁸ ASIS 2010, DGE, p11-13

⁹ Esperanza de Vida al Nacer (Años) corresponde al número de años que viviría en promedio cada recién nacido de una cohorte hipotética, sometida durante su vida a las tasas de mortalidad por edades del período del estudio. Fuente: CEPAL-CELADE-División de Población de la CEPAL, ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 1950-2050 Boletín Demográfico (LC/G.2225-P), Santiago de Chile, ene 2004

¹⁰ datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN

¹¹ www.unfpa.org.pe/infosd/esperanza_vida/index.htm

Las proyecciones de la esperanza de vida al nacer (EVN) para ambos sexos y según el lugar de nacimiento prevé una mejora constante de este indicador especialmente si mejoran las condiciones de vida. Ello será así, particularmente, si el crecimiento económico continúa, si la distribución del ingreso mejora y si la política de inclusión social es efectiva.

Según el INEI, a nivel nacional, entre 1950 y 1995, se habría ganado 23 años en la esperanza de vida al nacer (EVN), también señala que a fines del siglo XX, el Perú se aproximaba a una esperanza de vida al nacer de 69 años y que de 1995 al 2010, se habría ganado 4.1 años de vida.

Sin embargo, aún persisten grandes diferencias entre las respectivas EVN según la zona de nacimiento y sexo. Es decir, ser varón y nacer en un ámbito rural le resta años de vida y ser mujer y nacer en un medio urbano aumenta sus posibilidades de vivir casi 11 años más que el varón que nace en el campo.

Con relación a la esperanza de vida al nacer viene ocurriendo algo que era de esperar y es que la población de la región natural de la Sierra es la que viene ganando más años de vida que la población de la selva o la población de la costa en la medida al haberse extendido e incrementado el acceso los servicios básicos (agua, saneamiento, salud y electrificación) en las ciudades serranas y en el ámbito rural serrano.

Ocurre que la población del departamento que tenía la menor esperanza de vida al nacer (Huancavelica) en el período 1995-2000 de 56.8 pasaría a tener 63.6 años de EVN en el período proyectado de 2010-2015, habría ganado 6.8 años de vida, y, de otro lado la población del Callao que en el período 1995-2000 tenía 78 años EVN, en el período proyectado 2010-2015 tendría 79.9 años de EVN con una ganancia de sólo 1.9 años.

CUADRO 5

ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR REGIÓN Y DEPARTAMENTO				
REGIÓN NATURAL	DEPARTAMENTO	1995-2000	2010-2015	VARIACIÓN
SIERRA	Huancavelica	56.8	63.6	6.8
	Cusco	60.2	66.3	6.1
	Puno	60.6	66.6	6.0
	Huánuco	65.1	70.1	5.0
SELVA	Loreto	64.9	69.9	5.0
	Ucayali	65.6	70.4	4.8
	Amazonas	66.0	70.8	4.8
	Madre de Dios	67.2	71.7	4.5
	San Martín	68.8	72.9	4.5
COSTA	Lambayeque	70.7	74.4	3.7
	La Libertad	71.7	75.2	3.5
	Ica	73.0	76.1	3.1
	Lima	76.8	79.0	2.2
	Callao	78.0	79.9	1.9

Elaboración propia. Fuente: INEI – DTDES, Proyecciones de Población del Perú, 1995-2025

Puede deducirse que conforme mayor es la esperanza de vida al nacer se requiere que tanto las condiciones como los estilos de vida saludable de la población sea cada vez mejor para ganar años de vida en tanto que para las poblaciones con EVN bajas, la mejora de las condiciones de vida, en especial acceso a los servicios de salud y servicios básicos, tiene un efecto importante en aumentar los años de vida.

Según las proyecciones del INEI la mayoría de los departamentos de la sierra y selva no alcanzarán la tasa promedio nacional de 72,5 años de EVN. Entre los departamentos que si lo lograrán están Ancash, Arequipa, Cajamarca, Junín, San Martín y Madre de Dios. De otro lado, se ha previsto un incremento de la Esperanza de Vida al nacimiento para ambos sexos a 78.13 en el quinquenio 2045-2050. En todo caso, es importante lo que sobre la EVN sostiene la Agenda de Salud para América Latina y el Caribe que:

“Las diferencias en la esperanza de vida se reducen cuando se considera la distribución del ingreso: los países que tienen una distribución de ingreso más igualitaria alcanzan niveles de esperanza de vida que son comparables, y algunas veces mejores, a las de aquellos que siendo más ricos tienen una distribución del ingreso más desigual”.¹²

Consecuentemente cuanto mejor sea la distribución de los beneficios del crecimiento mejores serán las expectativas en este campo.

2.2.4 Fecundidad

Según CELADE el Perú, se encuentra en una fase de plena transición demográfica con menores niveles de fecundidad y mortalidad. La fecundidad pasó de 6,85 hijos por mujer, en el período 1950-1955 a 2,2 en el periodo 2010-2015 y la mortalidad de 21,6 a 5,6 para el mismo período.

Por otro lado, el proceso de transición demográfica en el Perú es diferencial por departamentos así se tiene que en transición incipiente aún con altas tasas de fecundidad y mortalidad se encuentra a los departamentos de Huancavelica, Huánuco, Ucayali y Apurímac.

En Transición avanzada con menores tasas de fecundidad y mortalidad se encuentran por lo general departamentos de la costa y algunos departamentos de la sierra: Ancash, Arequipa y Pasco.¹³

La Tasa de Fecundidad General (TFG) en el país es de 87 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad. En el área urbana, esta relación fue de 77 y

¹²OPS, Agenda de Salud para América Latina y el Caribe 2008-2017

¹³ INEI, Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa 2000-2015

en el área rural de 119 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva, mostrando la tendencia a disminuir en relación a años anteriores.¹⁴

**CUADRO 6
EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
URBANA Y RURAL, 1950-2000**

Quinquenio	Tasa Global de Fecundidad		
	Nacional	Urbana	Rural
1970-1975	6,00	5,09	7,55
1975-1980	5,38	4,36	7,45
1980-1985	4,65	3,64	7,08
1985-1990	4,10	3,14	6,70
1990-1995	3,70	2,88	6,20
1995-2000	3,20	2,60	5,20

**CUADRO 7
PROYECCION DE LA TASA GLOBAL DE
FECUNDIDAD SEGÚN TRES HIPOTESIS, 2000-2050**

QUINQUENIO	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD		
	Hipótesis Media Oficial	Hipótesis Alta	Hipótesis Baja
2000-2005	2,86	3,06	2,64
2005-2010	2,59	2,93	2,22
2010-2015	2,38	2,81	1,92
2015-2020	2,22	2,70	1,73
2020-2025	2,10	2,60	1,60

Según ENDES, de acuerdo a la tendencia histórica de la tasa de mortalidad infantil y considerando los diferentes programas del MINSA para mejorar la salud materno-infantil, la proyección efectuada por el INEI sugiere el continuo de su valor que llegaría a 20.7 por mil nacidos vivos al 2025 y de 15 por mil al llegar el 2050.¹⁵

De otro lado, se ha previsto un incremento de la Esperanza de Vida al nacimiento para ambos sexos de 69.82 en el quinquenio 2000-2005 a 78.13 en el quinquenio 2045-2050.

Según la ENDES 2011, la tendencia histórica de la fecundidad muestra claramente que su descenso comenzó poco antes de 1970 en un proceso ininterrumpido, primero en forma moderada y más acelerada desde 1980 en adelante. En el periodo de 25 años transcurrido entre 1986 y 2011, la fecundidad disminuyó en 39,5 por ciento, desde 4,3 hijos por mujer a 2,6. Las últimas, así lo

¹⁴ Perú Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, Boletín de Análisis Demográfico N° 35 , p 26 <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0466/Libro.pdf>

¹⁵ Boletín de Análisis Demográfico N° 35 , p 26

muestran las ENDES 2004-2006 y 2005-2007 con la progresiva declinación del promedio de hijos por mujer en la última década.¹⁶

Según la ENDES 2011, la reducción de la fecundidad, en la actualidad, es considerada importante porque constituye uno de los factores para la disminución de la mortalidad infantil y materna. La ENDES 2011 concluye que la fecundidad en el país ha disminuido en 10,3 por ciento respecto a la estimada a partir de la ENDES 2000, que fue de 2,9 hijos por mujer para el período 1997-2000. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el país fue de 2,6 hijos por mujer para el período 2008-2011, de 2,3 para el área urbana y de 3,5, para el área rural, es decir 52,2 por ciento más alta que la del área urbana.

Las tasas de fecundidad por edad, en promedio son relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad. En el área urbana, la fecundidad es mayor en el grupo de 25 a 29 años de edad en tanto en el área rural es mayor en el grupo de edad entre los 20 a 24 años.

La Tasa Global de Fecundidad es mayor en los hogares del quintil inferior de riqueza, en el que las mujeres tienen promedio más hijos (4,1); en contraste con las de las mujeres del quintil superior de riqueza (1,6).

La proyección de la ENDES 2011 para el quinquenio 2010-2015 es de 2,22 y de 2,10 en el quinquenio 2020-2025, para ir decreciendo lentamente hasta alcanzar el valor de 1,85 en el quinquenio final de la proyección, 2045-2050.

2.2.5 Natalidad

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN), es decir, el número de nacimientos que en promedio ocurren anualmente por cada mil habitantes, fue 19,7 para el total del país; observándose un nivel más bajo en el área urbana (18,5 por mil) que en el área rural (22,5 por mil).

Este indicador muestra una reducción continua durante el período de proyección de 1995-2015, con una variación relativa de -23.3% en la TBN promedio nacional. Las mayores TBN departamentales, por encima de 25.0 por mil, en el quinquenio 1995-2000 corresponden a Piura, en la Costa; a todos los departamentos de la Sierra, con excepción de Arequipa (21.1) y, a todos los de la Selva.

¹⁶ ENDES 2011, INEI

CUADRO 8
PERU: TASAS BRUTAS DE NATALIDAD SEGUN DEPARTAMENTOS, 1995-2015

DEPARTAMENTOS	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
PERÚ	24.9	22.6	20.7	19.1
COSTA				
Callao	18.3	16.9	15.4	14.2
Ica	22.5	20.5	18.6	17.0
La Libertad	24.6	22.4	20.3	18.6
Lambayeque	23.8	21.7	19.8	18.0
Lima	19.3	17.7	16.4	15.2
Moquegua	18.1	16.4	15.0	13.8
Piura	27.4	24.7	22.5	20.7
Tacna	20.4	18.7	16.8	15.4
Tumbes	23.9	21.6	19.5	17.8
SIERRA				
Ancash	25.8	23.1	21.0	19.3
Apurímac	30.9	27.8	26.5	25.5
Arequipa	21.1	19.5	17.7	16.1
Ayacucho	29.8	26.3	24.5	23.3
Cajamarca	30.7	27.9	25.7	23.7
Cusco	28.8	25.9	24.0	22.3
Huancavelica	36.2	32.4	30.2	28.6
Huánuco	32.7	29.0	26.7	24.7
Junín	26.7	24.1	22.0	20.3
Pasco	27.9	25.1	22.9	21.0
Puno	28.9	26.5	24.2	22.3
SELVA				
Amazonas	32.4	29.0	26.9	24.9
Loreto	33.7	30.0	27.3	25.2
Madre de Dios	28.8	25.4	23.1	21.3
San Martín	26.8	24.2	22.1	20.3
Ucayali	31.7	28.2	25.4	23.0

Entre los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005, la mayoría de los departamentos tendrán reducciones de sus TBN por debajo del 10.0%. En tanto, los departamentos que registrarán las más pequeñas reducciones relativas en la TBN serán Callao, Arequipa y San Martín.

Hacia el quinquenio 2010-2015, los departamentos que seguirán manteniendo TBN mayores a 20 por mil serán Piura (20.7) en la Costa, todos los de la Sierra, excepto Ancash (19.3) y Arequipa (16.1), y todos los de la Selva.

Por un lado, Lima, Callao, Tacna y Moquegua, tendrán las TBN más bajas del país, entre 13.8 y 15.4 nacimientos por cada mil habitantes y, habrá otros departamentos como Huancavelica (28.6) y Apurímac (25.5), que alcanzarán las TBN más elevadas.

2.2.6 Situación De Las Enfermedades Transmisibles, Maternas Perinatales y Nutricionales

El grupo de enfermedades transmisibles, maternas perinatales y nutricionales registraron una tasa de mortalidad de 192.4 muertes por mil habitantes, dos veces menor a la presentada en el año 1987. Las infecciones respiratorias agudas, la septicemia y la tuberculosis con tasas de 111.6, 27,6 y 11 respectivamente, son las que producen la mayor mortalidad en este grupo. Las infecciones intestinales y las inmunoprevenibles son las que experimentaron una reducción importante de 10 veces entre 1987 y 2000.¹⁷

2.2.6.1 Morbimortalidad Materno Neonatal

De una razón de mortalidad materna de 265 por mil nacidos vivos en 1993 se redujo a 185 en 1997 y a 103 en el 2006.¹⁸ La mortalidad materna en el país presentó un descenso a 93 x 100,000 nacidos vivos según la “ENDES Continua - 2010”, como resultado de las intervenciones, acciones y estrategias orientadas a reducir las posibilidades de embarazo no planificado, las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y el énfasis en el parto institucional con enfoque de género, interculturalidad y equidad en poblaciones pobres y de extrema pobreza.

Sin embargo, el Perú continúa teniendo una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina. Según la OMS se considera una RMM baja la que se encuentra por debajo de 20, media entre 20 y 49, alta la que se ubica entre 50 y 149 y muy alta la que está por encima de 150. Se puede apreciar la distancia que llevan al Perú países como Uruguay o Chile que registran una RMM de 26 y 27 respectivamente y en estudios recientes, la RMM en Chile habría descendido a 18 por mil nacidos vivos. La situación es aún peor si se compara con países como Canadá y Estados Unidos, que presentan cifras inferiores a 9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.¹⁹

En el Perú la mortalidad materna combina determinados factores concomitantes, factores de riesgo y causas. Entre los factores concomitantes están la pobreza, el analfabetismo, el bajo estatus de la mujer, falta de higiene, mala nutrición, ruralidad y problemas de transporte, deficientes servicios médicos inadecuados. Entre los Factores de riesgo edades extremas, multiparidad, intervalo intergenésico corto, falta de atención prenatal. En cuanto a las causas son varias pero en orden de importancia están las hemorragias con 24%, causas indirectas 20%, sepsis 15%, preclampsias y eclampsias, 13%, complicaciones del aborto 13%, causas directas 8% y parto obstructivo 7%.²⁰

En el 2010 murieron 452 madres, mientras que a la quinta semana del 2011 ya habían fallecido 32. En su mayoría son madres adolescentes, que tienen limitado

¹⁷ ASIS 2010, DGE, MINSA, p 97

¹⁸ ASIS 2010, DGE, MINSA P 40

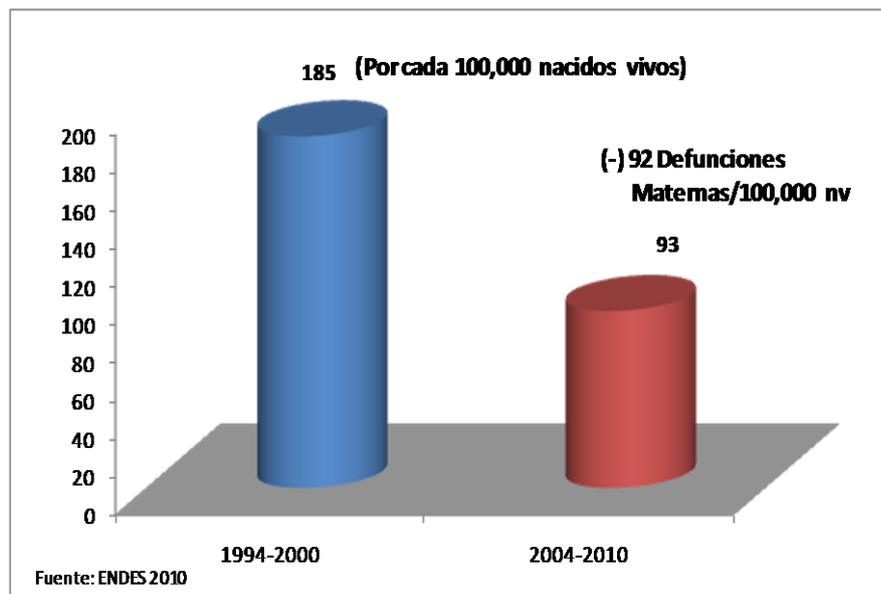
¹⁹ Mortalidad Materna en América Latina, Centro Latino-Americano en Sexualidade e Dereitos Humanos CLAM <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=8676&sid=21>

²⁰ Mortalidad Materna y Perinatal en el Perú, Fortunato Mezarina Trujillo <http://inmp.gob.pe/images/archivos/SICAP/Muerte%20Materna.pdf>

su acceso para obtener medios anticonceptivos sin la compañía y consentimiento de los padres. La precaria infraestructura hospitalaria, medicamentos y de servicios adecuados. La mortalidad materna, tienen explicación alrededor de: las altas tasas de embarazo no deseado, altas cifras de aborto inseguro, las características de la población rural dispersa con difícil acceso o demora en llegar a establecimientos de salud, la demora de atención en el establecimiento, la falta de un profesional al momento del parto que pueda evitar las posibles complicaciones cuando se produce el nacimiento del niño o la incapacidad del establecimiento en resolver problemas del parto, la violencia contra la mujer y aspectos culturales que el personal de salud con escasos o ninguna formación sobre las costumbres perinatales de las poblaciones rurales hacen muy difícil su acercamiento.

La gran mayoría de las muertes maternas en el Perú es de causa directa y evitable, y afectan con más frecuencia a las mujeres de los grupos con menores recursos, de menor nivel educativo, con menor acceso a los servicios y con menor capacidad de decidir. Las hemorragias constituyen la primera causa de defunción. Le siguen en orden de frecuencia los cuadros hipertensivos, las infecciones puerperales y el aborto inseguro.

GRÁFICO 8



2.2.6.2 Mortalidad neonatal

La reducción de la mortalidad de la niñez durante los últimos 25 años ha sido mayor que la observada en el mundo, sin embargo, se mantiene la tendencia de una menor reducción de la mortalidad neonatal. En el período 1980-2000 la mortalidad neonatal se redujo en sólo 70% mientras que la mortalidad infantil y la mortalidad en menores de 5 años se ha reducido en 74% y 77% respectivamente, resultando que actualmente la mortalidad neonatal representa el 55% de la mortalidad infantil y el 42% de la mortalidad en menores de cinco años. La última estimación de las tasas de mortalidad neonatal del 2007 muestra

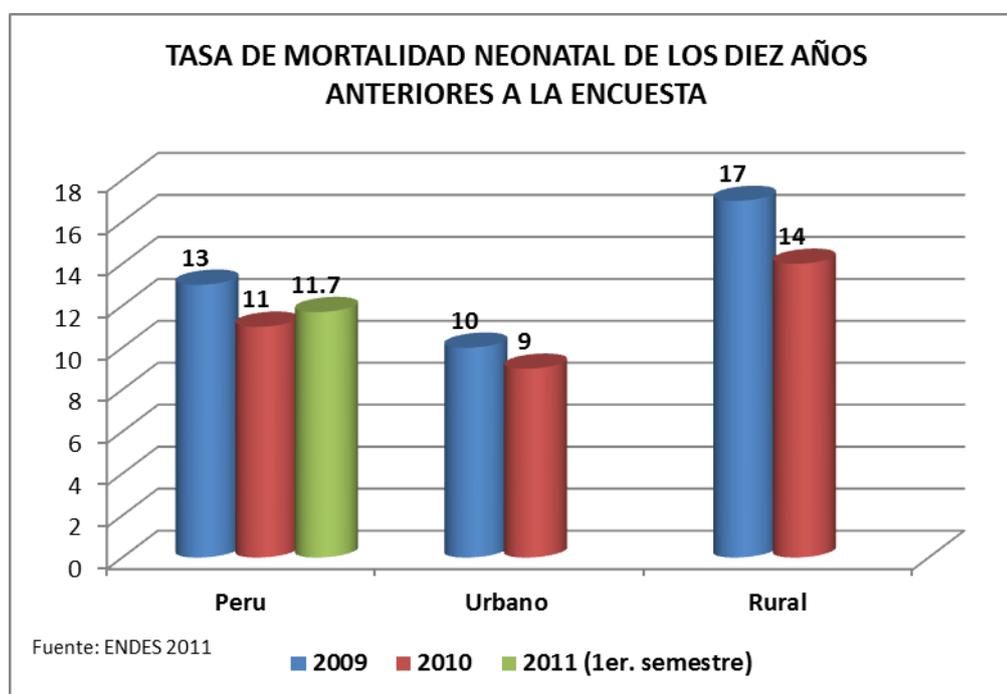
un valor de 11.0 por mil nacidos vivos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las diferencias regionales en los casos de la selva y sierra que muestran valores 2.8 y 2.7 veces mayores que en Lima Metropolitana.²¹

De otro lado, según ENDES 2010, la mortalidad neonatal, se redujo de 13 muertes en el año 2009 a 11 muertes en el año 2010 por cada mil nacidos vivos, asimismo la tasa de mortalidad neonatal urbana fue de 9,0 y la rural de 14,0 (defunciones de niños menores de un mes por mil nacidos vivos).

De acuerdo al lugar de residencia de la madre, los departamentos de Loreto, San Martín y Puno fueron los que presentaron las más altas tasas de mortalidad neonatal (21, 20 y 18 defunciones de menores de un mes por mil nacidos vivos, respectivamente), en tanto que Lima (7), Ica y Lambayeque (9), registraron las tasas más bajas de mortalidad neonatal.

En la ENDES 2011 al primer semestre, revela que la tasa de mortalidad neonatal en el país fue de 11.7 defunciones de menores de un mes por mil nacidos vivos. Estos datos son preocupantes pues parece que la tasa se ha estancado en alrededor de 11.0 por mil nacidos vivos.

GRÁFICO 9



²¹ ASIS, DGE, MINSA, p.41

2.2.6.2 Mortalidad Infantil

A lo largo del período 1950-2000 la mortalidad infantil ha caído drásticamente en el país de un valor cercano a 160 por mil nacidos vivos a 41,1 por mil en el quinquenio 1995-2000. En la práctica habría descendido ligeramente más que lo que se había supuesto en el año 2001. De acuerdo a las estimaciones y proyecciones la mortalidad infantil será de 21,0 por mil nacidos vivos en el quinquenio 2005-2010 y de 10 por mil en el quinquenio 2045-2050. De acuerdo a la tendencia histórica de la tasa de mortalidad infantil y considerando los diferentes programas del MINSA para mejorar la salud materno-infantil, la proyección efectuada por el INEI sugiere el continuo de su valor que llegaría a 20.7 por mil nacidos vivos al 2025 y de 15 por mil al llegar el 2050.²²

CUADRO 9
PROYECCION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
Y DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 2010-2050

Quinquenio	Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	Esperanza de Vida al Nacer (en años)		
		Total	Hombres	Mujeres
2010-2015	25,40	72,53	69,93	75,27
2015-2020	22,60	73,75	71,08	76,55
2020-2025	20,70	74,87	72,14	77,73
2025-2030	18,70	75,59	72,86	78,46
2030-2035	17,20	76,29	73,56	79,16
2035-2040	16,20	76,95	74,22	79,82
2040-2045	15,50	77,56	74,83	80,43
2045-2050	15,00	78,13	75,40	81,00

2.2.6.3 Control Prenatal

El control prenatal destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto, que al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente; tomando en cuenta que las mujeres que no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones.

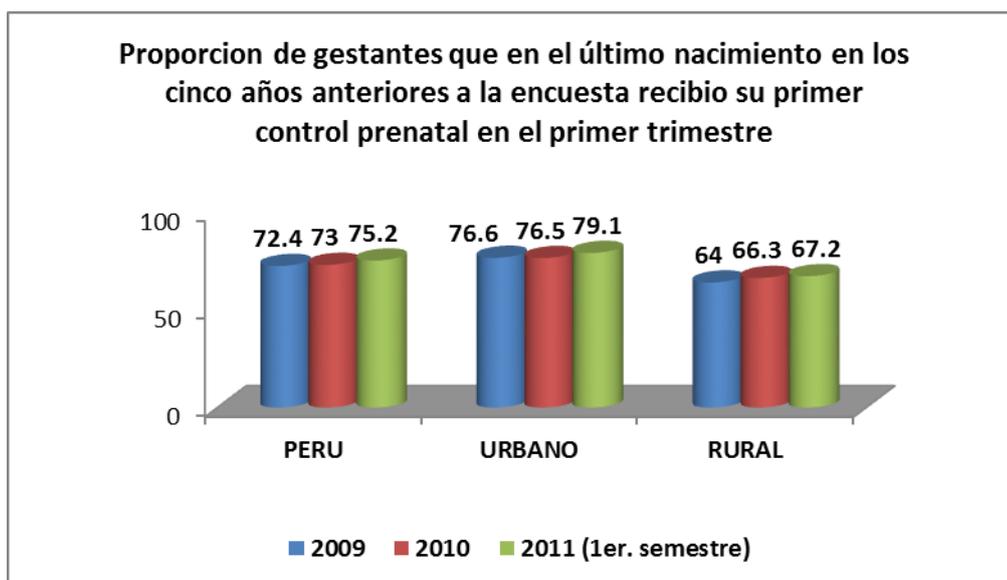
El Ministerio de Salud recomienda que todas las gestantes realicen este control mensualmente hasta las 32 semanas, los siguientes controles hasta la 36 semana deben ser cada quince días, y de la semana 36 en adelante el control prenatal debe ser hecho semanalmente.

Según ENDES 2011 del primer semestre, revela que en el área urbana el 79.1% y en el área rural el 67.2% de mujeres gestantes recibieron su primer control

²² Perú Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050, Boletín de Análisis Demográfico N° 35 , p 26 <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0466/Libro.pdf>,

prenatal en el primer trimestre de embarazo. A nivel nacional, dicha proporción muestra un incremento respecto a la ENDES 2010 (de 73.0% a 75.2%). En tanto, según región natural, entre el año 2010 y el primer semestre 2011, en la Selva se incrementó en 4.4% las mujeres gestantes que recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación, (de 78.6% a 81.4%). Asimismo, en la Costa y en la Sierra el incremento fue de 2.8 y 0.2 puntos porcentuales, respectivamente.

GRÁFICO 10

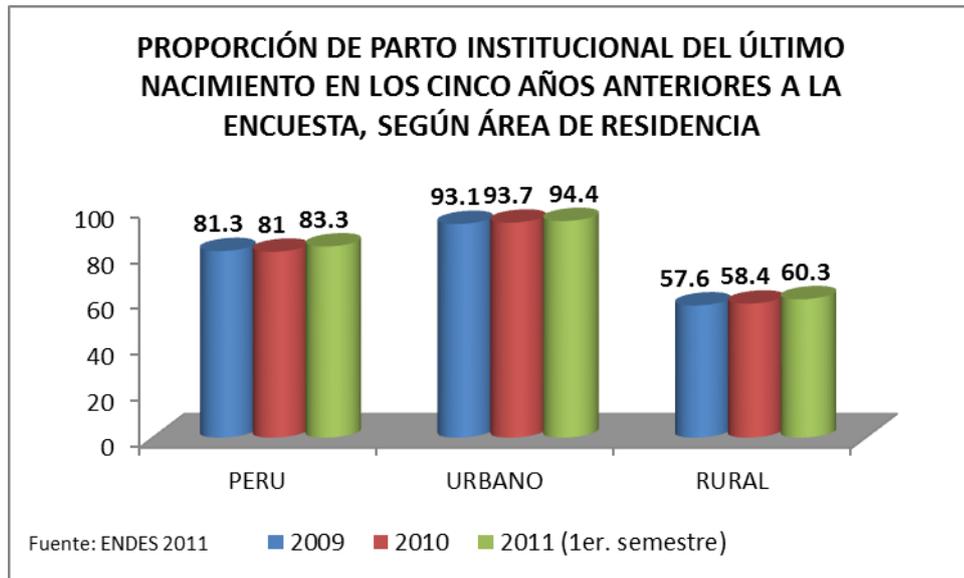


FUENTE: ENDES 2011

El parto institucional constituye aquel parto atendido dentro del Establecimiento de Salud y por personal de la salud (Médico, Enfermera y/o Técnico), donde se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

La proporción de partos institucionales al primer semestre del año 2011 alcanzó el 83.3%, habiéndose incrementado en 2.3% en relación al 2010 (81.0%). En el área urbana el incremento fue de 93.7 a 94.4 % y en el área rural el incremento fue mucho mayor al pasar de 58.4% a 60.3%.

GRÁFICO 11



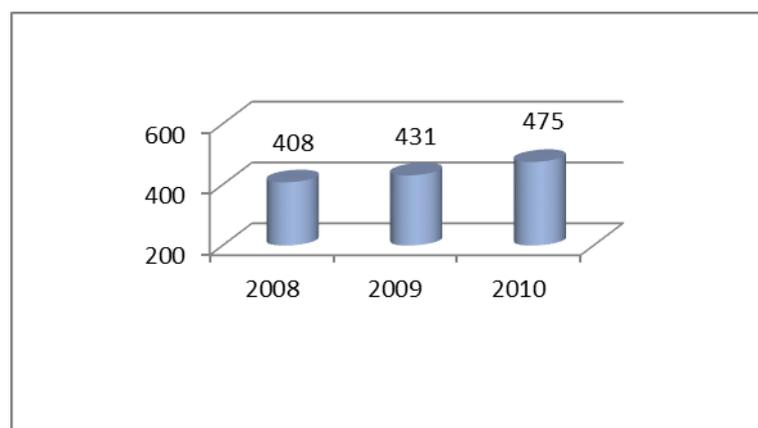
Los elementos claves para incrementar el acceso de la población rural a los servicios de salud y el parto institucional fueron las experiencias exitosas tales como: la adecuación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva, las casas de espera, el acompañamiento de la pareja o familiar durante el parto, el parto vertical, entre otras.

La atención de parto vertical en las zonas rurales del país constituye no sólo una estrategia para el incremento del parto institucional sino para establecer una relación de respeto entre las personas de diversos contextos culturales.

En el año 2006, se tenía en el Perú 322 casas de esperas operativas, cada año se ha incrementado esta estrategia, al año 2010 se cuenta con 475 casas de espera operativas (incremento del 68%) que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales.

GRÁFICO 12

CASAS DE ESPERA OPERATIVAS



La tasa de mortalidad infantil estimada al 2011 es de 22,18 por 1.000 nacimientos, en el caso de los varones se registra una mayor tasa que en niñas.

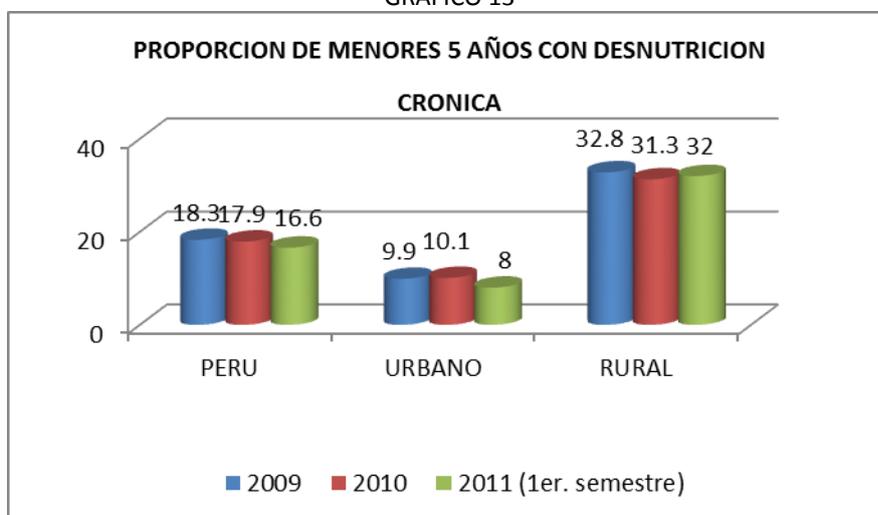
2.2.6.4 Desnutrición Crónica de Menores de 5 Años.

La desnutrición crónica, es uno de los indicadores que mide el nivel de desarrollo de un país. Lograr disminuir la desnutrición crónica infantil contribuirá y garantizará el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), al primer semestre del 2011, revelan que a nivel nacional la desnutrición crónica afecta al 16.6% de los niños menores de 5 años. En el periodo 2007-2010 la desnutrición crónica a nivel nacional ha descendido en 4.7 puntos porcentuales, al pasar de 22.6% a 17.9%, es decir, por cada 100 niñas y niños, cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición. Sin embargo la precitada Encuesta, indica que no se ha logrado avanzar por igual en la lucha contra la desnutrición infantil en las distintas áreas y regiones del país, como es el caso, en las áreas rurales, está se redujo 5.6 puntos porcentuales, al bajar de 36.9% a 31.3% en el periodo 2007 - 2010, aunque en primer semestre 2011 aumento a 32%; mientras que en las áreas urbanas solo se redujo 1.7% al pasar de 11.8% a 10.1% en el mismo periodo 2007 - 2010.

Los departamentos que registraron mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años son: Huancavelica (44.7%), Cajamarca (32.0%), Huánuco (31.0%), Apurímac (30.9%), Ayacucho (30.3%) y Cusco (29.1%). Por otro lado, los departamentos que registran menor índice de desnutrición crónica son: Tacna (2.4%), Moquegua (4.8%), Lima (6.2%), Ica (7.6%), Madre de Dios (7.8%), Arequipa (8.2%) y Tumbes (9.5%).

GRÁFICO 13



2.6.6.5 IRAS Y EDAS

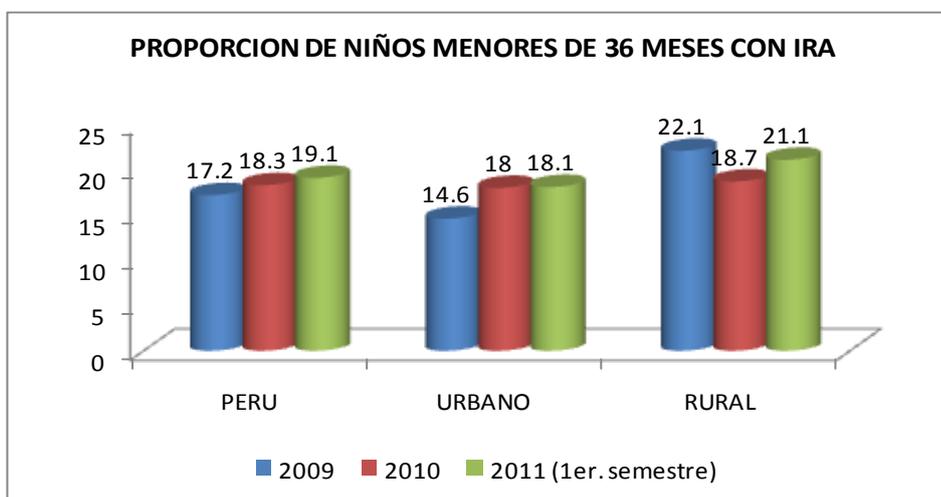
Las infecciones respiratorias agudas (IRA), son causadas por micro-organismos virales o bacterianos, las cuales se incrementan con el friaje. Así mismo, contribuyen a ello los inadecuados hábitos y conductas relacionadas. Las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta en los establecimientos de salud y causan la muerte, especialmente en niñas y niños menores de 36 meses y en personas mayores de 60 años de edad.

Se han alcanzado resultados alentadores en las intervenciones encaminadas a prevenir y controlar la neumonía, especialmente la vacunación, incluido el uso de vacunas contra la infección por neumococo y Haemophilus influenza de tipo B, el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la mejora de la nutrición y el control del crecimiento y desarrollo .

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) al primer semestre del 2011, revela que la proporción de niños menores de 36 meses con IRA ha alcanzado el 19.1%. En el periodo 2007-2010 la proporción de niños afectados por episodios de infección respiratoria aguda (IRA) a nivel nacional, ha disminuido en 5.7%, al pasar de 24.0% a 18.3%. Según los quintiles de estado socioeconómico, la mayor proporción de IRA se encuentra en el primer y segundo quintil con valores del 20,9% y 21,1%, respectivamente, presentando el quintil superior sólo un 11,6% de IRA.

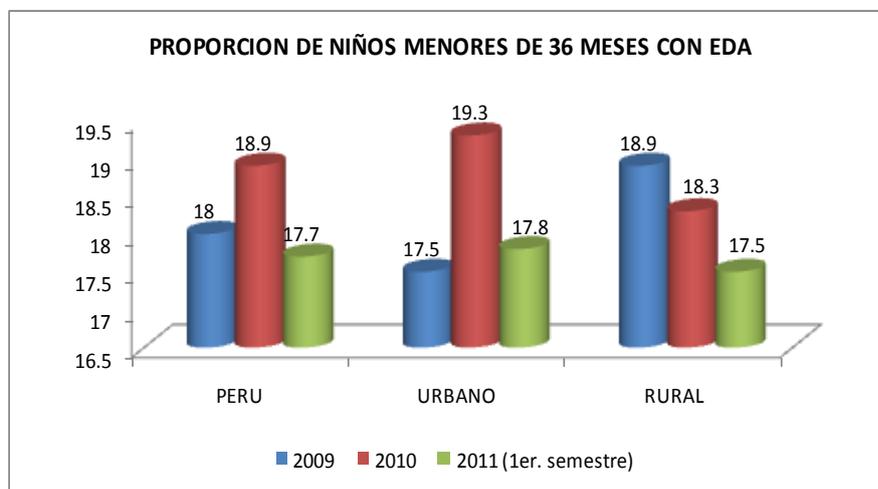
A nivel nacional, la mayor proporción de niños menores de 36 meses de edad con IRA se presentan en los departamentos de Loreto (33.9%), Pasco (30.3%), Piura (25.1%), Huánuco (24.3%) y Ancash (24.1%). Los departamentos que menor proporción de IRA presentan son: La Libertad (9.2%), Apurímac (9.3%), Arequipa (10.1%) y Tacna 11.4%.

GRÁFICO 14



Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) están consideradas entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente de la madre y saneamiento inadecuado. En el periodo 2009 – 2010 la proporción de niños menores de tres años con EDA fue mayor en el área urbana (19.3%) que en el área rural (18.3%); los cuales, respecto a las estimaciones de la ENDES Continua 2009, se evidencia el aumento de 0.9% en la estimación nacional (de 18,0 a 18,9%), como resultado del incremento de 1.8% en el área urbana (de 17.5 a 19.3%) y la disminución de 0.6% en el área rural (de 18.9 a 18.3%). A nivel departamental, la mayor proporción de enfermedades diarreicas se presentan en Loreto (35.4%), San Martín (29.0%), Madre de Dios (27.0%), Amazonas (23.5%) y Pasco (23.3%).

GRÁFICO 15

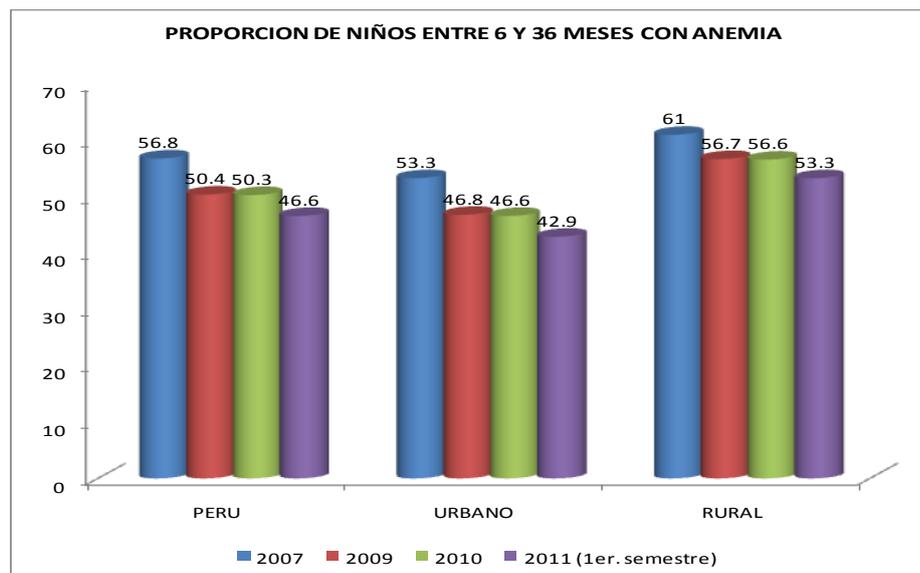


ENDES Continua 2011

La anemia por déficit de hierro, estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre, es una enfermedad que a nivel nacional afecta a uno de cada dos niños menores de tres años en el primer semestre del 2011 (46.6%).

Las estimaciones de la ENDES 2010 y ENDES 2009 revelan que la prevalencia de la Anemia presenta escasa variación, aunque en el primer semestre del 2011 la tendencia es seguir disminuyendo la proporción de niños de 6 meses y 36 meses con anemia. En dicho periodo, en el área urbana disminuyó en 0.2 punto porcentual y 0.1 punto porcentual en el área rural.

GRÁFICO 16



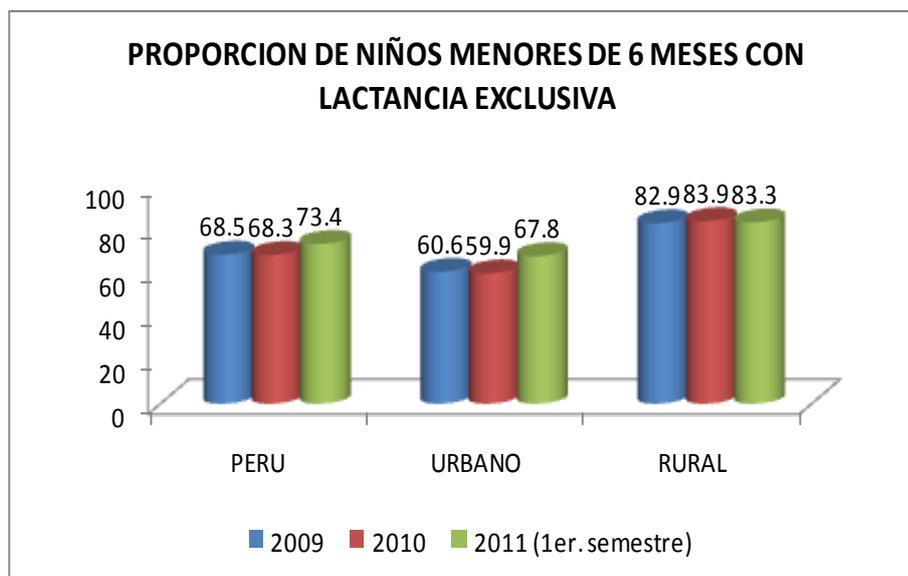
ENDES 2011

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar al niño con sola leche materna, al ser considerada esta como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales del niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza el sistema inmunológico.

La ENDES 2011 al primer semestre, da como resultado que el 73.4% de las madres alimentan a los menores de seis meses con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural con 83,3% que en el área urbana con 67.8%.

Los resultados con la ENDES 2010 muestran que el 68.3% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna y de acuerdo al área de residencia, ésta proporción es mayor en el área rural logrando 83.9% que en el área urbana con 59.9%. A nivel nacional la mayor proporción de menores de seis meses que se alimentan con lactancia materna exclusiva se presentan en los departamentos de Puno (97.3%), Huancavelica (94.7%), Junín (91.5%), Ucayali (87.2%), Apurímac (86.3%), Huánuco (83.4%), Cusco (82.3%) y Ayacucho con 82.0%).

GRÁFICO 17



ENDES 2011

2.2.6.6 Enfermedades Transmisibles

El país debido a una diversidad de factores entre ellos étnicos, geográficos, idiosincráticos económicos y otros; presenta una serie de problemas de salud individual y colectiva como son las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, alguno de ellos con consecuencias epidemiológicas negativas de gran escala como son las endemias y las pandemias los cuales ameritan una serie de intervenciones y medidas preventivas.

2.2.6.6.1 TBC

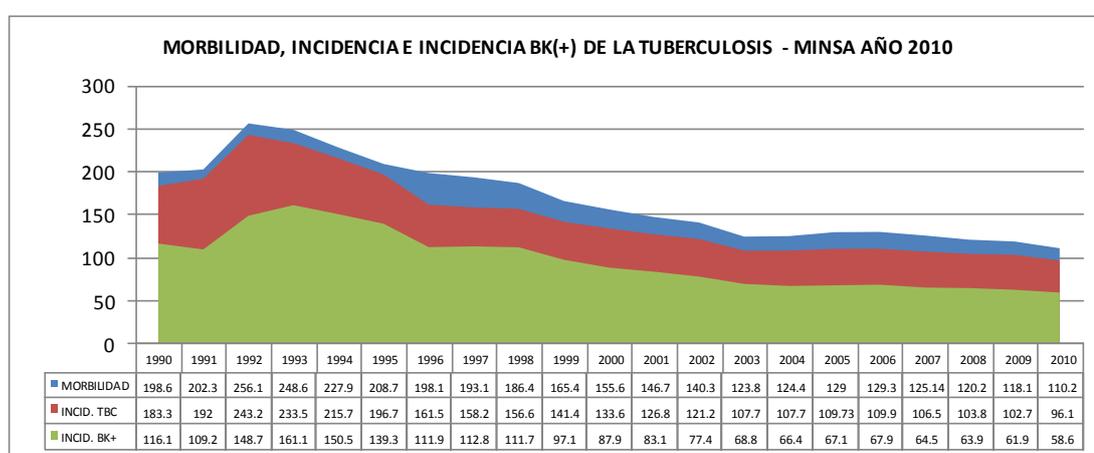
En el Perú cada hora cuatro seis personas se enferman de tuberculosis (TB), esto hace que al año se vean afectados entre 35 000 a 50 000 personas; de todos ellos, el 10% contraen la tuberculosis multidrogo-resistente (TB MDR) que es producida por cepas resistentes a las drogas más efectivas para curar la TB, como son la isoniacida y la rifampicina.²³El país es el segundo país con más alta carga de Tuberculosis en la Región: (32,477 casos en 2010) y el segundo país con más alta tasa de morbilidad e incidencia en la Región (110.2 x100.000 para el 2010). La meta es reducir los casos de tuberculosis en un 10% en forma anual, para ello se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional contra la Tuberculosis (PEM TB 2010 - 2019), tiene como objetivo, disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbimortalidad de esta enfermedad en el Perú, así como sus repercusiones sociales y económicas para los siguientes 10 años y alcanzar para el año 2019, una incidencia menor de 40 casos por 100,000 habitantes.

²³Del Castillo, Hernán, Mendoza-Ticona, Alberto, Saravia, Juan Carlos *et al.* Epidemia de tuberculosis multidrogo resistente y extensivamente resistente a drogas (TB MDR/XDR) en el Perú: situación y propuestas para su control. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, jul./set. 2009, vol.26, no.3, p.380-386. ISSN 1726-4634. Este y los textos siguientes tomados de:

En este sentido, la tasa de morbilidad es de 110 casos por cada 100 000 habitantes, de las 6 regiones que tienen la mayor tasa de morbilidad, 4 de ellas están ubicada en el departamento de Lima los cuales son: Lima Este, 225, el Callao 143, Lima Ciudad 141, y Lima Sur 137 casos por cada 100 000 habitantes. Las otras regiones son Ucayali (173/100 000) y Madre de Dios (147/100,000).

En números absolutos el año 2010 fueron diagnosticados 26,478 enfermos de TB (en todas sus formas). La distribución de estos casos de TB no es homogénea en el territorio nacional, observándose concentraciones significativas, asociadas a las características de desarrollo urbano en donde conviven los sectores de mayor concentración de pobreza cercanos a los de mayor desarrollo económico.

GRÁFICO 18



Fuente: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis /DGSP/MINSA/PERU

En el país se han hecho notables avances en cuanto al diagnóstico y seguimiento de casos en especial en lo relacionado a pruebas de sensibilidad, que permiten identificar los casos MDR y XDR en todo el país, y por lo tanto el inicio de su tratamiento de forma inmediata.

Para el tratamiento de la tuberculosis, los pacientes reciben los medicamentos totalmente gratis, son financiados por el Estado, el costo del tratamiento de la TB simple por paciente dura seis meses y es de 40 dólares; incrementándose notablemente en los casos de TB resistente (MDR), cuyo costo es de 4 mil dólares en un proceso mucho más complejo y que se realiza en un plazo de dos años.

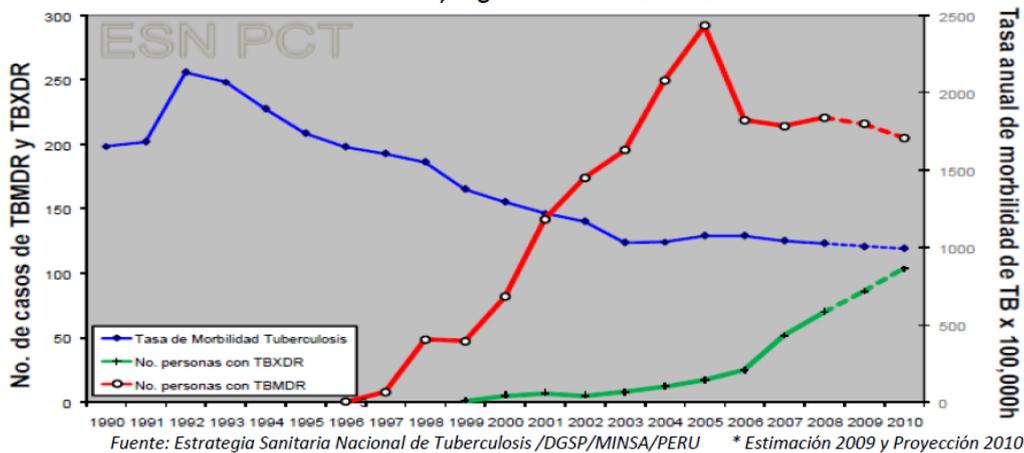
En el Perú para el año 2009 con el esquema 1 de tratamiento, se ha logrado la curación del 89.1% de los casos nuevos de TB, el 6.3% ha abandonado el tratamiento, el 1.1% han sido fracasos y el 2.7% han fallecido.

En la ciudad de Lima se encuentra el mayor número de pacientes multidrogo resistente, (82 %de casos de TB MDR y 93 %de casos de TB XDR del total de casos del país. Las deficiencias en el control provocan un aumento en la tuberculosis

multidrogo resistente, cuyo tratamiento es mucho más costoso y complejo, y nos recuerdan el riesgo constante de sufrir nuevos reveses. La comunidad internacional ha fijado el objetivo del acceso universal a los servicios de prevención y tratamiento de todas las formas de tuberculosis, en adultos y niños, y en las personas que viven con el VIH/SIDA.

Ante los casos de tuberculosis extremadamente resistente (TB XDR) que se registran en el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) incluirá un nuevo tratamiento como parte del Plan Multisectorial de Intervención en TB XDR en el Perú 2010-2011. La finalidad es fortalecer el manejo programático del mal en el país, según lo establece la Resolución Ministerial N° 579-2010, que modifica la norma técnica de salud para el control de la tuberculosis en el capítulo de tratamiento.

GRÁFICO 19
Tasa Anual de Morbilidad de Tuberculosis, No. de casos en tratamiento TBMDR y No. de casos de TBXDR, según año. Perú 1990-2010*



2.2.6.6.2 VIH-SIDA

La prevalencia nacional del VIH en adultos ha permanecido en torno al 0,5% [0,3 -0,6%] desde la década pasada, 2000 (ONUSIDA, 2006). La transmisión materna infantil del VIH disminuyó drásticamente a partir de 1997, desde una estimación del 16% a nivel nacional en 1997 hasta menos del 4% en 2002. Al mismo tiempo, el acceso generalizado a la terapia anti retro vírica redujo a la mitad las tasas de mortalidad por SIDA entre 1996 y 2002.

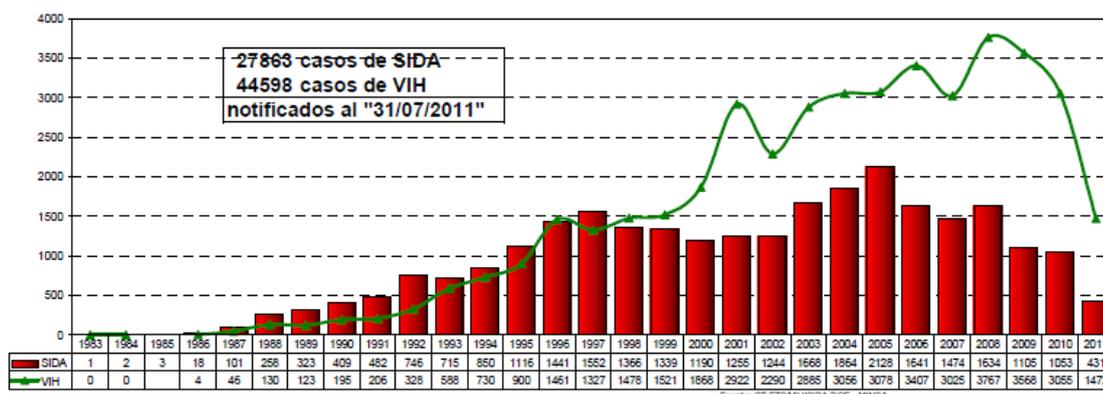
La epidemia del VIH/SIDA ha afectado en el país a los departamentos más densamente poblados de la Costa y Selva, siendo los de mayor incidencia en los últimos años de casos acumulados de SIDA: La incidencia acumulada es la probabilidad que tiene una persona determinada de desarrollar una determinada enfermedad en un periodo determinado. Los departamentos que tienen una mayor incidencia acumulada por cada 100 000 habitantes, son: Lima, Tumbes y Madre de Dios mayor a 134, entre 48 y 134 están los departamentos de Loreto, Lambayeque, Ancash, Ica, Arequipa Moquegua y Tacna.

La Dirección General de Epidemiología (DGE) del MINSA, ha registrado la notificación de 27 863 casos de SIDA y 44 598 infecciones por VIH notificados a

Julio del 2011, en el año 2010, la incidencia fue de 1053 nuevos casos de SIDA y de 3055 nuevas infecciones por VIH. Hay una disminución muy importante en relación a la incidencia tanto de los casos de SIDA y de casos de VIH en los últimos 4 años.

GRÁFICO 20

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ (Notificación a la semana 35 - 2011)



Fuente: Situación del VIH/SIDA en el Perú * Boletín Epidemiológico Mensual. DGE-MINSA

De todos los casos notificados de SIDA, el 97% de los casos el contagio fue por vía sexual. El 70.6% de los casos de SIDA se localizan en Lima y Callao. La proporción en el 2000 fue que por cada mujer diagnosticada por SIDA existe 3 hombres, para el año 2010 la razón fue de 3.18.

Se ha estimado que entre 11.400-20.200 jóvenes (15-34 años) viven con VIH, pero solamente el 55% por ciento de ellos cuentan con el acceso al conocimiento, información y educación sobre el VIH y sobre cómo protegerse del riesgo de contraerlo. La prevalencia de VIH llega a 10.8% en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La población transexual es la más afectada (diferentes estudios estiman una prevalencia de VIH del 32%). Las trabajadoras sexuales y sus clientes son también grupos afectados por la epidemia.

2.2.6.6.3 Hepatitis B²⁴

La infección por hepatitis B es un problema de salud pública a nivel mundial. El Perú, ubicado en una zona de endemidad intermedia, no es ajeno a esta realidad. Se estima que el Perú puede tener hasta un millón cien mil habitantes infectados con el virus de Hepatitis B, es decir dada la proyección de población al 2012 de 30´135,875 se está estimando que el 3.65% de la población sufre de esta dolencia lo que coloca al país en uno de los primeros lugares en mortalidad por cáncer al hígado por hepatitis B en Latinoamérica.

De acuerdo a expertos hay un sub-registro (casos no diagnosticados) con relación a la información de personas con hepatitis B. Esta enfermedad puede tener efectos devastadores sobre el hígado, incluyendo la insuficiencia hepática aguda,

²⁴ Hepatitis B en el Perú, Hepatitis 2000 <http://www.hepatitisc2000.com.ar/hepatitis-b-en-peru/>

cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. Durante la infección aguda en los pacientes puede presentarse falla hepática hasta en un 0,5%, que en la mayoría de casos suele ser mortal. Alrededor del 10% de los adultos infectados desarrollarán hepatitis crónica; este riesgo se incrementa si se trata de niños que adquirieron la infección en el período perinatal, de los cuales puede llegar hasta el 90%.

Según datos registrados en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN) cerca del 80% de las muertes por cáncer al hígado se producen por este virus. La mayor frecuencia de cáncer al hígado que observamos en el INEN se presenta entre los 20 y 45 años de edad. Se afirma que este virus es más contagioso que el VIH. Muchos pacientes que ingresan con otros tipos de cáncer se enteran que tienen cáncer al hígado (hepatocarcinoma) o cirrosis hepática por hepatitis B cuando les realizan pruebas de sangre previas al inicio de la quimioterapia.

Debido a su silenciosa forma de actuar en el organismo durante años, este virus sigue siendo un gran desconocido entre la población, por lo que muchos pacientes acuden al médico especialista demasiado tarde, cuando las complicaciones ya han aparecido, la mayoría de las personas portadoras, ignoran que han sido infectadas por este virus.

Este virus es uno de los agentes generadores de cáncer más potentes que se conoce en seres humanos. En un estudio realizado en el 2005 en el Hospital Guillermo Almenara se encontraron 51 pacientes con cáncer primario de hígado. El 72% de los cánceres estuvieron asociados a virus B. Sólo el 6% estuvo asociado a virus C y el 12% fue por otras causas. Si uno compara este estudio con uno realizado en entre 1979 y 1985 en el que se encontraron 44 casos podría decirse que la incidencia de cáncer de hígado está aumentando.

Un estudio realizado en la Unidad de Hígado del Rebagliati, la primera Unidad de Hígado creada en el país, señala que de los 426 casos con cirrosis hepática ingresados desde el 2002 al 2004, la quinta parte fueron por hepatitis B. Estos pacientes tenían una función hepática muy deteriorada que se caracterizó por la presentación de algunas complicaciones tales como acumulación de líquido en el abdomen (ascitis), sangrado gastrointestinal agudo secundario a várices esofágicas y gástricas, además de alteraciones neuro-psiquiátricas como la encefalopatía hepática, coagulopatía, etc. En estudios en grupos de riesgo, las guarniciones militares en zona de selva han reportado brotes e identificado al HBsAg hasta en 43,2% de su población. En trabajadoras sexuales, los estudios muestran prevalencia en los marcadores de 51,5 a 89,3%. En personal de salud, se reportó el HBsAg entre 0 y 7,8%, teniendo los servicios de banco de sangre, nefrología, odontología y gastroenterología, mayor número de casos.²⁵

²⁵Julio Mayca P ¹; Raúl Vallejos R ²; Hepatitis B en el Perú: Revisión 1970-2002, ¹ Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. Ministerio de Salud. Lima, Perú. ² Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Sin embargo se tienen avances muy importantes para el manejo de la enfermedad y la recuperación de los pacientes con Hepatitis B. Los especialistas coinciden en que la llegada al Perú de medicamentos de última generación, representa una alternativa muy importante para los portadores de hepatitis B.

2.2.6.6.4. Malaria y Dengue

La malaria, es una enfermedad de gran importancia en salud pública por las altas tasas de morbilidad y porque afecta la salud y la economía de la población peruana, generalmente en las regiones de selva amazónica y selva central. El área malarígena en países endémicos se caracteriza por presentar altas temperaturas y humedad relativas, con pocas variantes diarias que permiten la supervivencia de los mosquitos como consecuencia de la transmisión y persistencia de la enfermedad.

En la actualidad a nivel del país se han notificado 15 936 casos de malaria acumulados de los cuales 14 350 corresponden a infecciones por P. vivax, 1 586 infecciones por P. falciparum.

Los casos de malaria por especie y por año comparado hasta la semana 35 de notificación en el periodo 2007 al 2011, hay una tendencia decreciente frente a la incidencia de nuevos casos desde el año 2007, así el 2010 se ha notificado 16 746 infecciones P. vivax y 1601 infecciones de P.falciparum, para el año 2011 se reportó 14,350 y 1,586 infecciones por P. vivax, P.falciparum, respectivamente.

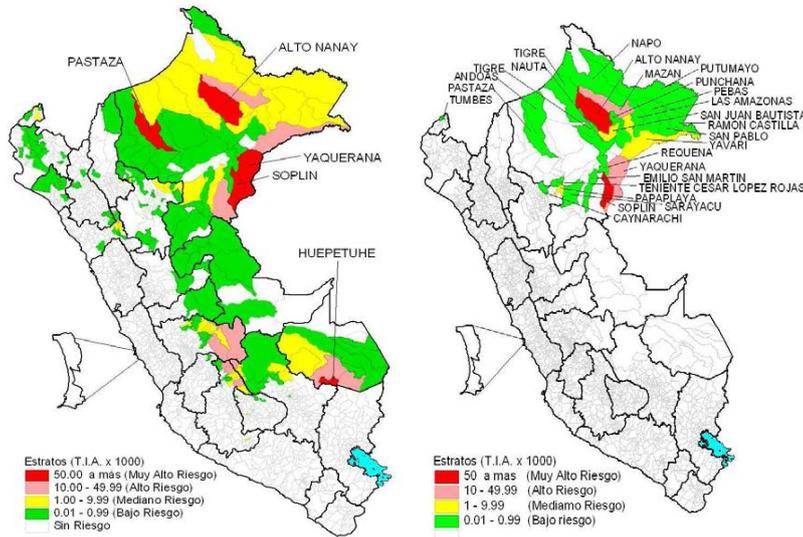
CUADRO 23

Casos de Malaria por Especies y por años Comparado hasta la Semana 35, 2007-2011					
Tipo Dx	2007	2008	2009	2010	2011
P. Vivax	33,627	27,059	25,429	16,746	14,350
P.Falciparum	6,262	3,183	3,026	1,601	1,586
Notificados	39,889	30,242	28,455	18,347	15,936

Las regiones con mayor incidencia acumulada (La probabilidad que tiene una persona determinada de desarrollar una determinada enfermedad en un periodo determinado), se encuentran principalmente en la selva del Perú, así tenemos las Provincias de Pastaza, Alto Nanay y Scoplín con un nivel muy alto riesgo para contraer la malaria por plasmodiumfalciparum y vivax.

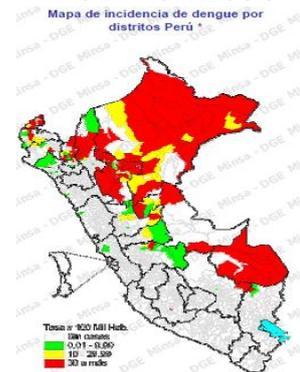
MAPAS DE DISTRIBUCIÓN 1 y 2

Casos de Malaria Perú, al 2010 Malaria por *P. Vivax* Malaria por *P. Falciparum*



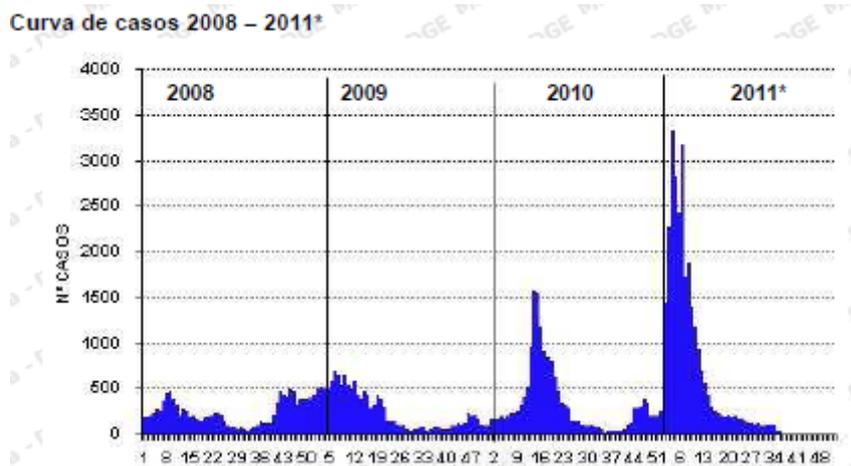
La notificación de casos de Dengue en el Perú, hasta la SE 35-2011, fue de 35, 066 notificaciones, de los cuales 7,481 fueron descartados. El acumulado de los casos (entre confirmados y probables) es de 27,585 casos de Dengue Clásico de los cuales el 85.6% (23,616) son casos confirmados y el 14.4% (3,969) fueron como casos probables. Los casos autóctonos se presentaron en 17 regiones del país, de estos el 92% de los casos se concentran en 3 regiones: Loreto quien concentra el 81% del total de casos de dengue, San Martín el 5.9% y Madre de Dios el 5.9%.

MAPAS DE DISTRIBUCIÓN 3



Fuente DGE, MINSA

GRÁFICO 21



Fuente: DGE, MINSA

2.2.6.6.5 BARTONELLOSIS Y CHAGAS

La Bartonellosis es una enfermedad infecciosa, transmitida por la picadura del mosquito hembra del género *Lutzomyia*, el mismo que habita en diferentes valles interandinos del país, siendo los valles principales aquellos de los departamentos de Ancash, La Libertad, Cajamarca, Amazonas y en Lima. El año 2011 se ha notificado 408 casos, de los cuales 148 fueron confirmados y 177 fueron casos probables, 83 fueron descartados y se produjeron 2 defunciones.

MAPAS DE DISTRIBUCIÓN 4



Fuente: DGE, MINSA

GRÁFICO 22



Fuente: DGE, MINSA

No se han registrado casos agudos de enfermedad de Chagas transmitidos por T. Infestans en los últimos años. Se ha alcanzado la Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas en la Región Tacna en el año 2009 y en setiembre 2010 en la región Moquegua.

La región Arequipa hasta la fecha muestra la interrupción en cuatro distritos los que reportaban densidades de infestación triatómica alta y que fueron priorizados en la intervención. La vigilancia serológica en mujeres gestantes y el seguimiento, reporta “cero” reactivos en los Recién Nacidos de madres de áreas endémicas y/o seroreactivas.

En ese sentido, Chagas pasa de ser una enfermedad desatendida a una atendida e interrumpida, lo cual es la muestra de que “atendemos todos los retos y buscamos garantizar mejor calidad de vida de los peruanos”.

La interrupción significa que el número de Chirimachas, vector que transmite la enfermedad, ha sido reducido a su mínima expresión y que actualmente no representa un riesgo para la salud pública de la Región, esto en respuesta a las acciones de prevención y control desarrolladas por el sector Salud, gobierno regional y local, así como por la población con el apoyo de la OMS/OPS.

2.2.6.6.6 DAÑOS Y LESIONES OCASIONADAS POR FACTORES EXTERNOS

Bajo esta clasificación se agrupan daños y lesiones ocasionadas por accidente de tránsito o transporte, disparo de arma de fuego, ahogamiento o sumersión,

estrangulamiento, ahorcamiento, exposición a corriente eléctrica, contacto con sustancias calientes, agresiones con objetos punzocortantes, caídas de altura, inhalación o ingesta de alimentos u objetos que causan obstrucción respiratoria, exposición a humos, fuego o llamas, contacto traumático con serpientes y alimañas, envenenamiento, exposición a productos o residuos tóxicos, entre otros.

En 2005 se registró el mayor número de este tipo de eventos con 11,248, y, de ahí ha registrado un comportamiento errático pero debajo del pico.

CUADRO 15

DAÑOS Y LESIONES POR FACTORES EXTERNOS							
Edades	0-11	12-17	18-29	30-50	60>	No especificado	Total por Año
Años							
2005	1,972	578	2,057	3,841	2,800	2	11,248
2006	1,541	453	1,681	3,172	2,658	1	8,506
2007	1,417	503	1,998	3,638	2,218	10	9,783
2008	1,081	470	1,831	3,547	1,747	13	8,689
2009	1,158	480	1,880	3,422	1,833	10	8,783
Totales	7,166	2,484	9,447	17,620	10,256	36	47,009

Elaboración propia sobre la base de información proporcionada por la OGEI, MINSA

De acuerdo a estos datos el grupo más expuesto a daños y lesiones, dando cuenta del 37.4% de los afectados es el grupo entre los 30-50, seguido por los de la tercera edad.

2.2.7 Situación de las Enfermedades no Transmisibles

El estudio nacional de carga de enfermedad y lesiones en el Perú ha mostrado la transición demográfica y epidemiológica que ocurre en la población peruana. Esta muestra un nuevo orden de prioridades que se caracteriza por cambios de las causas de muerte que pasan de las enfermedades infecto-contagiosas a las crónico-degenerativas.

Esto se atribuye principalmente a una transición demográfica que se caracteriza por mayores tasas de supervivencia de lactantes y niños e incremento de la edad promedio de la población, en consecuencia se intensifica la exposición a factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y los accidentes.²⁶

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú es mayor que por enfermedades transmisibles, constituyendo causas principales de muerte, enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular (ACV), hipertensión arterial (HTA), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM).

²⁶Textos tomados de: Velásquez, Anibal; Seclény, Poquioma E, Cachay C, Espinoza R. Munayco C. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú: Ajustado con datos nacionales de morbilidad y mortalidad. MINSA/USAID

Se estima que en las próximas décadas en el Perú ocurrirá un incremento notable de la población adulta y de las tasas de morbilidad por enfermedades crónicas.

Diversos estudios han demostrado, por otro lado, que la DM, la intolerancia a la glucosa, la HTA, el tabaquismo y la hipercolesterolemia son factores de riesgo para enfermedad coronaria y ACV en población adulta

2.2.7.1 Hipertensión Arterial

La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica o de ambas. En la población adulta (Mayor o igual a 20 años) se considera hipertensión cuando la presión sistólica es igual o mayor a 120 mm Hg o la diastólica es mayor o igual a 80 mm Hg.

El diagnóstico se establece con uno o dos valores anormales y al menos en dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial pueden asociarse factores de riesgo cardiovascular o compromiso clínico o sub-clínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos).

Uno de cada cinco peruanos presenta hipertensión siendo el sobrepeso y la obesidad el factor de riesgo modificable más frecuentemente asociado. Ocho de cada diez personas con hipertensión no tienen síntomas, mientras dos sí pueden tener dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos y sangrado nasal.

La promoción de estilos de vida saludables, principalmente una dieta adecuada, actividad física y bajo consumo de sal contribuirán a su menor prevalencia. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno disminuirán las complicaciones de los daños no transmisibles.

CUADRO 25

CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL POR ETAPAS DE VIDA SEGÚN DEPARTAMENTO. MINSA - 2009						
DEPARTAMENTO	ETAPAS DE VIDA					TOTAL
	00 - 11a	12 - 17a	18 - 29a	30 - 59a	60a y +	
AMAZONAS	49	18	86	1576	4277	6006
ANCASH	32	10	100	1596	4694	6432
APURIMAC	23	23	75	986	3054	4161
AREQUIPA	101	59	404	5018	11291	16873
AYACUCHO	18	15	104	1033	3262	4432
CAJAMARCA	174	51	330	4346	11159	16060
CALLAO	69	64	289	6999	13798	21219
CUSCO	58	48	159	2057	4016	6338
HUANCAVELICA	10	2	60	812	2475	3359
HUANUCO	36	22	106	1179	1838	3181
ICA	69	153	1652	4064	4947	10885
JUNIN	22	16	86	1165	3238	4527
LA LIBERTAD	140	85	345	6390	15883	22843
LAMBAYEQUE	81	240	2870	4546	6352	14089
LIMA	599	617	3770	35165	80269	120420
LORETO	170	69	221	2843	4431	7734
MADRE DE DIOS	2	1	35	377	598	1013
MOQUEGUA	10	4	40	653	1310	2017
PASCO	10	7	39	381	582	1019
PIURA	169	114	1032	5639	8242	15196
PUNO	19	19	112	1001	2963	4114
SAN MARTIN	46	33	174	2206	4001	6460
TACNA	15	12	98	1350	2624	4099
TUMBES	10	6	61	671	1165	1913
UCAYALI	50	28	169	2638	3921	6806
IGNORADO	1	0	0	33	62	96
TOTAL	1983	1716	12417	94724	200452	311292

Fuente: Sistema Integral de Inteligencia Sanitaria) Centro Nacional de Salud Pública-INS

2.2.7.2 Obesidad²⁷

La población escolar en una sociedad es de sumo interés en la Salud y Nutrición Pública de un país y más si se tiene en cuenta que en esta edad se forman hábitos y costumbres que proyectaran una vida saludable o un problema de salud pública. El sobrepeso y la obesidad es una patología compleja, involucra

²⁷ www.nutrinet.org; Director Ejecutivo de Vigilancia Alimentaria y Nutricional del Instituto Nacional de Salud del Perú

componente genético, ambiental, entre otros, caracterizado por un desbalance energético positivo entre la cantidad de calorías ingeridas y las utilizadas. La persistencia de este estado en el crecimiento y desarrollo del escolar puede llevar a efectos sobre su morbilidad y mortalidad en la edad adulta. Además de los efectos mencionados, la obesidad está asociada a problemas de depresión, pérdida de autoestima y alteración de la imagen corporal.

El ingreso del niño a la pubertad trae diferentes cambios hormonales representados por un cambio acelerado en el crecimiento y la variación en la forma corporal. Se ha encontrado una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 en adolescentes obesos.

De persistir los signos y síntomas de esta patología podría desarrollarse, graves enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares que son actualmente las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo.

En el Perú, mediante el estudio de Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2005, se observó que el 11,2% de los adolescentes a nivel nacional presentaron sobrepeso; mientras que a nivel departamental Lima (17,24%) y Tacna (18,34%) mostraron las mayores prevalencias de sobrepeso.

Cabe resaltar que las prevalencias de sobrepeso en adolescentes se aprecian una diferencia a favor del área urbana, siendo esta aproximadamente de 6 puntos porcentuales. Al explorar en los departamentos vemos que las mayores prevalencias de sobrepeso para el área urbana se presentan en los departamentos de Lima 22,32% y Moquegua 21,08%, para el área rural se aprecia que los departamentos que tienen las mayores prevalencias son dos Madre de Dios con 14,97% y Tacna con 19,07%.

Ante esta cuadro preocupante, se debe tomar la iniciativa de prevenir que esta situación del sobrepeso y obesidad en escolares deberá realizarse actividades de promoción y prevención que favorezca la creación de hábitos de alimentación saludable, así como también fomentar la actividad física oportuna, más si los escolares pueden ser los mejores interlocutores de generar una corriente social de prevención del sobrepeso y obesidad en su comunidad.

2.2.7.3 Diabetes Mellitus

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

2.2.7.4 Neoplasias Malignas

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

El **cáncer del cuello uterino** tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual por realizar oportunamente controles de detección temprana con el PAP, ácido acético o lugol; en las naciones desarrolladas que cuentan con programas de detección temprana la incidencia y mortalidad ha declinado en forma significativa. Además hoy se cuenta con la vacuna contra el virus del papiloma humano cuya vacunación se viene aplicando en niñas menores de 12 años. Sin embargo la vacuna no protege contra todas las neoplasias malignas del cerviz uterino.

El **cáncer de colon-rectal** se presenta en el 95% de los casos en individuos mayores de 50 años y la edad media en el momento del diagnóstico se sitúa hacia los 70 años. Los principales síntomas de comienzo son las alteraciones del ritmo intestinal durante las últimas semanas, el dolor abdominal y la rectorragia persistente sin síntomas anales. En la mayoría de los casos suelen ser insidiosos. Se requiere extender la práctica periódica a partir de los 40 años de realizar la prueba de Thevenon y de resultar positiva proceder con un análisis más profundo.

El **cáncer de mama** es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos principales de cáncer de mama, el carcinoma ductal—el más frecuente—que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna. Hoy los equipos para realizar mamografías están plenamente al alcance de los prestadores de salud, el problema está en la falta de personal capacitado para realizar las pruebas y determinar los resultados. La detección temprana continúa siendo la mejor manera de abordar este problema sanitario de la mujer.

La detección temprana del **cáncer de próstata** es muy baja, ya que los pacientes por lo general llegan con enfermedad avanzada; esporádicamente se realizan campañas de cribado del cáncer de próstata que permiten detectar esta enfermedad en estadios tempranos. Las tasas de incidencia y mortalidad varían de país en país; probablemente hay un sub-registro en el país, al no contar con registros que muestren la incidencia general.

Lo cierto es que no hay órgano que no sea afectado por algún tipo de neoplasia maligna pero los de mayor prevalencia son los de la mama, cuello uterino, estómago, próstata, piel y colon. El cáncer puede presentarse a muy temprana edad como de muestra en una de los siguientes cuadros pero es notoria que su mayor incidencia ocurre en los grupos de edad de los 30 a 59 y el de 60 y más.

TABLA 18

CASOS DE TUMORES MALIGNOS ORDENADOS POR ETAPAS DE VIDA 2009					
	0 a 11	12 a 17	18 a 29	30 a 59	60 y más
Mama	104	150	705	10,387	3,430
Cuello Uterino	2	32	813	7,431	2,540
Estomago	28	17	229	2,615	4,570
Próstata	1	7	56	704	6,275
Piel	148	96	328	1,770	3,846
Colon	16	15	182	1,808	2,412
Ovarios	5	39	255	2,094	826
Pulmón	14	16	91	1,390	1,822
Recto	6	2	54	669	780
Hígado	30	43	92	610	746
Vesícula Biliar	5	4	18	372	581
Páncreas	20	12	28	314	573
Huesos	106	144	103	293	201
Encéfalo	68	45	107	364	180
Riñón	5	9	15	390	473
Testículos	12	34	260	369	120
Vejiga	4	1	7	156	478
Esófago	20	5	29	164	402
Intestino Delgado	4	2	13	79	75
Total	1,598	979	3,385	31,981	30,380

Elaboración propia a base de información Oficina de Estadísticas MINSA

2.2.7.5 Enfermedades Neuropsiquiátricas

Según la definición propuesta por la OMS la salud mental es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.

También, según la OMS 450 millones de personas experimentan problemas mentales o neurológicos en el mundo. Estos desórdenes constituyen 5 de las 10 principales causas de discapacidad. Crean un impacto social y económico importante en los individuos, familias y gobiernos. La depresión clínica será la 2da causa de discapacidad en el mundo para el año 2020 y en países en desarrollo será la primera causa. Las personas con trastornos mentales sufren de discriminación, estigma y están proclives a sufrir violaciones en sus derechos

humanos. La pobreza interactúa en forma importante con la salud mental en un círculo vicioso.

La salud mental es un problema que debiera tener alta prioridad en el área de la Salud Pública, debido a que cada día los problemas familiares, sociales, etc. afectan más la salud mental de las personas, pero lamentablemente, la falta de profesionales (el 82% de psiquiatras ejercen la práctica médica en la capital de la República) y los pocos recursos destinados para la recuperación de pacientes complican la situación.

Factores concomitantes de la pérdida de salud mental se encuentran en la violencia intrafamiliar, maltrato infantil.- Indicadores indirectos: mortalidad por suicidio, lesiones, mortalidad por abuso de tabaco y otras adicciones como alcohol y drogas.

Algunos indicadores de la situación actual de la salud mental: el 18,2% de personas en Lima Metropolitana sufre de depresión, 16,2% en la sierra, 21,4 en la selva; la prevalencia del suicidio en Lima Metropolitana es de 1,0%, 0,7% en la sierra, 0,6% en la selva.

2.2.8 Calidad de los Servicios de Salud

La calidad de los servicios de salud tiene relación con muchos aspectos. En el sector salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el término calidad en el accionar sanitario: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia.

La equidad es entendida como dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, la eficacia el empleo de metodologías y tecnologías adecuadas, la efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados, y la eficiencia, rendimiento y costos acordes. Sin embargo, no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

La puesta al día de conceptos ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta. El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos, fundamentalmente, tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o usuario. En síntesis pensar más que es lo que la gente necesita y no lo que nosotros le ofrecemos. En otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización. El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivado y

comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.

Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales. Se hace necesario fortalecer sectorial e institucionalmente sistemas y estructuras para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, deforma de inducir al sector y a sus servicios prestacionales a emprender transformaciones en ese sentido como un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores en forma consensuada.

Con relación a esfuerzos por mejorar la calidad no se conocen aún los resultados del método (uso de listas de chequeo para procedimientos críticos y esenciales, de la comunicación y el trabajo en equipo incluyendo a los directivos) y que con el apoyo de la USAID-Proyecto Calidad en Salud-se ha venido aplicando en 18 hospitales de Lima y provincias y que se sostiene ha tenido mucho éxito en algunos hospitales de EE.UU.

2.2.9 Los Determinantes de la Salud

Diversos determinantes o factores actúan sobre la salud que son muy variados, entre ellos tenemos: los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y hasta los religiosos. La casi totalidad de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos factores de tipo biológico, dados los avances en el campo genético, científico, tecnológico y médico.

En cuanto a los factores biológicos y hereditarios los avances científicos pueden eliminar o mitigar enfermedades provenientes de la herencia genética. Los personales se refieren al estilo de vida que cada individuo, teniendo en cuenta las condiciones de vida, el contexto económico, social, laboral, cultural y familiar. El sexo y la edad también constituyen factores determinantes.

La clase social a la que pertenece, los valores, que a su vez, se plasman en normas y conductas. Los ambientales como el cuidado y respeto o no de la naturaleza, del medio ambiente tanto próximo como lejano referente a la limpieza, polución, contaminación, los incendios, la tala de los bosques. Los alimenticios, manifestados en las costumbres y hábitos de alimentación tanto personal, familiar como social, la cultura gastronómica, el hambre, la pobreza, los medios de comunicación social, la publicidad.

La capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades tanto primarias de la persona, alimentación, vestido, vivienda, educación, como secundarias.

El trabajo y las condiciones laborales, la estabilidad en el trabajo que permite elaborar proyectos de vida. El sistema sanitario, agua potable, desagüe y disposición de residuos sólidos, es otro de los factores que determinan la salud ya que puede prevenir la enfermedad y promover la salud, proporcionar.

La asistencia sanitaria adecuada a enfermedades, accidentes, catástrofes, posibilitar el acceso gratuito o pagado a los servicios sanitarios, los medicamentos, las infraestructuras. El sistema legislativo de un país también puede condicionar la salud, por ejemplo, la legislación en materia de drogas, higiene, salud ambiental, laboral.

El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia al convertirse en normas y estilos de vida saludable o nociva, en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona.

La educación para fomentar la salud es uno de los temas transversales integrados al sistema educativo que ha de asumir la comunidad escolar: magisterio, alumnado, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno.

La religión también ocupa un lugar en los factores que influyen en la salud. La religión fomenta o prohíbe el consumo de productos de carne, bebidas alcohólicas, promueve el ayuno, la abstinencia, la moderación, el dominio del cuerpo.

Los asuntos de mayor preocupación y urgencia en nuestro medio lo constituyen el bajo nivel educativo y elevada brecha educativa en mujeres en especial las pobres y rurales. Falta de programas de educación y cultura para una vida sana. A la mujer se le considera especialmente dotada para el cuidado y apoyo de los hijos, enfermos y adultos mayores. La educación en especial el de la mujer tiene una importancia en la salud del hogar, tanto preventiva como asistencial. En lo preventivo crea condiciones de salud e higiene personal y de la vivienda, alimentación, seguridad física y emocional y de los hábitos y costumbres, que, sin duda van a incidir en los niveles de salud de la familia.

El deficiente saneamiento básico, que es función de las municipalidades proporcionar al ciudadano el ambiente adecuado para la satisfacción de sus necesidades vitales.

La participación plena en la sociedad en la que viven lo que se traduce en no dejar a nadie fuera, es decir la inclusión de todos, la marginación priva a las personas de opciones consideradas fundamentales para el desarrollo humano:

ingresos, seguridad en el empleo, lazos sociales y familiares, fuente de capital social y de mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria, participación en las actividades sociales y políticas, poder de decisión que afectan a su vida cotidiana, representatividad y comunicación.

La preocupación por los grupos de riesgo: personas con discapacidad psíquica, personas "sin techo"; inmigrantes; la tercera edad; los desempleados de larga duración, sin recursos económicos, sin hogar, sin apoyos sociales, con problemas de alcoholismo u otras adicciones, elevado índice de patologías mentales, problemas de acceso a los recursos sanitarios y sociales, aislamiento, marginación, invisibilidad.

El debido cuidado del medio ambiente es un problema que afecta al bien común y la calidad de la vida. El bien común es una responsabilidad del Estado como representante del bienestar de todos los ciudadanos. Una alta responsabilidad incumbe a los gobiernos locales, responsables directos de la disposición de la basura y las aguas servidas; del control del parque automotor; de las áreas verdes; del control de los ruidos molestos; del ornato, y de las emisiones contaminantes en su jurisdicción. No arrojar la basura y los desechos en las calles ni en cualquier lugar. Evitar los ruidos molestos, tanto a nivel de barrio (escapes abiertos, bocinas, música fuerte) como a nivel doméstico. Erradicar hábitos sumamente contaminantes, como el escupir y hacer deposiciones en la calle o en los parques y jardines, etc. Sembrar árboles y colaborar en el mantenimiento de las áreas verdes.

En la medida que vivimos en la aldea global cuidar lo que afecta a todos, no utilizar productos que contienen contaminantes, como CFC (desodorantes en aerosol), gasolina con plomo, etc. Si utilizan vehículos automotores, regular periódicamente la combustión del motor para evitar la producción de gases tóxicos, quema y tala ilegal de bosques.

La seguridad ocupacional que es responsabilidad social de empresas con sus trabajadores.

La seguridad alimentaria sostenible, que aúnen la producción local, una política nacional que favorezca la agricultura y un intercambio regional". El concepto de la seguridad alimentaria proviene del derecho a la alimentación, que es uno de los derechos fundamentales económicos, sociales y culturales. Por último, la seguridad ciudadana para enfrentar las lesiones inducidas por terceros y accidentes de tránsito. Mientras la delincuencia, la violencia y otros factores alcanzan niveles nunca vistos, el asunto de la seguridad -o la inseguridad- del ciudadano se han convertido en un tema constante en el quehacer cotidiano de los pobladores. La extensión de la violencia se ha desbordado en un clima generalizado de criminalidad. En si las cifras sobre delincuencia, criminalidad, victimización y otros, muestran lo que simplemente es la magnitud absoluta de diversos tipos de violencia, ya sea doméstica, comunitaria, social, política, o económica.

2.3 DESARROLLO HUMANO

Según Informe de Desarrollo Humano 2011 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo²⁸, que emplea el Índice de Desarrollo Humano²⁹-IDH- que conjuga múltiples indicadores para establecer las condiciones en las que se desarrolla la población de un país el Perú se ubica en el puesto 81 de 179 países ubicando al país a media tabla. El Perú se encuentra tipificado, de acuerdo a la clasificación empleada (*desarrollo humano muy alto, desarrollo humano alto, desarrollo humano medio y desarrollo humano bajo*), como país de desarrollo humano alto, sin embargo, problemas de extrema desigualdad económica y social, bajo gasto en educación como % del PBI y bajo gasto público en salud como % del PBI, conspiran contra el logro de un mejor posicionamiento en el índice de desarrollo humano, además hay que señalar que la tasa anual de crecimiento del IDH del país debe ir cambiando con los niveles de crecimiento económico estable y una política social más vigorosa como la emprendida por el actual Gobierno, en especial en los campos de la educación y la salud.

CUADRO 10

UBICACIÓN DEL PERÚ DE ACUERDO AL INDICE DE DESARROLLO HUMANO INFORME DE DESARROLLO HUMANO 2011							
Lugar	PAÍS	IDH	Esperanza de Vida al Nacer	Años promedio de escolaridad	Años Esperados de Escolarización	PBI/Per Cápita US\$ Del 2005	Tasa Anual de Crecimiento del IDH
1	Noruega	0,943	81,1	12,6	17,3	45,557	0,29
44	Chile	0.805	79,1	9,7	14,7	13,329	0,65
45	Argentina	0.797	75,9	9,3	15,8	14,527	0,57
48	Uruguay	0.783	77,0	8,5	15,5	13,242	0,56
51	Cuba	0.776	79,1	9,9	17,5	5,416	1,19
57	México	0.770	77,0	8,5	13,9	13,245	0,64
58	Panamá	0.768	76,1	9,4	13,2	12,335	0,62
69	Costa Rica	0.744	79,3	8,3	11,7	10,497	0,51
73	Venezuela	0.735	74,4	7,6	14,2	10,656	1,04
79	Jamaica	0.727	73,1	9,6	13,8	6,487	0,62
80	Perú	0.725	74,0	8,7	12,9	8,389	0,67
83	Ecuador	0.720	75,6	7,6	14,0	7,589	0,69
84	Brasil	0.718	73,2	7,2	13,3	10,162	0,69
87	Colombia	0.707	73,0	12,7	12,7	10,164	0,67
107	Paraguay	0.665	72,5	7,7	12,1	4,727	0,76
108	Bolivia	0.663	66,6	9,2	13,7	4,054	0,73
158	Haití	0.454	62,1	4,9	7,4	1,123	0,35
179	Rep. Cen. Africana	0.343	48	3,5	6,6	707	0,33

²⁸ Informe sobre Desarrollo Humano 2011 - Sostenibilidad y Equidad: Un futuro mejor para todos,

<http://www.pnud.org.pe/frmPubDetail.aspx?id=192>

²⁹ El Índice de Desarrollo Humano se construye sobre la base de un conjunto de indicadores entre los que destacan: años esperados de educación, años de educación promedio, ahorro neto ajustado, Coeficiente Gini-ingresos, esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad en niños > de 5 años, emisiones de CO2 per cápita, especies amenazadas, gasto en educación como % del PBI, gasto público en salud como % del PBI, huella ecológica de consumo, ingreso nacional bruto NIB per cápita, n° de muertes como resultado de desastres naturales, PBI per cápita, población bajo la línea de pobreza de ingreso, pobreza multidimensional-incidencia, % de población urbana, población mujeres-hombres-total, población con al menos educación secundaria completa y relación hombres-mujeres, presencia de mujeres en parlamento, tasa de fecundidad entre adolescentes, tasa de alfabetización de adultos.

2.4 ENTORNO ECONÓMICO Y SOCIAL

2.4.1 En lo Económico

El Marco Macroeconómico Multianual 2012-2014 elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas, proyecta un crecimiento de entre el 6 y 6,5% para el período trianual, y mantiene las expectativas de ser la economía de mayor crecimiento en la región. Esta proyección se sustenta en el optimismo empresarial, el crecimiento de la demanda interna que se espera se mantenga alrededor del 6%.³⁰

Según el BCRP para los próximos 10 años se esperan inversiones en el orden de US\$ 222 mil millones en minería; energía y petróleo; industria; comercio; agroindustria; y turismo, así como inversiones en infraestructura en autopistas, carreteras, aeropuertos, puertos, comunicaciones, etc.³¹

Por consiguiente, el Perú aún tiene espacio para seguir creciendo gracias a las oportunidades de inversión con elevados retornos al capital, asociadas a la abundancia de recursos naturales y a la brecha de infraestructura. Además, el Perú tiene posibilidades de generar elevadas ganancias en productividad a medida que se incorpore el sector informal a la economía formal. Este nivel de crecimiento debe significar mayor recaudación fiscal, especialmente si la política fiscal se orienta a elevar la presión tributaria a alrededor del 18%. Mayor recaudación fiscal debe suponer un aumento del gasto público en salud, uno de los sectores básicos para avanzar y lograr la inclusión social plena.

2.4.2 En lo Social

No obstante la disminución de la pobreza y pobreza extrema, debido al sostenido crecimiento de la economía a lo largo de los últimos años, aún se mantienen las desigualdades y la situación de exclusión de los grupos sociales más vulnerables, y persiste el reto de mejorar la distribución del ingreso entre la población de los ámbitos urbano y rural y entre los quintiles I y V, que en lugar de disminuir en términos diferenciales se acrecienta.

Mientras ese reto avanza como proceso, se aplican planes y estrategias para mejorar la calidad de vida de determinados segmentos poblacionales. Diversos programas sociales como Cuna Más, Pensión 65, Beca 18 se suman a los ya existentes como Juntos, Pronaa, Wawa Wasi, Foncodes, Agro Rural, entre otros.

La tendencia será, según el MIDIS, que estos programas se orienten cada vez más a reforzar la intervención en las zonas rurales de la sierra y selva del Perú, ya que en éstas se encuentra la mayor población excluida. Buena parte de estos programas tienen como objetivo contribuir a la disminución de la desnutrición

³⁰Marco Macroeconómico Multianual 2012-2014, www.mef.gob.pe

³¹www.americaeconomia.com › Economía & Mercados › Finanzas

crónica infantil, que, en efecto, se ha reafirmado como una prioridad en el presente Gobierno.

Adicionalmente puede señalarse que en los últimos años se registra una tendencia a aumentar el gasto en programas sociales como lo señala la CEPAL.³² En 1998 el Perú gastaba en este rubro el equivalente del 5,8% del PBI, en el 2007 se elevó al 8.7% y en el 2010 se elevó al 10% del PBI, no obstante, debe señalarse que el gasto social promedio de América Latina y el Caribe para el 2010 fue de 17.9%.

2.4.2.1 Conflictividad social

El reporte de conflictos sociales de la Defensoría de Pueblo³³, correspondiente al mes de marzo de 2012 da cuenta de 162 conflictos activos y 75 conflictos latentes. De acuerdo al tipo de conflicto, la tendencia se mantiene, la gran mayoría son de carácter socio ambiental (46%); por asuntos de gobierno local (16%) y laborales (11%). Los de carácter ambiental tienen una relación estrecha con los riesgos a la salud en la medida que las poblaciones reclaman un mayor control por parte del gobierno de las actividades extractivas e industriales que contaminan el agua, el aire y los suelos.

La conflictividad pone en riesgo la salud de la población y tiene implicaciones para la prestación de servicios y en muchos casos debe atenderse individuos en los servicios de emergencia. Es necesario que el personal de salud esté preparado para este tipo de situaciones y estén en permanente alerta.

3. SITUACION DEL SECTOR SALUD

En el Perú la solución tendrán que reforzar **el enfoque de la salud y la seguridad social como derecho** y orientar importantes esfuerzos a la eliminación de las diferencias de acceso a los servicios de salud según género, etnia, cultura y edad, por ejemplo, la Agenda de Salud para las Américas señala que “Las condiciones de salud de los pueblos indígenas son consistentemente peores que las de la población no-indígena”.

En primer lugar, destaca la necesidad de afianzar la atención primaria de salud y buscar su universalización, lo que implica también utilizar un enfoque orientado a la prevención y la promoción, opuesto al centrado en la atención y curación y a sus sesgos conexos, como la excesiva especialización y la fragmentación de los servicios.

En segundo lugar, reducir y tratar de eliminar las inequidades en materia de acceso a los servicios integrales de salud.

³²Portal de Inversión Social en la Región, CEPAL, http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/ficha/query1.php?indicador_id=1

³³www.defensoria.gob.pe/conflictos-sociales

En tercer lugar, adoptar el enfoque de los derechos humanos, de manera gradual pero efectiva, en la institucionalidad y las políticas y programas generales de salud.

Esto implica garantizar, sin discriminación alguna, la disponibilidad, la accesibilidad segura tanto económica como física, la aceptabilidad y la calidad de los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como la presencia de programas que funcionen plenamente, la disponibilidad de medicamentos esenciales, así como los determinantes de la salud (la existencia de agua segura y saneamiento, incluidas las acciones de educación, comunicación y promoción del caso, y, de instalaciones de salud adecuadas, mejorar la oportunidad y calidad de los servicios.

El Gobierno peruano bajo el lema “Seguridad Social para Todos” se ha comprometido a garantizar el derecho a la salud, y dadas las inequidades en materia de acceso a estos servicios, a promover activamente las mejoras en infraestructura necesarias para ampliar la disponibilidad a todas las personas mayores, las mujeres y los adolescentes, entre otros, así como de medidas que promuevan la participación y el empoderamiento de las comunidades y las personas para que ejerzan el mayor grado de control posible sobre los factores que determinan su salud.

3.1 EL GASTO EN SALUD

A medida que en América Latina y en el Perú aumentan los ingresos, las pautas del gasto de salud por persona empiezan a parecerse a las de los países de ingresos altos, en el que el nivel de gastos por este concepto de las personas mayores es más elevado.

En la mayoría de los países de la región, las repercusiones del uso más intensivo de los servicios de salud por parte de las personas mayores en los gastos proyectados serán más importantes que las del envejecimiento de la población. Es decir, de acuerdo con la proyección, los protocolos de tratamiento para las personas de edad se asimilarán en forma creciente a aquellos de los países de ingresos altos.

Es este cambio el que dará lugar a un aumento significativo del gasto total de salud en la región (América Latina y el Caribe) y a una modificación de los servicios prestados por los sistemas de salud, de modo que se centrarán cada vez más en el tratamiento de las enfermedades crónicas.³⁴

Una de las principales conclusiones es que, el gasto de salud como porcentaje del PBI aumentará de manera sustancial en la región en las

³⁴ CEPAL, Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos, bajo la dirección de Dirk Jaspers_Faijer, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL p97

próximas tres décadas. En consecuencia, también es posible que la financiación del sistema de salud surja como un problema crucial que exige la atención urgente de los gobiernos.

CUADRO 11

GASTO EN SALUD EN ALGUNOS PAÍSES DE LA REGIÓN Y PAISES SELECCIONADOS											
País	Gasto en Salud como % del PBI	Gasto Público en Salud como % del Gasto en Salud	Gasto privado en Salud como % del gasto total en salud	Gasto público en salud como % del gasto público total	Gasto de la Seguridad social como % del Gasto público en salud	Gasto directo de los hogares como % gasto privado en salud	Planes de prepago privados como % del gasto privado en salud	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio US\$	Gasto total en salud per cápita en dólares internacionales	Gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio US\$	Gasto público en salud per cápita en dólares internacionales
Argentina	7,4	71,3	42,7	13,7	58,5	59,2	32,8	610	1062	435	757
Bolivia	4,5	65,7	34,3	8,9	66,9	80,6	14,2	78	194	51	128
Brasil	8,4	44,0	56,0	6,0	0	57,1	41,2	721	875	317	385
Canadá	9,8	69,5	30,5	17,2	2,1	50,9	44,3	4445	3867	3090	2688
Chile	7,5	44,0	56,0	15,6	14,5	65,2	31,0	762	1088	335	479
Colombia	5,9	83,9	16,1	18,3	70,1	48,7	51,3	317	517	266	434
Corea	6,5	53,9	40,2	12,3	78,8	87,1	10,8	1245	1806	671	974
Cuba	12,0	95,5	4,5	15,5	0	92,5	0	672	495	642	473
Ecuador	5,7	39,5	54,0	6,9	42,8	87,3	5,4	231	466	91	184
EE.UU.	15,2	47,8	52,2	18,7	27,8	24,4	68,8	7164	7164	3426	3426
Finlandia	8,8	70,7	24,5	12,6	13,5	100	0	264	384	115	168
Guatemala	6,5	35,7	64,3	15,9	48,0	89,3	4,8	184	308	66	110
Haití	6,1	22,1	77,9	9,5	0	60,8	0	40	68	9	15
Jamaica	4,8	50,4	49,6	5,7	0	71,0	25,6	256	364	129	184
Japón	8,3	80,5	18,0	17,9	81,5	80,6	13,8	3190	2817	2568	2268
México	5,9	46,9	53,1	15,0	55,2	92,9	7,1	588	837	276	393
Panamá	7,2	69,3	30,7	13,5	44,4	83,5	16,5	493	924	342	640
Paraguay	6,0	40,1	59,9	12,3	83,2	88,2	10,6	161	281	65	113
Perú	4,6	59,4	40,6	15,6	43,1	75,4	20,8	200	381	119	226
Rep. Domin	5,7	37,1	62,9	10,4	24,7	66,3	22,2	261	465	97	172
Singapur	3,3	34,1	65,9	7,8	13,2	94,3	2,6	1404	1833	479	625
Uruguay	7,8	63,1	36,9	13,8	57,6	32,9	67,1	725	982	457	619
Venezuela	5,4	44,9	55,1	8,4	31,4	89,5	3,3	597	683	268	307

Elaboración propia a base del Informe Estadístico Anual de Salud de la OMS 2010

3.2. El Financiamiento de la salud en el Perú

En el Perú el **gasto en salud**, como porcentaje del PBI, en el 2009 fue de 4.6% (BM/basado en Informe Estadístico de la OMS 2010)³⁵, una décima por encima de lo registrado en el 2006. El promedio de América Latina, se sitúa en 7.8%. Esto demuestra que -en lo que respecta a los indicadores del financiamiento de la salud- el Perú está rezagado en comparación con los países de la región (incluido Haití y Bolivia) y con los países desarrollados.³⁶

³⁵ datos.bancomundial.org/.../SH.XPD.TOTL.ZS

³⁶ Se recurre a datos de la OMS, con fines comparativos, y porque son los mismos empleados en Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS 2011.

CUADRO 12

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI					
Argentina	9.5	Colombia	6.4	Honduras	6.0
Bolivia	4.8	Cuba	11.8	Nicaragua	9.6
Brasil	9.0	Costa Rica	10.5	Perú	4.6
Canadá	10.9	Ecuador	6.1	Uruguay	7.4
Chile	8.2	Haití	6.1	Venezuela	6.0

Fuente: Base de datos del Banco Mundial sobre el Informe Estadístico Anual de Salud de la OMS 2010

Se debe tener presente, en el caso peruano, que en la composición del gasto en salud el gasto de los hogares es un componente muy alto y que pesa sobre el presupuesto familiar. Hay un gasto excesivo de los hogares en la atención de salud, al representar el 32.2% del gasto total (NS/. 3'926,790 millones de 12,195' millones).

El gasto de bolsillo se distribuye según las cuentas nacionales 2005 en 40.1% farmacias/boticas; 43.3% prestadores privados; 11.6% prestadores públicos; adquisiciones de seguros privados 2.4%; 0.3% prestadores privados EPS; 2.3% aportes a EsSalud. El análisis de la tendencia del gasto de salud en el periodo 2003 al 2008, señala que el mayor financiador ha sido el gasto de bolsillo, que desde el 2007 tiene una marcada tendencia a disminuir.

Coincidentemente el gasto público (SIS) desde el mismo año ha tenido una marcada tendencia a aumentar, mientras que los demás financiadores se mantiene constantes en el tiempo. Esto estaría indicando que uno de los motivos del descenso del gasto de bolsillo ha sido el aumento del financiamiento público a través del SIS.

Con relación al gasto público en salud como porcentaje del PBI³⁷, el promedio latinoamericano y caribeño es de 3.7, también en este caso el Perú muestra estar por debajo del gasto público en salud de los países de la región:

CUADRO 13

Gasto Público en Salud como Porcentaje del PBI					
Argentina	5.3	Cuba	10.5	Méjico	6.5
Bolivia	-	Costa Rica	5.8	Nicaragua	3.7
Brasil	5.0	Ecuador	-	Perú	1.2
Chile	3.7	Haití	-	Trinidad y Tob	3.4
Colombia	1.9	Honduras	3.1	Uruguay	4.5

Fuente: (CEPAL) base de datos sobre gasto social, 2008-2009

³⁷CEPAL Panorama Social de América Latina-2010. P 169

3.3 DOS ESCENARIOS PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

De todos los factores tratados el financiamiento pareciera ser el más crítico y el que debe concentrar la atención de las autoridades del Sector. Como se ha podido apreciar, el gasto en salud en el 2009 fue de un 4.6% del PBI y el gasto público en salud de 1.2% del PBI, muy rezagados si se comparan con los promedios regionales de 7.8 y de 3.7 % del PBI, respectivamente, y mucho más rezagados si se comparan con países como Argentina (9.5) (5.3), Brasil (9.0) (5.0) Chile (8.2) (3.7), Costa Rica (10.5) (5.8) o Uruguay (7.4) (4.5). La diferencia con el promedio es bastante grande pero no imposible de alcanzar.

Si se consigue el respaldo al más alto nivel político se puede aplicar una política de aumento progresivo en los próximos cinco años. Hay en el Perú en estos momentos una creciente conciencia política, como resultado de las últimas elecciones nacionales, que reflejan el malestar de una buena parte de la población que no se siente beneficiaria del crecimiento de los últimos años.

En consecuencia, el actual Gobierno orienta su política a favorecer un desarrollo y crecimiento más inclusivo, lo que necesariamente pasa por una mayor inversión social en especial en educación y salud. En este contexto es que se plantea un posible escenario de crecimiento del gasto público en salud que supere el promedio regional en el 2016, optando por un crecimiento moderado del PBI de 5.0% el 2011 y un 5.6% en promedio en el periodo 2012–2016. El otro escenario es que el gasto público en salud se mantenga entre el 1.2 y 1.5% del PBI.

3.3.1 Primer escenario

Tomando como base el PBI del 2010 que fue de US\$ 153,549 millones³⁸, se plantea de acuerdo al MMM un crecimiento del PBI del 5% para el 2011 (crecimiento fue de 6.9% el 2011) y del 5.6 para el resto de años del período 2012-2016. Así mismo, se plantea un aumento en el gasto público en salud de alrededor del 0.5% del PBI anual.

El siguiente Cuadro muestra la evolución del gasto público que sube de los US\$ 1,843'000,000 en el 2010 a US\$ 9,654'000,000 en el 2016, registrándose un aumento en el gasto público en salud de 5.2 veces del monto inicial. También se estaría superando ligeramente el promedio regional de gasto público en relación al PBI llegando a un 4.0% en el 2015 y un 4.56% en 2016.

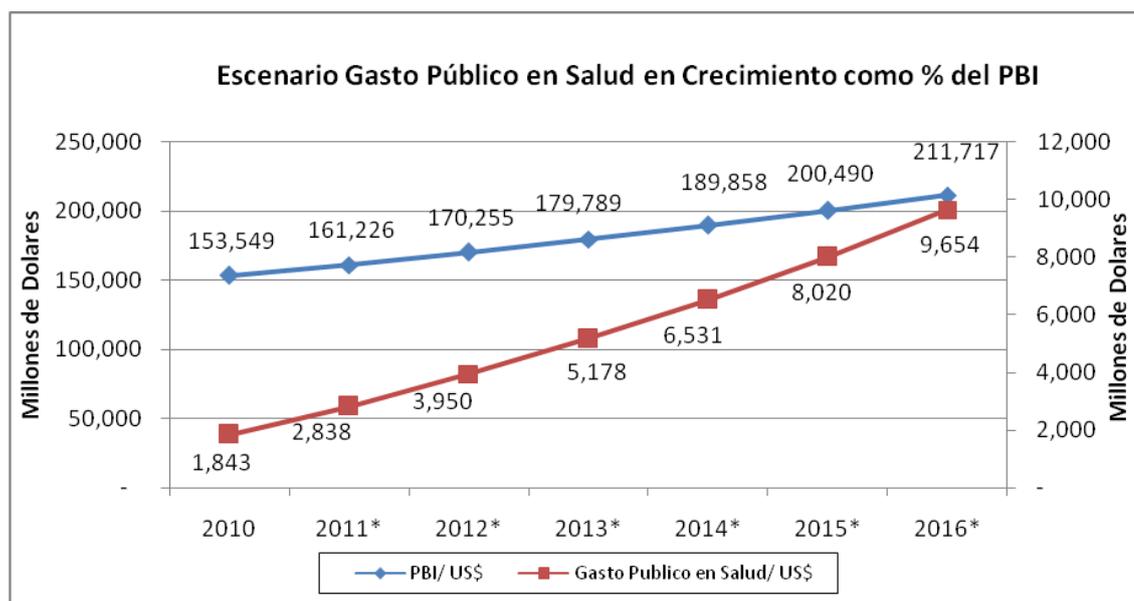
³⁸OpCit, Banco Mundial base de datos

CUADRO 14

PRIMER ESCENARIO					
Año	Crecimiento PBI	PBI/ US\$	Crecimiento % del Gasto Publico en Salud	Gasto Publico en Salud/ US\$	Incremento % del Gasto Público en Salud/ PBI
2010		153,549	1.20%	1,843	
2011*	5.0%	161,226	0.56%	2,838	1.76%
2012*	5.6%	170,255	0.56%	3,950	2.32%
2013*	5.6%	179,789	0.56%	5,178	2.88%
2014*	5.6%	189,858	0.56%	6,531	3.44%
2015*	5.6%	200,490	0.56%	8,020	4.00%
2016*	5.6%	211,717	0.56%	9,654	4.56%

En el Gráfico siguiente se puede apreciar el aumento del gasto público frente a la evolución del PBI.

GRÁFICO 1



Elaboración propia

Este crecimiento en el gasto público en salud permitiría cerrar las brechas en infraestructura, equipamiento y en mejorar la formación, remuneraciones formalización del régimen laboral de los CAS y mejorar la distribución de recursos humanos en el territorio y elevar la resolutiveidad de las redes de servicios de salud.

Pero tal vez lo más importante sería el efecto que este gasto a través del SIS puede tener en reducir el gasto de bolsillo aliviando los presupuestos familiares de los quintiles I, II y III.

El problema es si el sector público tendría la capacidad de ejecución para los mayores montos de ingresos estimados, tomando en consideración, que se evidencia una baja capacidad de gasto del sector en los tres niveles de gobierno a lo largo del quinquenio: en el nivel central se ejecutó el 51.21% de lo asignado, en el nivel regional el 36.99% y en el local el 47.02%.

3.3.2 Segundo escenario

De otro lado, si el gasto público en salud se mantuviese entre el 1.2% y el 1.5 del PBI el crecimiento del gasto público en salud sería más modesto, y no habría posibilidad de alcanzar el promedio de gasto público como porcentaje del PBI de la región en todo el período contemplado para el PESEM, como se puede apreciar en el Cuadro siguiente:

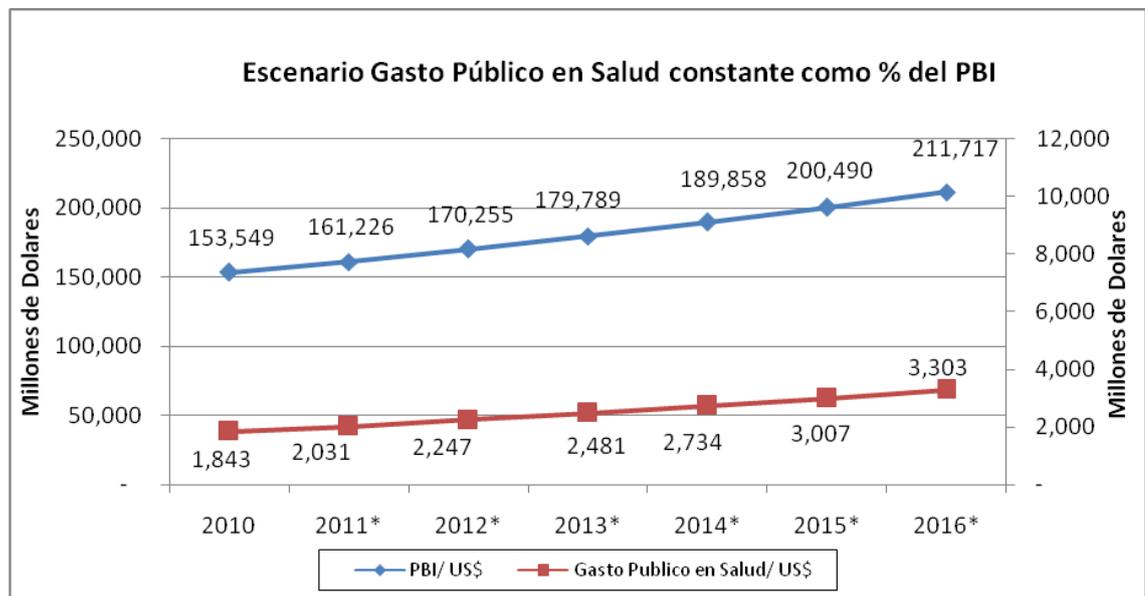
CUADRO 15

Segundo Escenario					
Año	Crecimiento PBI	PBI/ US\$	Crecimiento % del Gasto Publico en Salud	Gasto Publico en Salud/ US\$	Incremento % del Gasto Público en Salud/ PBI
2010		153,549	1.20%	1,843	
2011*	5.0%	161,226	0.06%	2,031	1.26%
2012*	5.6%	170,255	0.06%	2,247	1.32%
2013*	5.6%	179,789	0.06%	2,481	1.38%
2014*	5.6%	189,858	0.06%	2,734	1.44%
2015*	5.6%	200,490	0.06%	3,007	1.50%
2016*	5.6%	211,717	0.06%	3,303	1.56%

Elaboración propia

De los 1,843' millones en el 2010 aumentarían a 3,303' millones en el 2016 creciendo en 1.79 veces, lo que permitiría algunas mejoras pero difícilmente se podrá cerrar las brechas existentes y en términos del gasto público en salud en relación al PBI el Perú quedaría aún más rezagado de lo que ya está.

GRÁFICO 2



Elaboración propia

El gráfico muestra el aumento del gasto público en salud que es casi paralelo al crecimiento del PBI ya que está directamente relacionado a ese factor de crecimiento.

De otro lado, si el gasto público en salud aumenta y se empieza a aplicar la obligatoriedad del aseguramiento universal en salud se debe registrar un aumento en el gasto en salud como porcentaje del PBI. El crecimiento del empleo formal como consecuencia del crecimiento económico, la creciente formalización de las PYMES debe manifestarse en un aumento en la afiliación en el régimen contributivo de la seguridad social y del régimen privado. Y la mejora general llevará a que una proporción de pobladores hoy en situación de pobreza empiecen a tener ingresos que les permita migrar al régimen semicontributivo público.

Por último, es importante imprimir una mayor preocupación de orden económico, financiero para asegurar los recursos necesarios para que el aseguramiento y el sistema prestacional funcionen a un nivel aceptable y de acuerdo a determinados estándares. Esto pasa por mejorar la capacidad de negociación presupuestaria sobre la base de argumentos sanitarios, sociales, económicos y financieros que permitan sustentar ante el Ministerio de Economía y Finanzas³⁹ el Poder Ejecutivo y el Congreso de la República los requerimientos del sector.

Para el año 2011 se incrementó el en 8% el presupuesto general de la nación (de 81,857 a 88,461 millones de nuevos soles). De este total, se destinará al sector salud el 8,7%, viéndose un aumento de 1,6% en relación al 2010, Las cifras pueden parecer alentadoras, pero si lo comparamos con otros países de la región se ve que queda mucho por conseguir. Chile ha asignado a su sector salud, el 15% de su presupuesto para el 2011; es decir, invertirá 8,000 millones de dólares, mientras que el Perú solamente invertirá 2,714 millones de dólares. Casi 3 veces más, aunque tiene 12 millones de habitantes menos. Lo asignado para pagar la deuda pública es mayor que el presupuesto para el sector salud, además del presupuesto de Previsión o Saneamiento.⁴⁰

4. PRIORIDADES DEL QUINQUENIO ANTERIOR

Las prioridades en salud han estado relacionadas con la atención neonatal, infantil y materna para reducir la mortalidad infantil y la materna, así como incrementar el número de partos institucionales, sobre todo en las zonas rurales,

³⁹El MEF de acuerdo al Artículo 80° de la Constitución no es quien asigna el presupuesto público, aunque en los hechos así ocurra “El Ministro de Economía y Finanzas sustenta, ante el Pleno del Congreso, el pliego de ingresos. Cada Ministro sustenta los pliegos de egreso de su sector...”. Quien debiera en todo caso asignar el presupuesto, antes de remitirse al Congreso, debiera ser el Presidente del Consejo de Ministros, como Ministro coordinador, en función de las prioridades nacionales y de gobierno que le corresponde establecer según la LOPE.

⁴⁰ Inversión en Salud 2011, Abel Laurent <http://revistaparlante.pe/userfiles/inversionsalud.pdf>

las enfermedades transmisibles y a facilitar la gestión local descentralizada de los servicios de salud.

La mortalidad materna en las zonas rurales ha disminuido por la aplicación de algunas políticas que rescatan el aspecto intercultural, como la paulatina incorporación del parto vertical como una opción, y la instalación de las casas de acogida temporal cercanas a los establecimientos de salud. Actualmente, existen casi 250 casas de acogida en los departamentos con mayor tasa de mortalidad materna, y dado el éxito obtenido, es claro que debe promoverse su ampliación a otras zonas del país.

5. CAMBIO DE PARADIGMA

En el contexto de la reforma sanitaria cuyos objetivos primordiales consisten en mejorar el acceso a los servicios de salud y que se brinden con mayor eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad, mediante el aseguramiento universal y la descentralización, tanto el sector estatal (ex MINSA) como EsSalud vienen fortaleciendo del primer nivel de atención, de modo que toda la población disponga de una atención de un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación y contribuir al logro de los objetivos sanitarios del País.

El modelo de atención integral con orientación familiar y comunitaria como ejes principales en el diagnóstico y la planificación y la intervención, representa un cambio radical de paradigma en ambos subsectores para pasar de la atención recuperativa hospitalaria a la atención preventiva, promocional y atención curativa temprana en el primer nivel de atención. Se refuerza la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la atención primaria de salud –APS- por ser más costo efectiva.

Se busca la forma de organizar la atención de salud, desde las familias hasta los hospitales, considerando que la prevención es tanta o más importante que la curación y en la que se inviertan recursos de modo racional en los distintos niveles de atención.

Las principales características del enfoque de fortalecimiento del primer nivel de atención en EsSalud y en el sector estatal en proceso de implementación son los siguientes:

- Busca incrementar la capacidad resolutoria de los establecimientos del primer nivel de atención, mejora de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos
- Realiza las inversiones en el marco del Plan Maestro de Inversión Pública en el caso del MINSA y del Plan Multianual de Inversiones en el caso de EsSalud con orientación hacia el primer nivel de atención
- Da especial atención a la formación y desarrollo de los recursos humanos,

personal de salud, trabajadores comunitarios, gestores, a través de PROSALUD en el caso del MINSA y del Programa de Capacitación en el caso de EsSalud.

- Da especial énfasis en el desarrollo de capacidades de gestión óptimas como el sistema de información, planificación y evaluación de desempeño.
- Enfatiza la orientación de los servicios de salud hacia la calidad, basado en la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad que midan eficiencia, efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, así como la implementación de proyectos de mejora continua.
- Dar continuidad de la atención y del flujo de información oportuna y de calidad, insumo clave para la planificación, monitoreo y evaluación de desempeño, a lo largo de todo el sistema de atención de salud.
- Brindar atención integral, integrada y continua y busca resolver localmente entre el 70 y el 80% de las necesidades básicas más frecuentes en la atención de la salud de la población a lo largo de la vida.
- Propicia una organización adecuada en redes funcionales de atención, en el marco del AUS por niveles de atención según complejidad y disponer de un sistema de referencia y contra-referencia nacional para atender las necesidades de salud de la población.

6. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos asistenciales, tanto en número como en calidad, son cruciales para el mantenimiento de la salud de una comunidad. El país consistentemente ha mostrado tener un déficit en este campo, por ello es importante saber cómo se encuentra el sector en relación a otros países de la región.

El promedio de médicos por 10,000 habitantes en la región es de 15 médicos. Determinados países como Cuba, Argentina, Uruguay y México cuentan con el mayor número de médicos en relación a 10,000 habitantes. El Perú, como se puede apreciar en el siguiente cuadro, está bastante por debajo del promedio de la región con 9.2 médicos por 10,000 habitantes:

CUADRO 16

PERSONAL SANITARIO E INFRAESTRUCTURA EN PAÍSES DE LA REGIÓN												
PAÍS	Médicos		Enfermería, y partería		Odontología		Personal de farmacia		Trabajadores de salud pública y ambiental		Infraestructura	
	N°	Por 10,000 habitantes	N°	Por 10,000 habitantes	N°	Por 10,000 habitantes	N°	Por 10,000 habitantes	N°	Por 10,000 hab.	N° de camas por 10,000 hab	Unid. de radioterapia por 100000
Argentina	122623	31,6	18685	4,8	35592	9,2	19510	5,0	...	...	41	2,1
Bolivia	10329	12,2	18091	21,3	5997	7,1	4670	5,5			11	0,6
Brasil	329041	17,2	1243804	65,0	219827	11,5	104,098	5,4	167080	9,7	24	1,4
Canadá	63307	19,1	327224	100,5	38310	11,8	27078	8,3	1375	0,4	34	7,7
Chile	17250	10,9	10000	6,3	6750	4,3	...	...	...	...	21	0,9
Colombia	58761	13,5	23940	5,5	33951	7,8	...	...	...	...	10	1,3
Cuba	72416	64,0	97800	86,4	20158	17,8	7047	6,2	3419	3,0	59	1,2
Ecuador	18,335	14,8	20586	16,6	2062	1,7	...	...	...	...	15	1,0
EE.UU.	793648	26,7	2927000	98,2	463663	16,3	249642	8,8	...	...	31	11,8
Jamaica	2253	8,5	4374	16,5	212	0,8	...	...			17	1,1
México	303519	28,9	417665	39,8	148456	14,2	79,925	7,6			16	0,9
Panamá	4431	15,0	8158	27,7	2231	7,6	2526	8,6	948	3,2	22	1,2
Paraguay	6355	11,1	10,261	17,9	3182	5,5	1868	3,3	133	0,2	13	0,6
Perú	27,272	9,2	37672	12,7	3570	1,2	1822	0,6	15	<0.05	15	1,0
Rep. Dominicana	15,670	18,8	15352	18,4	7000	8,4	3330	4,0	...	...	10	0,7
Uruguay	13197	37,4	19,595	55,5	2476	7,0	1877	5,3			29	5,7
Venezuela	48000	19,4	28000	11,3	13680	5,5	...	...	792	0,4	7	<0.05

INFORME ANUAL DE LA SALUD 2010, OMS, Ginebra, Suiza

El nuevo estándar internacional es de un médico por 700 habitantes. El Perú, de acuerdo a las proyecciones de población del INEI para el 2012 cuenta con 30'135, 875 habitantes por lo que debiera tener unos 43,000 médicos, y sólo tiene alrededor de 28,000 por tanto tiene un déficit de alrededor de 12,000 médicos. Lo que es una situación preocupante. Además, se suma el problema de la mala distribución de los recursos médicos en el territorio que se concentran en Lima, el Callao y las grandes ciudades.

En el caso de EsSalud al 2011 tenía 8,543 médicos que atendían una población de 8'973,383 asegurados, en consecuencia, de acuerdo al nuevo estándar la brecha ese año fue de 4,276 la que debe haberse incrementado al aumentar la

población asegurada y haberse restringido la contratación de más médicos por razones de austeridad.

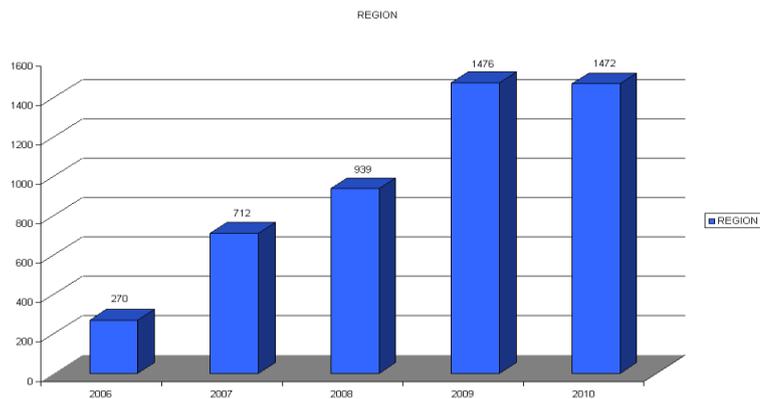
En todo caso, en relación con lo que era la situación anterior al 2006 EsSalud ha registrado un aumento en el número de médicos en términos absolutos de 6,932 a 8,543 pero la brecha también ha crecido de 1,504 médicos en el 2005 a 4,276 médicos en el 2011.

En el sector público el MINSA ha realizado un gran esfuerzo en la dotación de RRHH con miras a facilitar el proceso del ASU, aumentando la oferta de plazas en forma progresiva y sostenida con profesionales SERUMS.

Del 2006 - 2010 se ha destinado un importante número de SERUMISTAS a las regiones pilotos del aseguramiento universal en salud como lo muestra el gráfico siguiente:

GRÁFICO 3

Oferta de SERUMS en zonas de AUS 2006-



2010

Fuente: DGRH - MINSA

En las Regiones priorizadas del AUS 1,472 profesionales están realizando el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS); en particular para las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica se han asignado 1,211 profesionales. Previa a la realización de este servicio los profesionales de salud fueron sensibilizados en los lineamientos generales del Aseguramiento.

La brecha de RRHH se ha cubierto en las zonas de AUS hasta en un 70% para el caso de las enfermeras y de las profesionales obstetras. En el caso de los médicos se ha cubierto el 50% de la brecha detectada. Con los recursos asignados en el marco de la implementación del AUS, la brecha de recursos humanos en salud para el primer nivel de atención ha disminuido, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO 17

Cobertura de Recursos Humanos en zonas de AUS. 2010

Departamento	Población	RRHH				Densidad RRHH/1000 Hab		
		Profesionales	Profesionales SERUMS	Dotación AUS	Total	Profesionales	Profesionales SERUMS	Dotaciones AUS
Amazonas	115,068	60	44	40	144	52	904	125
Apurímac	404,190	706	301		1007	175	2491	249
Ayacucho	612,489	1001	345		1346	163	2198	220
Huancavelica	454,797	325	297		622	71	1368	137
La libertad	136,221	111	36	35	182	81	1079	134
Lambayeque	12,998	7	17	16	40	54	1846	308
Piura	158,589	67	28	55	150	42	599	95
San Martín	250,226	21	21	9	51	84	1678	204
Cuzco	49,009	19	14	26	59	39	673	120
Junín	113,667	16	49	41	106	14	572	93
Loreto	49,571	25	19	40	84	50	888	169
Callao	876,877	1436	12		1448	164	1651	165
Lima Metropolitana	8'211,401	11550	12	479	12041	141	1408	147
Disa Lima sur	3'414,935	1312	5	107	1424	38	386	42
Disa Lima ciudad	2'410,596	8273	0	140	8413	343	3432	349
Disa Lima este	2'385,870	1965	7	232	2204	82	827	92
Total General	11'219,903	26,894	1207	1220	29,321	137	1474	154

Fuente: DGRH

7 ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

Como se sabe, los Objetivos de la Política del Aseguramiento Universal en Salud buscan que:

- i) las familias estén protegidas de los riesgos de empobrecimiento asociado a eventos de enfermedad;
- ii) los resultados sanitarios mejoren;
- iii) se contribuya a elevar la productividad del capital humano de la nación,

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se han definido tres ejes estratégicos:

- i) extender la cobertura de asegurados a nivel nacional;
- ii) ampliar la cobertura de beneficios; y,
- iii) garantizar la calidad de la atención.

Sin embargo, reconociendo los déficits que tiene el país en relación a las condiciones materiales (infraestructura sanitaria, equipamiento, recursos humanos de salud, y financieros) para garantizar el PEAS se plantea la gradualidad en la implementación del AUS.

También será gradual el aumento de la cobertura de los beneficios y el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante la aplicación de las denominadas garantías explícitas que son estándares de calidad de obligatorio cumplimiento por los prestadores principiando con las atenciones más sensibles para luego irse extendiendo a las demás.

7.1 Situación General del Aseguramiento

En relación a la cobertura, en los últimos 5 años de una población asegurada de 36,2% se ha pasado a una de 65,9%, es decir se ha duplicado la población que cuenta con protección. Lo más significativo es el aumento en el régimen subsidiado y semisub subsidiado que de cerca de 15% en el 2005 se ha incrementado a 38,4%. Más importante aún es el aseguramiento en el ámbito rural que en el 2004 cubría en 24,7% de la población y al 2009 alcanzaba el 65,9 % de la población rural.

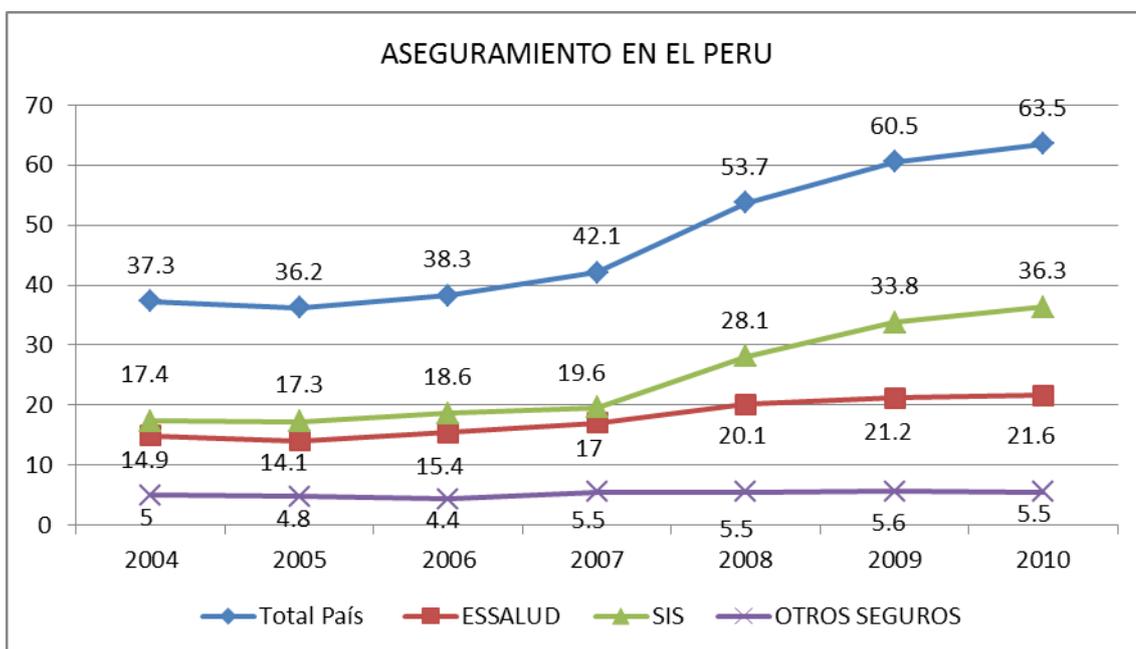
Según los resultados de la ENAHO⁴¹, el 65,9% de la población peruana se encontraría afiliada a un seguro de salud. El Seguro Integral de Salud (SIS) concentra la mayor proporción de población afiliada que representa el 37,9% de la población nacional, mientras que un 22,2% de la población accedería sólo a EsSalud, un 5,8% de la población accede a otros tipos de seguros incluyendo los seguros privados, seguros de las FFAA - Policía entre otros; porcentajes que en relación al segundo trimestre 2011 evidencian un ligero crecimiento de la población afiliada a un seguro de salud.

Según áreas geográficas, Lima Metropolitana tiene el mayor porcentaje de población no asegurada que llega a un 41,8%. EsSalud es la que concentra la mayor proporción de población asegurada del área que alcanza a representar el 29,7% de la población de Lima Metropolitana; siendo la región con mayor proporción de población asegurada a EsSalud. Por otro lado, Lima tiene la menor proporción de población asegurada por el Seguro Integral de Salud (SIS) con el 15,2% de su población, Lima Metropolitana es también la región con mayor porcentaje de población que accede a otros seguros de salud, tiene la mayor cantidad de población afiliada a seguros privados, mixtos o de las sanidades que llega al 13,3% de su población.

A nivel rural y urbano (sin incluir a Lima Metropolitana), el SIS es la institución que tiene el mayor porcentaje de población afiliada, alcanzando al 73,0% de la población afiliada en el ámbito rural y el 31,4% del ámbito urbano. A nivel rural se aprecia un incremento en 2,7 puntos porcentuales de población asegurada al SIS comparado al segundo trimestre; asimismo se mantiene la baja presencia de EsSalud y de otros seguros a nivel rural; sin embargo, el área rural es la que tiene el menor porcentaje de población sin afiliación a un seguro de salud, merced a la presencia institucional del SIS, aunque hay que advertir que el ritmo de inscripción de asegurados Al SIS ha disminuido comparado a los últimos dos años.

⁴¹ INEI, ENAHO, III Trimestre 2011

GRÁFICO 4

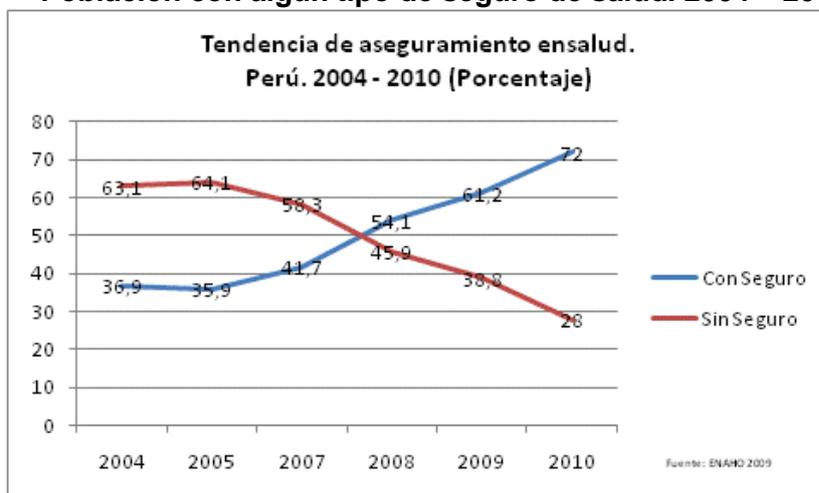


ENAHO 2010

No obstante la misma fuente señala que a partir del año 2007 en adelante, que se empieza a reflejar realmente el aumento de la cobertura de afiliación de la población al Seguro Integral de Salud. La tendencia a un mayor aseguramiento es reafirmada por la información brindada por el INEI en la ENAHO del año 2010, que muestra que la población que cuenta con algún tipo de seguro es de un 72% y la que falta proteger sería de 26%, como se puede apreciar en el gráfico siguiente.

GRÁFICO 5

Población con algún tipo de seguro de salud. 2004 – 2010



Fuente: ENAHO 2010

7.1.2 Asegurados del SIS

Con relación a los asegurados SIS, la transición hacia el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), ha introducido en las zonas del país declaradas por el MINSA como zonas piloto de AUS, la aplicación de los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo, mientras que en el resto del país, continúan vigentes los componentes de aseguramiento subsidiado y semisub subsidiado, regulados por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA y sus normas complementarias.

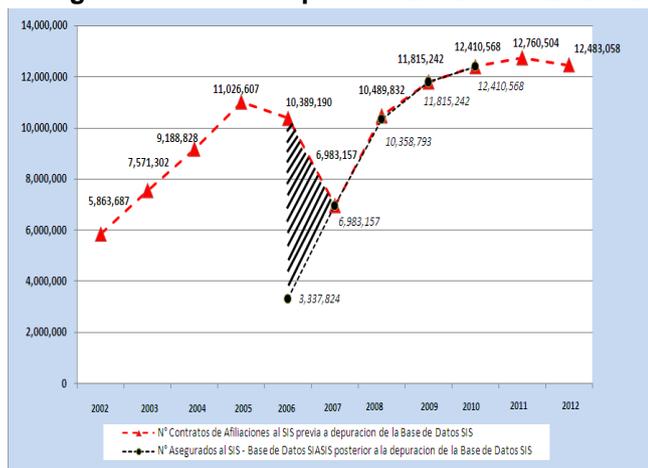
En este marco, el SIS ha implementado el financiamiento de Planes de Beneficios diferenciados, según el tipo de seguro al que pertenecen sus asegurados. Para sus asegurados del régimen de financiamiento subsidiado-AUS, el plan de beneficios alcanza a las intervenciones sanitarias contenidas al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS y en los Planes Complementarios aprobados y regulados por el SIS mediante las Resoluciones Jefaturales 133 y 134-2010/SIS, y sus modificatorias.

Los asegurados del régimen de financiamiento semicontributivo-AUS, tienen derecho a gozar de las intervenciones sanitarias contenidas en el PEAS. En tanto que los asegurados de los componentes de aseguramiento subsidiado y semisub subsidiado (No AUS), gozan de las intervenciones sanitarias contenidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias- LPIS y demás intervenciones aprobadas y reguladas por el SIS mediante la Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS”.

El gráfico muestra la situación del SIS al 2012 según datos proporcionados por el SIS.

GRÁFICO 6

Asegurados en el SIS por año 2002 a marzo 2012



A continuación el cuadro de asegurados del SIS según el tipo de seguro y por departamento, actualizado al III Trimestre del 2011:

CUADRO 18

NUMERO DE ASEGURADOS DE ACUERDO A TIPO DE SEGURO Y DEPARTAMENTOS				
Departamento	TOTAL	Subsidiados LPIS	Subsidiado AUS	Semicontributivo
Amazonas	343,453	347.336	51878	574
Ancash	607,963	629.406		525
Apurímac	373,802	381.564	208419	175
Arequipa	301,691	272.724		3149
Ayacucho	533,528	531.825	172350	85
Cajamarca	1'159,790	1.143.827		432
Callao	204,875	204.543	147875	1223
Cusco	833,581	822.653	12711	269
Huancavelica	402,828	411.225	185312	12
Huánuco	754,581	737.222		491
Ica	162,195	163.709		318
Junín	479,684	495.617	11134	350
La libertad	811,526	762.799	77416	1252
Lambayeque	482,832	461.099	9266	579
Lima	1'638,186	1.674.064	999074	10618
Loreto	828,025	834.425	18913	744
Madre de Dios	47,001	46.106		243
Moquegua	35,894	32.953		161
Pasco	122,775	125.323		594
Piura	924,074	841.081	41199	785
Puno	614,305	621.627		321
San Martín	536,384	516.883		1497
Tacna	48,204	44.707		396
Tumbes	91,93	86.873		744
Ucayali	291,445	293.467		263
Total General	12'619,216	11'380,633	1'212,783	25800

Fuente: Banco de Datos SIS, 1er Trimestre 2012

7.1.3 Asegurados EsSalud

EsSalud registra un crecimiento interesante como consecuencia del crecimiento del empleo formal y del plan de aseguramiento independiente. Según el Boletín Estadístico del III Trimestre de la SUNASA, La población asegurada de EsSalud fue de 9'072,447. En cuanto al tipo de asegurado, el 55,88% es titular, y el 44,12% es derechohabiente. Los asegurados regulares representan el 94,23%, los asegurados agrarios el 5,05%, y los potestativos el 0,72%.

Los tipos de seguros que aumentaron fueron: los pensionista en 121,033, los CAS en 30,672 y los independientes (PEAS) en 4,522. Los que más disminuyeron fueron: los trabajadores activos en 52,082, el agrario independiente en 6,102 y los pensionistas de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador en 1,304. Es más, información recabada de la Gerencia de Aseguramiento de EsSalud, en el mes de marzo del presente año se había superado ya el número de 9'521,225 asegurados, de los que 4'248,965 son titulares y 5'272,620 son derechohabientes. Del conjunto de asegurados el 48.31% radican en Lima y el Callao, el 24.97% radica en Arequipa, La Libertad, Piura y Lambayeque y el 26.72% en el resto de departamentos, siendo Madre de Dios con el menor número de aportantes.

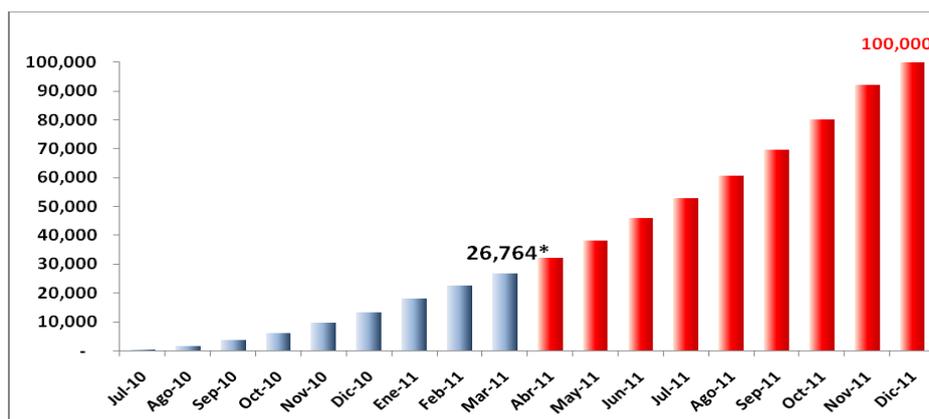
CUADRO 19

NUMERO DE ASEGURADOS DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD			
Grupo de edad	Masculino	Femenino	Totales
00-04	347,824	335,668	683,492
05-09	356,962	342,461	699,423
10-14	343,951	330,950	674,901
15-19	309,835	289,405	599,240
20-24	310,175	259,010	569,185
25-29	434,083	394,945	829,028
30-34	449,712	415,727	865,439
35-39	402,937	384,069	787,006
40-44	334,652	326,571	661,223
45-49	275,286	276,939	552,225
50-54	227,867	235,459	463,326
55-59	188,709	200,913	389,622
60-64	155,292	168,120	323,412
65-69	129,305	135,816	265,121
70-74	105,427	110,162	215,589
75-79	83,308	90,324	173,632
80 -84	62,112	63,997	126,109
85 a >	44,401	51,008	95,409
TOTAL	4,561,838	4,411,544	8,973,382

Fuente: SUNASA, Boletín Estadístico del III Trimestre-2011

Respecto a la distribución por sexo el 50,84% de los asegurados corresponde al sexo masculino y 49.16% al sexo femenino, también, algo interesante a notar es que el sexo masculino constituye mayoría hasta la edad de 44 años y a partir de los 45 años el sexo femenino pasa a tener una clara preponderancia.

GRÁFICO 7
Evolución de la Afiliación al EsSalud Independiente al 25/03/11 y Proyección al 31/12/11



Fuente: Reporte SAS, 25.03.2011 Elaboración: Oficina de Gestión de Riesgos, GCA, EsSalud

7.1.4 Asegurados de las Sanidades

Las Sanidades de las fuerzas Armadas y las Sanidades de la Policía Nacional de acuerdo a la Ley Marco del AUS se constituyen en Instituciones Administradoras

de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y tenían un plazo no mayor de 2 años para adecuarse al nuevo esquema en cuanto a su organización y funcionamiento. Sin embargo, aún están en ese proceso.

Las estadísticas de las Sanidades reportadas en el Boletín Estadístico de la SUNASA al tercer trimestre de 2011 no se presentan diferenciadas para la Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. El Boletín sobre la base de lo reportado por las Sanidades tiene cubierta a una población de 1'209,462 personas que tienen un plan de salud regular (titulares y derechohabientes) y otro grupo de asegurados que suman 119,656 constituido por ascendientes del titular y su conyugue, quienes cuentan con financiamiento parcial.

7.1.5 Asegurados IAFAS privadas

En el caso del sistema complementario de la Seguridad Social constituido por 5 IAFAS privadas (Rímac Internacional EPS S.A., Pacífico Salud EPS S.A., Persalud EPS S.A., MAPFRE PERÚ EPS, y COLSANITAS PERÚ EPS, que esperan que se dictamine la obligatoriedad del aseguramiento para promover sus planes de aseguramiento. De hecho la obligatoriedad debió entrar en vigencia 18 meses de aprobado el reglamento de la Ley del AUS.

En todo caso para el tercer trimestre de 2011, las EPS registraban 1'358,717 asegurados lo que representa un incremento de 197,153 nuevos afiliados desde similar trimestre del año 2010.

7.2 PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud define las 140 condiciones asegurables que representan el 65% de la carga de enfermedad y su extensión vendrá con el tiempo conforme mejoran, entre otros factores, las condiciones materiales. De las 140 condiciones asegurables se han definido 34 condiciones asegurables asociadas fundamentalmente a la madre y el niño, en los años siguientes cuando mejoren las condiciones se irán ampliando.

El cumplimiento de la Ley de Aseguramiento trae consigo cambios en la estructura y funcionamiento de los principales agentes del sistema, como son la separación de las funciones de gobierno de la de financiamiento y la de prestación. En este campo el desarrollo ha sido desigual, muy poco se ha avanzado en EsSalud y las Sanidades, el SIS es la única que opera cumpliendo el rol financiero que le corresponde, al igual que las IAFAS privadas

En el caso del MINSA se espera que en un tiempo razonable transfiera, vía la descentralización, el aparato prestador que aún es parte de su presupuesto y pueda de esta manera cambiar la lógica interna de su organización acorde con el nuevo contexto y fortalezca su rol rector.

8. LA INFRAESTRUCTURA Y EL EQUIPAMIENTO EN EL SECTOR

Entre 1995 y el 2006 la inversión en salud fue decreciendo como componente del gasto. El Ministerio de Salud estima que en al 2005 existía una brecha en la infraestructura de algo de 9 mil millones de Nuevos Soles. De ahí en adelante se ha venido reduciendo en aproximadamente la mitad.⁴²

Sin embargo, la inversión en infraestructura no ha seguido el perfil de la demanda de la población en el territorio, ni la organización en redes que, tanto las regiones como EsSalud, han optado como forma de organización de sus servicios asistenciales. El concepto de servicios en red, supone que opera un sistema de referencia y contra-referencia, sin embargo, en los hechos la inversión en infraestructura no toma en consideración estos preceptos lo que dificulta el poder brindar a los pacientes un tratamiento integral.

En la atención integral del paciente se reconocen tres niveles de atención de salud de acuerdo al comportamiento de la demanda. Se pretende idealmente, que el *primer nivel* atienda cuando menos el 80% de los episodios de enfermedad que presenta la población dado que las causas y la severidad de los mismos requieren una atención de baja complejidad y menor especialización y tecnificación de sus recursos.

Así mismo, se espera que las redes atiendan servicios correspondiente al *segundo nivel* de atención que debe resolver entre el 15% de los episodios de enfermedad de complejidad intermedia, es decir, tanto la capacidad resolutive cuantitativa como cualitativa tendrán un volumen de producción y complejidad intermedia. Además, en este nivel se deben cubrir las referencias provenientes del primer nivel en términos cuantitativos como cualitativos.

El *tercer nivel* está dado por el 5% de los episodios de enfermedad diagnosticados como severos y que requieren atenciones de alta complejidad, precisando por lo tanto una oferta de menor tamaño pero de alta especialización y tecnificación que configura una capacidad resolutive cuantitativa pequeña pero con gran capacidad resolutive cualitativa. Asimismo, en este nivel se deben resolver las referencias de pacientes tanto del primer como del segundo nivel de atención.

El enfoque curativo y rehabilitador de la salud que se le ha dado a la inversión sanitaria ha ocasionado una distorsión en la oferta de servicios y en la formación

⁴²Sin embargo, nunca como en los últimos años (2006-2011) el Estado ha invertido tantos recursos en ampliar y mejorar la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de establecimientos de Salud. Igual es el caso de EsSalud. En el 2009 se destinaron 1,300 millones, el 2010 unos 2,000 millones y el 2011 se estima una inversión aproximada de 2,200 millones. Todo lo cual se traduce en 20 nuevos hospitales a la fecha y 400 nuevos centros de salud y de cumplirse los plazos de entrega antes del 28 de julio se habrán entregado 45 nuevos hospitales, 63 pequeños centros de atención primaria y decenas de postas y centros de salud mejor abastecidos. (II Informe al Congreso de la República del Proceso de Implementación del Aseguramiento Universal en Salud, *MINSU, Mayo 2011*)

de recursos profesionales para la salud. Consecuentemente, es necesario replantear la inversión en infraestructura de aquí en adelante para que al 2021 se haya corregido la estructura de la oferta de servicios y se haya mejorado la calidad y la eficiencia de cada nivel y del sistema en su conjunto.

Los últimos hospitales públicos construidos a nivel nacional datan de mediados de los 80s. Es cierto que con el crecimiento económico, el gasto público en inversión en salud en infraestructura y equipamiento también ha ido en aumento. En el 2009 se destinaron 1,300 millones de soles; el 2010 unos 2,000 millones y el 2011 algo de 2,200 millones. Estos recursos se traducen en la construcción de 20 nuevos hospitales, entre ellos el nuevo Hospital de Niño, y 400 nuevos centros de salud. Se estima que de cumplirse los plazos de entrega, al 28 de julio 2011 se habrá entregado 45 nuevos hospitales, 63 pequeños centros de atención primaria y decenas de postas y centros de salud mejor abastecidos entre los que destacan:

CUADRO 20
Algunos Hospitales Públicos Construidos

Departamento	Hospital	Inversión en NS/.
Lima	Nuevo pabellón Hospital Nacional Arzobispo Loayza	17'976,711
Lima	Hospital Vitarte	125'000,000
Lima	Nuevo Hospital de Emergencia de Villa el Salvador	157'736,924
Ica	Hospital Regional de Ica	157'104,618
Ica	Nuevo Hospital San Juan de Pischo	56'221,186
Ica	Nuevo Hospital Santa María del Socorro	56'221,186
Ica	Centro de Salud San Clemente	2'500,000
Ica	Centro de Salud Túpac Amaru	2'500,000
Moquegua	Hospital de Ilo	30'556,230
Cusco	Hospital de Sicuani	6'732,796
Cajamarca	Hospital Regional de Cajamarca	86'512,495
Lambayeque	Hospital Las Mercedes	132'386,982

Con el propósito de fortalecer la oferta de servicios de los establecimientos públicos de salud incorporados como pilotos del aseguramiento universal en salud, el Ministerio de Salud gestionó ante el Ministerio de Economía y Finanzas durante el año 2008 y 2009 recursos financieros de inversión orientados a mejorar la infraestructura, realizar acciones de mantenimiento; equipamiento o reequipamiento de los establecimientos de salud.

Con respecto a la inversión en infraestructura, EsSalud también experimenta un déficit especialmente en el primer nivel de atención y en establecimientos del segundo nivel de atención, lo que repercute en la eficiencia de los grandes hospitales del sistema que ven sus servicios sobre cargados en consultas y cirugías que podrían ser resueltas en niveles de menor complejidad. Frente al estándar internacional (1 cama por cada 1,000 asegurados estándar OMS), EsSalud tiene déficit a la fecha de 1,418 camas hospitalarias.

El cuadro que se presenta a continuación refleja la ampliación, mejora o nueva infraestructura que se ha desarrollado en los últimos 4 años en busca de cerrar la brecha en infraestructura de EsSalud.

CUADRO 21

RESUMEN DE OBRAS EJECUTADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS				
N°	OBRA	Monto	Supervisión	Situación
1	Amp. Clín. Geriátrica San Isidro Labrador	15,569,127	929254	Funcionando
2	Nuevo Hospital II La Oroya	23'619,231	1'275644	Funcionando
3	Nuevo Hospital II Huamanga	20'163,129	1'212955	Funcionando
4	Nuevo Serv. Hospit. Hospital Marino Molina	6'965,312	433880	Funcionando
5	Ampl. Unid.deHospit. Alberto Sabogal	5'797,997	254577	En Arbitraje
6	Nuevo Hospital II La Merced-Chanchamayo	30'803,227	1'488318	Funcionando
7	Instituto Nacional del Corazón INCOR	46'198,429	2'690326	Funcionando
8	Mejora Policlínico Negreiros	37'157,487	2'509447	Funcionando
9	Mejora y Desarrollo Hospital I Tumbes	11'798,533	674488	Funcionando
10	Nuevo Hospital Alto Mayo	3'852,007	1'009799	Funcionando
11	Nuevo Hospital Chiclayo Oeste	36,695,048	2'517263	Funcionando
12	Centro Asistencial Virú	7'211,073	Inspector Salud	Funcionando
13	Nuevo Hospital de Alta Complejidad Ica	58'276,930	3'424803	Funcionando
14	Nuevo Hospital René Toche G. Chincha	48'124,871	2'397891	Proceso de Tran.
15	Nuevo Hospital Pisco	39'417,510	1'878829	Funcionando
16	Mejora Serv. UCI Hospital IV .Lazarte, Truj	3'782,053	Inspector Salud	Funcionando
17	Posta Medica Hualgayoc	1'542,567	Inspector Salud	Funcionando
18	Unidad Básica de Atención Primaria	1'503,853	Inspector Salud	Funcionando
19	Equip Acelerador Lineal y Resonador Magnético Rebagliati	6'859,902	189,674	En Arbitraje
TOTAL		52'264,175		

FUENTE: Gerencia Central de Infraestructura, EsSalud

EsSalud para el año 2012 cuenta con un presupuesto de inversiones de 338'504,000 NS/. Para atender proyectos de inversión, equipamiento y gastos de capital no relacionados a proyectos de inversión, tales como: equipamiento asistencial, informático administrativo por valor de 101'131,000, acorde con las políticas de inclusión social del gobierno. En resumen se trata de 7 obras mayores (entre 38 y 112 millones de NS/.), 56 obras menores (entre 160,772 y 1'207,735 NS/.) y 22 servicios relevantes (entre 3UIT y 1'788,512NS/.) como se presenta en el Cuadro siguiente:

CUADRO 22

INVERSIÓN EsSalud 2012							
NUMERO	OBRA	INVERSIÓN					TOTAL
		Expe. Téc.	Infraestructura	EQUIPAMIENTO			
				ASISTENCIAL	TIC	ADMINIST.	
1	Nuevo Hospital Tarapoto		10'294	13'527	598	295	24,710
2	Centro Metr. de Emergencia	97	47'630	19'273	977	207	68,184
3	Nuevo Hospital La Libertad		31'451	45'372	3'062	732	80,617
4	Nuevo Hospital Abancay		2'901	1'698	3'162	689	8'450
5	Nuevo Hospital Huacho		58'382				58'382
6	Consulta ext. y Emergencia Almenara (2) obras mayores		29'017	982	1'103	484	31'586
7	Proyectos Menores	2,000	23'012	1'500	700	300	27'512
8	Proyectos Alianzas Público-Privadas		2'773	4'974			7'747
9	Obras diversas	2,000	27'816	1'100	300	100	31'316

		233'276	101'131		338'504	

Gerencia Central de Infraestructura, EsSalud

Sin embargo, hasta el presente, las políticas de salud han privilegiado las inversiones en grandes hospitales con tecnología dirigida a enfrentar las condiciones de enfermedad y la reparación de la salud, dejándose para un segundo plano la promoción y protección.

La ausencia de coordinación en el sistema de salud y el modelo de atención vigente, han determinado que no se dé la debida atención al primer nivel de atención, generando en relación con la inversión lo siguiente: (i) centralismo y concentración de recursos en ciudades importantes, induciendo a inequidades con las poblaciones de zonas rurales y urbanas marginales; (ii) inversión no ligada a objetivos de salud nacionales, como estrategia para reducir costos y generar ahorros en el sistema; (iii) desarticulación de la inversión, que profundiza las inequidades existentes y duplica las inversiones de los diversos prestadores en un mismo escenario, en perjuicio de la economía del sistema.

El plan de inversión en salud debe tener como base el cuidado integral de la salud incluyendo el paquete de atención que se debe proyectar, la infraestructura y el equipamiento en cada nivel de atención y complejidad, y los requerimientos de recursos humanos y de sus competencias. Esto deberá ser contrastado con la oferta sectorial existente para identificar las brechas y requerimientos de inversión futura.

En los últimos años el Estado ha realizado un gran esfuerzo en la construcción de nueva infraestructura, equipamiento y contratación de personal sanitario, en especial para mejorar el primer nivel de atención. La inversión en equipamiento e infraestructura ha sido significativa, tanto en el ámbito Estatal como en el de la Seguridad Social de Salud (EsSalud). Sin embargo, continúa pendiente el cierre de brechas, especialmente en las zonas y distritos de extrema pobreza y resolver el problema de la inequidad en el acceso en los distintos niveles de atención.

Por consiguiente el Ministerio de Salud debe recuperar la decisiones sobre la asignación de los recursos sectoriales a fin de corregir la distribución inequitativa del presupuesto público en términos per cápita en el territorio nacional y corregir el sesgo en la asignación de recursos a favor de los hospitales en desmedro de la atención en atención primaria de salud lo preventivo promocional y de los establecimientos del primer y segundo nivel.

A pesar de haber experimentado mejoras el presupuesto de inversiones en salud no guarda relación con las crecientes necesidades del país ni las prioridades sanitarias, además se debe tener presente los problemas que tiene relación con la distribución de los recursos de salud en el territorio. A pesar de haber mejorado en los últimos años, la distribución territorial de los recursos financieros del Estado, destinados a los servicios de salud, en términos per cápita continúa siendo inequitativa y no responde a criterios de inclusión. De

hecho no es sólo un problema de acceso a los primeros niveles de salud, también se tienen problemas en el acceso a los servicios de mayor complejidad.

8.1 IMPLICANCIAS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La mayor carga por enfermedades no transmisibles llevan a una mayor utilización de los servicios de salud, mayor costo de la atención y exige mayor capacidad resolutive de los establecimientos de salud, dado que estas enfermedades tienen mayor duración, mayores secuelas y son causa de otras enfermedades. Algo a considerar es el impacto de estas enfermedades en la población en situación de pobreza dado que ésta encuentra múltiples barreras de acceso a los servicios de mayor complejidad y por lo general llegan con diagnósticos tardíos. Por esa razón es crucial fortalecer el primer nivel de atención y asegurar que los servicios que brinda sean de calidad. Las intervenciones preventivas de detección precoz de enfermedades crónicas es vital y el acceso creciente a servicios de mayor complejidad cuando el estadio de la enfermedad así lo exige.

8.2 OFERTA DE SERVICIOS

8.2.1 Sector estatal

El sector estatal cuenta con algo de 7,855 establecimientos de salud 7,628 de los cuales están categorizados y 227 por categorizar. Los más numerosos son los establecimientos de categoría I-1 que dan cuenta de 4,367 (estos establecimientos no se cuenta con médico por lo que su capacidad resolutive es muy limitada), seguido por 1,697 establecimientos categorizados como I-2; 1,047 categorizados como I-3 y 356 categorizados como I-4, todos ellos correspondientes al primer nivel de atención.

En el segundo nivel de atención 92 establecimientos están categorizados como II-1, 32 como II-2, y en el tercer nivel de atención se cuenta con 25 establecimientos categorizados como III-1 y 10 como III-2. De esta última categoría que son los de mayor complejidad existen: 1 en la Ciudad de Arequipa, 1 en el Callao, 6 en Lima y 2 en La Libertad.⁴³

8.2.2 La Seguridad Social de Salud

El Seguro Social cuenta con 302 (postas, centros médicos y policlínicos) centros asistenciales del primer nivel de atención, 76 hospitales I, II y III; correspondientes al segundo nivel de atención y 5 hospitales IV, 4 hospitales nacionales correspondientes al tercer nivel de atención y 3 institutos especializados.⁴⁴

⁴³ Boletín Estadístico III TRIMESTRE 2011 SUNASA, p. 11

⁴⁴ Gerencia Central de Prestaciones de Salud, ESSALUD

8.2.3 Las Sanidades de las FFAA y de la Policía Nacional⁴⁵

La Fuerza Aérea cuenta con un total de 22 establecimientos de salud, distribuidos en 8 departamentos del país, además de Lima y el Callao. Nueve faltan categorizar. La Marina cuenta con un total de 137 establecimientos de salud para la atención del personal y sus familiares, el 60,6% ubicado en Lima y Callao; la mayoría de establecimientos son del primer nivel de atención. Cuenta con tres hospitales, ubicados en Lima, Callao e Iquitos. El Ejército reporta un total de 199 establecimientos de salud, estos incluyen ciento cincuenta y nueve (159) enfermerías. El 77% de sus establecimientos están ubicados en regiones distintas a Lima y Callao, donde se ubica el 23% de establecimientos, incluyendo el Hospital Militar Central de referencia nacional.

De otro lado, la Sanidad de la PNP tiene un total de 155 establecimientos de salud, en su mayoría descentralizados congruente con la ubicación del personal de esta institución. Cuenta con cuatro hospitales de referencia regional, dos de ellos ubicados en Lima y Callao y tiene un hospital de referencia nacional ubicado en Lima.

8.3 USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con los resultados de ENAHO⁴⁶; un 70% de la población presentó un problema de salud, 34,5% “problemas de salud crónicos” y un 36,4% “problemas de salud no crónico”. Considerando sólo la población con algún problema de salud (“crónico” y “no crónico”), se tiene que al tercer trimestre del 2011 del total de la población que presentó algún problema de salud, el 51,7% busco alguna atención para aliviar el problema que lo aquejaba. El 48,3% sostiene que no fue necesario buscar ayuda. El 28,1% de la población nacional no acudió por que “usó remedios caseros” o “se auto medicó”. En el ámbito rural el porcentaje es mayor llegando al 33,2%; mientras que en “Lima Metropolitana” llega a un 23,7%.

Otras causas por las cuales la población no acude a los establecimientos de salud, se encuentran asociadas a “falta de seguro, falta de tiempo y maltrato del personal de salud”, que son consideradas por un 27,1% de la población, comparando a nivel de áreas geográficas, al tercer trimestre este grupo es más frecuente en el área rural donde se presenta en el 29,0%.

Las condiciones relacionadas con el aspecto económico como es la “Falta de dinero” para este trimestre a nivel nacional son consideradas por el 12,9% de la población; siendo este porcentaje mayor en el área rural, donde alcanza al 13,6% de su población.

Las farmacias son el principal lugar donde la población acudió para atenderse con el 19,0%; seguidamente se ubican los establecimientos estatales (ex MINSA)

⁴⁵ Boletín Estadístico III TRIMESTRE 2011 SUNASA, p. 18 y 19

⁴⁶ INEI, ENAHO III Trimestre-2012

con un 16,9%, en tercer lugar se ubican los establecimientos particulares donde acudió el 7,6% de la población y en cuarto lugar los establecimientos de EsSalud donde acudió el 6,4% de la población. En relación a trimestres anteriores se observa un incremento permanente en la población que acude a las farmacias como lugar donde la población busca una atención de salud, llegando a un 20,0% a nivel de Lima Metropolitana y al 23,1% a nivel urbano.

A nivel rural los establecimientos estatales son los principales lugares de atención, donde acude el 26,6% de esta población. En “Lima Metropolitana” y el resto urbano los establecimientos estatales ocupan el segundo lugar con el 13,9% y el 13,3% respectivamente, mientras que el 12,3% de limeños acude a los establecimientos particulares, siendo Lima la región donde existe una mayor proporción de población que acude a los establecimientos privados.

Los servicios de salud con infraestructura insuficiente, mal equipada sin personal calificado y por ello subutilizada en el nivel primario, lleva al desplazamientos de pacientes con problemas de poca o mediana complejidad a las ciudades capitales en búsqueda de diagnósticos y atención, hospitales de alta complejidad sobrecargados con casos sencillos que podrían tratarse eficientemente en establecimientos de menor complejidad, y falta de accesibilidad a servicios especializados de pacientes que los necesitan debido a la ineficacia del sistema de referencia. Todo ello impide garantizar una atención eficaz con capacidad resolutive adecuada.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA EN SALUD 2007-2020 DEL PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD⁴⁷

1. Atención Integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Mejoramiento Progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
4. Medicamentos de calidad para todos/as.
5. Desarrollo de los Recursos Humanos.
6. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
7. Participación Ciudadana en Salud.
8. Mejoramiento de los otros determinantes de la salud.
9. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local.
10. Financiamiento en función de resultados.
11. Aseguramiento Universal en Salud.

⁴⁷ Plan Nacional Concertado de Salud

3. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA 2012-2016 CON PROYECCIONES AL 2020

A pesar de los grandes avances subsisten determinados grupos de problemas sanitarios que el sector debe continuar atendiendo con más vigor para darles una respuesta en el intento de alcanzar niveles que se esperan de un país emergente que aspira incorporarse al primer mundo.

3.1 Todas las instituciones del sector deberán realizar un vigoroso esfuerzo para disminuir la RMM, las tasas de mortalidad infantil y desnutrición infantil

El primer grupo lo constituyen la mortalidad materna, la mortalidad infantil, el alto nivel de desnutrición crónica infantil por lo que es necesario doblar los esfuerzos y la inversión en el área de salud materno-infantil, a fin de aumentar la atención profesional de la gestante para que pase por los controles establecidos como estándares recomendados, la debida atención del parto y la reducción de los factores de riesgo y concomitantes, a fin de reducir las condiciones y enfermedades que complican el embarazo, parto y puerperio. El niño desde su concepción debe recibir los cuidados a través del cuidado de la madre y a partir de su nacimiento recibir las intervenciones de prevención y tamizaje de enfermedades que constituyen las principales causas de enfermar y morir de este grupo. Promover la lactancia materna y alimentación adecuada a partir de los 6 meses en adelante pero en especial hasta los tres años de edad. En este campo se requiere mejorar las capacidades del personal en la periferia.⁴⁸

3.2 Las instituciones del sector deberán continuar con una política más agresiva para combatir las enfermedades transmisibles en especial la tuberculosis, el VIH-SIDA, ETS y las inmunoprevenibles en particular la Hepatitis B.

Se requiere replantear las estrategias sanitarias a fin de incorporar aspectos intersectoriales que contribuyan a disminuir o en su caso controlar la extensión de estas enfermedades.

3.3 Las Instituciones del sector deberán adecuar sus estrategias a fin de enfrentar las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas para evitar que tomen características epidémicas y se conviertan en una carga de enfermedad pesada e inmanejable para el sistema.

⁴⁸ El análisis del auto reporte de competencia de los profesionales entrevistados en Cusco revela que sólo el 14% de una muestra de 143 profesionales califica su pericia en las ocho competencias (función obstétrica neonatal básica) al menos como buena. En Bagua, en una muestra de 48 profesionales, este porcentaje asciende al 22%. Se auto reporta una baja auto percepción para cuatro de las competencias: (1) extracción manual de la placenta, (2) extracción de restos retenidos en el útero, (3) asistencia instrumental del parto vaginal, y (4) realización de cesáreas. En el caso de las emergencias de salud infantil, la auto-percepción de competencias es baja para la atención de enfermedades muy graves: sepsis, meningitis o estridor en reposo. La revisión de las historias clínicas, por otro lado, confirma el análisis anterior, indicando que el personal posee bajos niveles de concordancia con las competencias necesarias para poder resolver a cabalidad las emergencias atendidas. Así, por ejemplo, muy pocos de los casos de hemorragia obstétrica postparto, extracción manual de la placenta y episiotomía fueron atendidos correctamente

En consecuencia deberán urgentemente propiciar con redoblada energía estilos de vida y alimentación saludables, estableciendo programas integrados de tamizaje del síndrome metabólico, de detección temprana y el tratamiento oportuno. Se deberá mejorar las competencias del personal para desarrollar estas funciones. En este sentido resulta importante abordar la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidentes cerebro vasculares, los distintos tipos de cáncer y otras dolencias de la tercera edad.

3.4 El ejercicio del derecho a la salud requiere que las instituciones del Sector mejoren el acceso a los servicios y la oportunidad y calidad con la que se brinda la atención.

Es necesario que tengan en cuenta la importancia del desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los protocolos, se piense en la necesidad de los pacientes antes que en las de la oferta y tengan en cuenta la satisfacción y la opinión del paciente, requiere así mismo, que la disponibilidad de Los medicamentos y su buen uso sea parte consubstancial de la atención médica y que todo paciente debe tener acceso a ellos.

Consecuentemente se requiere acabar con los meandros burocráticos, las largas listas de espera para acceder a consulta o cirugía, el maltrato a los pacientes los problemas garantía y de seguridad y que la calidad sea buena e igual en todos los niveles de atención.

3.5 Las instituciones del sector deben avanzar en la necesaria articulación del sistema de salud en función de la demanda y necesidades de la población.

Para ello deberán adoptar los mecanismos que permitan un intercambio de prestaciones como son la unidad de valor, la cartera de servicios acreditados entre otros instrumentos que faciliten el intercambio, así mismo deben avanzar en la separación de funciones que establece la Ley Marco de Aseguramiento en IAFAS E IPRES claramente diferenciadas. En ese sentido el Ministerio de Salud en coordinación con los gobiernos regionales debe organizar el aparato prestador estatal a fin de responder a un manejo eficiente de los servicios.

3.6 Las instituciones del sector bajo la conducción del Ministerio de Salud deben abordar la planificación de la demanda de recursos humanos profesionales y técnicos para la salud.

Para ello se debe establecer el número, tipo y competencias por niveles de atención, y asegurar que se reoriente la formación de acuerdo a lo planificado a fin de regular y conectar la formación con los objetivos y necesidades del sector.

Se deberá impulsar la acreditación de las escuelas y facultades que forman profesionales de la salud, así como la certificación y control real del ejercicio profesional y la regulación de las prácticas profesionales y el residentado. Dar inicio a la desconcentración del personal médico de los grandes hospitales y desplazarlos a los hospitales del segundo nivel y al nivel de la atención primaria,

a fin de disminuir la persistentes inequidades en el territorio y particularmente en el ámbito rural. Se debe definir una política de recursos humanos clara y acorde con objetivos sectoriales. El marco normativo existente es fragmentado y desordenado, producto de distintos intereses (presiones gremiales, controles presupuestales y necesidades del servicio) que no fueron discutidos y armonizados. Al régimen de carrera que se tiene en la actualidad le faltan elementos cruciales para asegurar un equilibrio entre los dos objetivos que debe tener toda legislación sobre esta materia: proteger los derechos de los servidores públicos, por un lado, y contener los incentivos necesarios para asegurar el buen desempeño, en beneficio de los usuarios, por otro lado.

3.7 Las instituciones del sector de manera coordinada y planificada deben resolver el déficit de infraestructura, a lo largo de los próximos diez años.

El plan de inversión en salud que debe ser un plan abierto y dinámico debe tener como base el cuidado integral de la salud dando mayor énfasis al primer y segundo nivel de atención incluyendo una proyección del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud -PEAS. Deberá contemplar la infraestructura y el equipamiento en cada nivel de complejidad, y los requerimientos de recursos humanos y de sus competencias, y, sobre todo el funcionamiento en red del sistema de referencia y contra-referencia. Esto deberá ser contrastado con la oferta sectorial existente para identificar las brechas y requerimientos de inversión futura.

3.8 Lograr el acceso universal a medicamentos de calidad ejerciendo una política efectiva de regulación y apelando a mecanismos de economía de escala que permita precios asequibles a las mayorías.

De otro lado, es importante que los sistemas de medicamentos del sector estatal y de la Seguridad Social mejoren su sistema de distribución almacenamiento y farmacia, cumpliendo los objetivos sociales como la equidad. Se debe por tanto: i) garantizar el acceso equitativo a los medicamentos priorizando los medicamentos esenciales, ii) promover el consumo racional de medicamentos como mandato para todo el sector, dando prioridad a los genéricos, iii) fomentar la eficiencia de los recursos humanos y económicos para medicamentos, iv) asegurar el cumplimiento de las normas de calidad en todo el proceso de suministro de medicamentos. El sector estatal (MINSA, SIS, FFAA, PN y gobiernos regionales), financia con el presupuesto nacional, el Seguro Social de Salud, financia con su fondo a través de ESSALUD y EPS el gasto de los asegurados y derechohabientes del régimen contributivo, seguros privados, financian con los fondos constituidos con el aporte de sus afiliados. Todas las instituciones del sector deben propender a que el gasto familiar “gasto de bolsillo” de la población vaya en disminución. El suministro de medicamentos constituye un soporte estratégico para el modelo de prestación de servicios y por tanto de la atención integral de salud.

3.9 Abordar los determinantes de la salud a través de campañas educativas orientadas promover estilos de vida saludables y a modificar comportamientos

nocivos con el ambiente, y en general mejorar las condiciones de vida de las personas en especial de las que se encuentran en situación de pobreza extrema y pobreza y apoyar a los gobiernos locales en su rol de promotores de ambientes saludables en el entorno de la comunidad y el trabajo.

LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS Y ESPECÍFICOS AL 2016 QUE SE ESPERA ALCANZAR SON:

1. Haber reducido la RMM, la Tasa de Mortalidad Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil a la mitad en el 2016 y al 2021 estar cerca o haber logrado lo que la OMS considera una RMM baja.

- 1.1. Haber alcanzado una cobertura de partos institucionales del 95% en el ámbito rural y del 100% en el ámbito urbano
- 1.2. Haber conseguido que el 95% de las mujeres gestantes en el área urbana y el 80% de las mujeres en el ámbito rural hayan recibido su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo y continúen con sus controles mensuales hasta los siete meses y medio, quincenales hasta el octavo mes y semanales en el mes programado para el parto.
- 1.3. Haber asegurado que los servicios de salud cuenten con la infraestructura suficiente, bien equipada, con el 100% del personal que atiende parto institucional adecuadamente capacitado para atender las complicaciones.
- 1.4. Haber conseguido eliminar los obstáculos normativos que impiden el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y haber desarrollado un programa de abordaje intersectorial, aprovechando el capital social (organizaciones de madres) para disminuir los embarazos en adolescentes.
- 1.5. Haber reducido la incidencia de IRAS en menores de 36 meses a la mitad (Línea de base 19.1% ENDES Continua 2010) al haber extendido la cobertura de vacunaciones, incluido el uso de vacunas contra la infección por neumococo y Haemophilus influenza de tipo B, el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, la mejora de la nutrición y el control del crecimiento y desarrollo.

2. Haber redoblado el control y el tratamiento, así como reducido la incidencia de las enfermedades transmisibles y estar en camino a una reducción significativa o en su caso haber disminuido la incidencia acumulada y propagación de estas enfermedades.

- 2.1. Haber logrado reducir la Tuberculosis en 10% anual (Línea de base 26,478 casos en el 2010 -PEM TB 2010 - 2019);
- 2.2. Haber controlado y disminuido la incidencia acumulada del VIH-SIDA y su propagación.
- 2.3. Haber extendido la cobertura de la vacunación contra la hepatitis b al 95% de la población adolescente e infantil del país.
- 2.4. Haber reducido de manera significativa la incidencia acumulada y el número de casos de malaria y dengue (Líneas de base 14,350

infecciones *P. vivax* y 1,586 infecciones de *P.falciparum*; 23,616 dengue clásico año 2011).

3. Haber logrado cambiar la cultura centro-hospitalaria enfocada en curar y rehabilitar fortaleciendo las intervenciones preventivas y promocionales de la salud.

- 3.1. Haber cambiado las estrategias y programas adecuando los servicios de atención primaria en el primer nivel de atención para atender de manera integrada el tamizaje de todo paciente que registre sobrepeso con fines de detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebro vasculares y los canceres de mayor prevalencia.
- 3.2. Haber realizado la más importante campaña continua de salud de los últimos años promoviendo estilos de vida saludable y haber propiciado el ejercicio físico y el deporte desde la temprana edad.
- 3.3. Modernizar las instalaciones y las tecnologías clínico-hospitalarias y preparar los servicios para atender a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas y a los pacientes de la tercera edad.

4. Haber avanzado en el proceso de especialización de las instituciones del sector, diferenciando los roles que deben cumplir a fin de obtener los mayores niveles de eficiencia en cada campo de especialización.

- 4.1. Haber fortalecido a la Autoridad Sanitaria que ejercen el Ministerio de Salud a nivel nacional, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales como órganos de gobierno y rectores en su jurisdicción en materia de salud, conforme a las competencias que les otorga la Ley.
- 4.2. Fortalecer al SIS, EsSalud y las Sanidades como entidades aseguradoras y financiadoras con el objeto lograr la cobertura total de los no asegurados y de transitar hacia modalidades de financiamiento (pago) más eficientes y abandonar la asignación de recursos sobre bases históricas que es inequitativa, desalientan a los prestadores y no permite incentivar el buen desempeño.
- 4.3. Haber acordado una forma de organización de los servicios de los prestadores para que funcionen en redes que comparten los mismos ámbitos y pueda haber una interrelación eficiente de servicios.
- 4.4. Contar con todos los mecanismos que permiten un intercambio eficiente y ágil de prestaciones que favorecen a los pacientes sin distingo del sistema al que pertenecen.

5. Haber reducido la brecha de recursos humanos y, logrados que su formación responda a los objetivos de mediano y largo plazo trazados por el sector.

- 5.1. Haber fortalecido las relaciones del sector con las facultades e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y logrado adecuar el perfil de los egresados a las necesidades del país.

- 5.2. Haber corregido distorsiones del mercado laboral mediante mensajes claros a través de la contratación de personal orientado a cubrir las prioridades del sector y mejorado las condiciones de trabajo e incentivos para el trabajo en zonas de condiciones difíciles.
- 5.3. Haber logrado la aprobación de la ley que rige la carrera del servicio en salud para el sector público y de la seguridad social con la que vienen incorporándose los nuevos profesionales de la salud.
- 6. Contar con el Plan Coordinado de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de Largo Plazo para el sector salud que comprende al Ministerio de Salud, la Seguridad Social, las Sanidades y los gobiernos regionales.**
- 6.1. Se está en camino de contar con una infraestructura sanitaria más equitativa en el territorio nacional y que responde a las necesidades presentes y futuras de la población.
- 6.2. Se cuenta con una comisión especializada que actualiza el Plan de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de manera permanentemente de acuerdo a las innovaciones tecnológicas que surgen en este campo.
- 7. Las instituciones del sector con el apoyo de la sociedad civil han logrado que el gasto público en salud tenga un incremento de un punto porcentual hasta estar por encima del promedio regional.**
- 7.1. Se ha fortalecido la capacidad de negociación del sector con estudios que sustentan los requerimientos del Sector
- 7.2. Se ha conseguido mejorar el nivel de ejecución y la calidad del gasto basado en resultados sanitarios y de gestión.
- 7.3. Se ha logrado reducir las brechas en infraestructura, equipamiento y recursos humanos del sector.

ESTRATEGIAS, INDICADORES, LÍNEAS DE BASE Y METAS

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Haber reducido la RMM, la Tasa de Mortalidad Neonatal e Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil de manera significativa.

Objetivos Específicos RMM

- 1.1 Haber aumentado la cobertura de partos institucionales
- 1.2 Haber conseguido un aumento en el control de gestantes en el primer trimestre de embarazo
- 1.3 Haber asegurado que los servicios de salud cuenten con la infraestructura suficiente, bien equipada, con personal que atiende parto institucional adecuadamente capacitado para atender las complicaciones
- 1.4 Haber conseguido eliminar los obstáculos normativos que impiden el acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y haber desarrollado un programa de abordaje intersectorial, aprovechando el capital social (organizaciones de madres) para disminuir los embarazos en adolescente.
- 1.5 Haber tomado todas las medidas orientadas a la reducción de la Mortalidad Neonatal y Mortalidad Infantil

Estrategias para la reducción de la RMM

1. Comprometer los Poderes del Estado y a los tres niveles de gobierno para priorizar la reducción de la RMM y perinatal como política de alta prioridad.
2. Comprometer la participación multisectorial del sector público, sector privado, programas sociales, Foro del Acuerdo Nacional, MCLCP, entre otros actores.
3. Comprometer la participación de la cooperación técnica internacional.
4. Asegurar el financiamiento para las acciones del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015.

<p>5. Garantizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de partos, complicaciones y emergencias.</p> <p>6. Dotar a los servicios de salud de personal capacitado para la atención obstétrica y neonatal. Preparar a los SERUMISTAS en la atención del parto antes de desplazarlos a su lugar asignado de destino.</p> <p>7. Asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos requeridos para atender a la madre y al recién nacido.</p> <p>8. Mejorar los procedimientos y procesos de atención y gestión del parto y atención del neonato. Mejorar la infraestructura y equipamiento para la atención institucional del parto.</p> <p>9. Atención diferenciada en salud sexual y reproductiva de la población adolescente.</p> <p>10. Garantizar la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos, medicamentos e insumos para la atención de planificación familiar.</p> <p>11. Atención diferenciada en salud sexual y reproductiva de la población adolescente.</p> <p>12. Garantizar la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos, medicamentos e insumos para la atención de planificación familiar.</p> <p>13. Asegurar la dotación de sangre segura según nivel de complejidad.</p> <p>14. Fortalecer la operatividad de las redes obstétricas y neonatales, mejorando el sistema de transporte entre los establecimientos, de acuerdo a las necesidades y realidad local.</p> <p>15. Aumentar el número de casas de espera, en establecimientos FONB contribuyendo a mejorar el acceso a la atención institucional y profesional del parto.</p> <p>16. Que todas las gestantes continúen con sus controles mensuales hasta los siete meses y medio, quincenales hasta el octavo mes y semanales en el mes programado para el parto</p>		
% de partos Institucionales	60.3% en área rural y 94.4 % en área urbana (2010)	- Reducir la RMM a la mitad en el 2016 - Al 2021 estar cerca o haber logrado lo que la OMS considera una RMM baja - 95% en el ámbito rural y 100% en el ámbito urbano de partos institucionales
% de mujeres gestantes controladas en el I Trimestre	79.1% en el área urbana y 67.2% en el área rural (2010)	95% en el área urbana y el 80% de las mujeres en el ámbito rural
% de establecimientos con nivel resolutivo para atender partos con infraestructura adecuada y bien equipada	Línea de base x determinar (Censo de Infraestructura y Equipamiento)	90% de establecimientos con infraestructura adecuada y bien equipada. 100% de personal bien capacitado
Objetivos Específicos TMI y Desnutrición Crónica		
<p>1.6. Haber tomado todas las medidas orientadas a la reducción de la Mortalidad Infantil</p> <p>1.7. Haber conseguido reducir la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años</p> <p>1.8. Haber combatido exitosamente la incidencia de IRAS en menores de 36 meses</p> <p>1.9. Haber extendido la cobertura de vacunaciones</p> <p>1.10. Haber reducido la incidencia de las enfermedades diarreicas (EDAS) entre niños y niñas tanto en el área urbana como en la rural a la mitad, habiendo dado mayor énfasis a los departamentos selváticos</p>		
Estrategias para reducir la desnutrición crónica en niños		
<p>15. Mejorar las prácticas de alimentación y de cuidado de los niños/as menores de 5 años.</p> <p>16. Promover el consumo del Alimento Complementario Nutricional para todos los niños/as de 6 meses a menores de 2 años y de las mujeres embarazadas desnutridas y el consumo de micronutrientes.</p> <p>17. Incorporar en el modelo de salud familiar y comunitaria, basado en la promoción de la salud, mediante la intersectorialidad, movilización y participación comunitaria e interculturalidad, aspectos claves relacionados con la Meta Cero Desnutrición.</p> <p>18. Mejorar la calidad de la atención de la desnutrición y de las enfermedades prevalentes de los niños/as menores de 5 años.</p> <p>19. Incorporar en el currículo escolar las buenas prácticas alimentarias y nutricionales y apoyar la capacitación de docentes en nutrición</p> <p>20. Vacunación contra la infección por neumococo y Haemophilus influenza de tipo B</p> <p>21. Mejorar el manejo de los casos de neumonía en los centros de salud y los hospitales especialmente a través de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)</p> <p>22. Promover vigorosamente la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida</p> <p>23. Mejorar la educación de las madres en relación a su nutrición y la de sus hijos y cumplir con el control del crecimiento y desarrollo.</p>		
Tasa de Mortalidad Neonatal. Tasa de	Muerte neonatal 11x1,000 nacidos	Reducir la Mortalidad Neonatal,

Mortalidad Infantil	vivos; Tasa de mortalidad infantil estimada al 2011 es de 22,18 por 1.000 nacidos vivos -ENDES Continua -2010	Mortalidad Infantil y la Desnutrición Crónica en la mitad al 2016 y en mitad al 2021 95% en el ámbito rural y 100% en el ámbito urbano de partos institucionales
Índice de Desnutrición Crónica Infantil	16.6 % nacional 8% urbana 32% rural	Reducir la Desnutrición Crónica Infantil en 50%
incidencia de IRAS	Línea de base 19.1% (ENDES Continua 2010)	Reducir las IRAS EN UN 50%
Incidencia de EDAS	Línea de base urbana 19.3%, rural 18.3%)	Reducir las EDAS en un 50%
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2		
Haber reducido la incidencia de las enfermedades transmisibles y estar en camino a una reducción significativa de la incidencia acumulada y propagación de estas enfermedades.		
Objetivos Específicos		
<p>2.1. Haber logrado reducir la incidencia de la Tuberculosis.</p> <p>2.2. Haber controlado y disminuido la incidencia acumulada el VIH-SIDA y su propagación.</p> <p>2.3. Haber reducido de manera significativa la incidencia acumulada y el número de casos de malaria y dengue</p> <p>2.4. Haber reducido de manera significativa la incidencia acumulada y el número de casos de Hepatitis B</p>		
Estrategias contra la TBC		
<p>1. Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de Interés Nacional;</p> <p>2. Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR, brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad.</p> <p>3. Vigilar permanente para la identificación de nuevas poblaciones y la expansión de las ya identificadas: Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables.</p> <p>4. Garantizar recursos humanos en los servicios y programas sociales comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones.</p> <p>5. Asegurar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles; Garantizar la disponibilidad en todos los puntos de dispensación de medicamentos.</p> <p>6. Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú; promover en la sociedad una cultura de autocuidado en salud respiratoria y promover y respetar la autonomía de las personas afectadas de TB.</p> <p>7. Garantizar la ejecución del Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019.</p>		
Incidencia de TBC	26,478 enfermos de TBC registrados en todas sus formas 2010 -(PEM TB 2010 - 2019	Reducir la TBC en todas sus formas en 50%
Estrategias contra el VIH-SIDA y ITS		
<p>1. Promover un entorno político, social y legal favorable al abordaje integral del VIH-SIDA</p> <p>2. Reducir la incidencia de VIH y la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL.</p> <p>3. Reducir en 50% la prevalencia de ITS en la población general</p> <p>4. Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual y estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes.</p> <p>5. Reducir la transmisión vertical a menos del 2%</p> <p>6. Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos</p> <p>7. Fortalecimiento del sistema de salud en su capacidad de respuesta integral a las ITS y el VIH/SIDA</p> <p>8. Fortalecimiento del sistema de información que asegure la difusión oportuna de la información y su utilización en las políticas públicas y acciones de prevención y control</p> <p>9. Dar prioridad a las intervenciones preventivas y detección temprana</p> <p>10. Lograr que el 90% de personas infectadas tengan acceso a tratamiento integral</p> <p>11. Formular el Plan Estratégico Multisectorial de Lucha contra el VIH-SIDA y ITS 2013-2020</p> <p>12. Fortalecer el sistema de información, monitoreo y evaluación para una toma de decisiones informada y medición de logros</p> <p>13. Asegurar la disponibilidad de medicamentos retrovirales</p> <p>14. Asegurar el financiamiento para la ejecución de las estrategias.</p>		
Incidencia de VIH-SIDA	27 863 casos de SIDA y 44 598 infecciones por VIH notificados DGE a	Meta por determinar

Julio del 2011		
Estrategia contra la Malaria y el Dengue 1. Redoblar los esfuerzos para prevenir la malaria y el dengue, y llevar a cabo la vigilancia y la detección y contención tempranas de las epidemias. 2. Promover, fortalecer y optimizar los mecanismos y herramientas para realizar el control de vectores de manera sensata y costo-eficaz. 3. Mejorar el sistema de diagnóstico y tratamiento de la malaria y el dengue. 4. Fomentar un entorno que promueva el apoyo a las acciones contra estas enfermedades. 5. Optimizar las iniciativas destinadas a fortalecer los sistemas regionales y locales de salud y dotar de capacidad para afrontar de forma pertinente y adecuada los problemas en materia de malaria y dengue. 6. Debe optimizarse el empleo de algunos recursos de prevención, vigilancia y control fácilmente disponibles (por ejemplo, mosquiteros tratados con insecticida; 7. Comunicación para el Cambio de Comportamiento de las familias en zonas endémicas y en las zonas exentas de transmisión de estas enfermedades 8. Colaboraciones entre programas. 9. Acciones colectivas y coordinadas de diversos sectores. 10. Mantenerse atenta, competente y activa en su abordaje de la malaria y el dengue. 11. Evitar la reaparición de la transmisión donde la transmisión ya haya sido interrumpida y en las zonas exentas de transmisión. 12. Reducir en un 50% la mortalidad y morbilidad debidas a la malaria y el dengue para 2016 y en un 25% adicional para 2020. 13. Hacer lo posible por eliminar la transmisión de la malaria y el dengue en las localidades endémicas.		
Incidencia acumulada de Malaria Incidencia acumulada de Dengue	Malaria: 14,350 infecciones P. vivax y 1,586 infecciones de P. falciparum año 2011	Reducir el número de casos de Malaria de ambos tipos y de Dengue en 50%
Estrategia contra la Hepatitis B 1. Vigorosa intervención de programa de protección de la niñez y adolescencia con vacunación contra la hepatitis 2. Detección mediante examen de sangre y tratamiento de personas infectadas de Hepatitis B		
Incidencia de Hepatitis B	Por determinar	95% de niños y adolescentes vacunados contra en Hepatitis B
OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 Haber logrado cambiar la cultura centro-hospitalaria enfocada en curar y rehabilitar fortaleciendo las intervenciones preventivas y promocionales de la salud y obteniendo resultados tangibles.		
Objetivos Específicos 3.1. Haber cambiado las estrategias y programas adecuando los servicios de atención primaria en el primer nivel de atención para atender de manera integrada el tamizaje de todo paciente que registre sobrepeso con fines de detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebro-vasculares y los cánceres de mayor prevalencia. 3.2. Haber realizado la más importante campaña de salud de los últimos años promoviendo estilos de vida saludable y haber propiciado el ejercicio físico y el deporte desde la temprana edad. 3.3. Modernizar las instalaciones y las tecnologías clínico-hospitalarias y preparar los servicios para atender a los pacientes en el primer y segundo nivel de atención con énfasis en el tratamiento materno-infantil y tratamiento precoz de crónicas y degenerativas		
Estrategias de detección temprana de Crónicas y Degenerativas 1. A cada paciente con signos de sobre peso se le debe registrar su peso, presión arterial, circunferencia de la cintura; en laboratorio se debe solicitar glicemia, perfil lipídico, insulina basal, microalbuminuria. 2. El primer nivel de atención en salud debe atender el manejo integral de pacientes con síndrome metabólico, haciendo énfasis en la modificación del estilo de vida como base.		
N° de establecimientos en el que opera el programa de síndrome metabólico para la detección temprana de enfermedades crónicas Proporción de personas que pasan tamizaje Proporción de personas que se les detecta enfermedad crónica en	Inicio de programa. Línea base 0	80% de establecimientos ejecutan programa de detección temprana 90% de personas con signos de sobrepeso que han pasado por el tamizaje por síndrome metabólico

estadio temprano		
<p>Estrategias de promoción de Vida Saludable</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular la creación de programas y difusión de programas de prevención de adicciones, la detección oportuna de cáncer de mama y de cervico-uterino, próstata, de salud visual, de vacunación, mediante los cuales se fomenten estilos de vida saludables. 2. Fortalecer y promover los hábitos deportivos y de cuidado de salud. 3. Promover en la población una cultura y sistema de valores que se integren a la calidad de vida, considerando su salud física, estado psicológico nivel de dependencia, relaciones sociales y elementos esenciales del entorno. 4. Crear la infraestructura y nuevos espacios de consultoría, proporcionados por prestadores de servicio social. 5. Generar indicadores que nos permitan obtener un diagnóstico de salud física y mental en la comunidad. 6. Impulsar programas educativos, talleres, foros, campañas y eventos culturales que optimicen valores que favorezcan la calidad de vida. 7. Establecer acuerdos con instituciones, organizaciones sociales e instancias competentes para desarrollar acciones que atiendan la salud física y mental en todos sus niveles. 8. Generar proyectos y programas de acción orientadas a la familia y a la población en general. 9. Asesorías y consultas vigilancia nutricional, control de peso, apoyo en problemas alimenticios, campañas de promoción para consumir una dieta balanceada que pueda propiciar buenos hábitos alimentarios con la introducción de alimentos más sanos. 10. Especial atención en las comidas escolares, los kioscos y dispensadores que funcionan en los colegios para que brinde los alimentos de alto valor nutricional para prevenir enfermedades. 11. Fortalecer los factores protectores, con el propósito de efectuar una campaña permanente de información, orientación y documentación para la prevención del uso y abuso de drogas. 12. Recopilación de estadísticas sobre adicciones en la comunidad que permitan establecer diagnósticos y línea de acción estratégicas, así como desarrollar herramienta y mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones realizadas en las prevención de adicciones, a fin de medir el impacto en los indicadores de salud. 13. Educación como una acción preventiva de las adicciones y que tienda a desarrollar en los individuos, particularmente en los adolescentes, la capacidad, la actitud y la voluntad de evitar el consumo de cualquier de las drogas que causan dependencias. 14. Fortalecer y promover los hábitos deportivos y de cuidado de salud, promover las actividades físicas regular considerando que tiene un rol independiente la prevención, control y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, por su influencia sobre varios factores de riesgo coronario, lo que constituye una medida de costo/beneficio muy positiva así, como la prevención de la obesidad, diabetes mellitus, reducción del estrés, establecer programas de ejercicio aeróbico, caminata, el baile, que permitan reducir el peso corporal, el nivel de presión arterial, glicemia, lípidos sanguíneos. 15. Propuesta de la campaña de motivación para realizar actividades físicas o algún deporte. 		
N° de medios de prensa, radio y televisión en Lima Metropolitana y en las principales ciudades del interior que emiten los mensajes orientados a fomentar estilos de vida saludable. N ° de eventos deportivos para distintas edades en Lima Metropolitana y en provincias patrocinados por instituciones del sector	I Inicio de iniciativa	El 90% de los medios de prensa, radio y televisión con mayor audiencia en Lima Metropolitana transmitiendo mensajes de estilos de vida saludable y 90% de medios en ciudades con más de 200,000 habitantes transmitiendo mensajes de vida saludable
<p>Estrategias de organización y adecuación del primer y segundo nivel de atención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar la mayor proporción del gasto en inversión en infraestructura nueva y el correspondiente equipamiento de servicios del primer y segundo nivel de atención de acuerdo con el Plan Nacional Coordinado de Infraestructura y Equipamiento. 2. Llevar adelante la renovación, adecuación y mantenimiento de la infraestructura de acuerdo al Plan Sectorial de Renovación y Mantenimiento de Infraestructura y Equipos 3. Organizar los servicios para dar una atención de calidad en control de la gestante, crecimiento y desarrollo del niño, el parto, complicaciones del parto, puerperio, atención al recién nacido 4. Organizar los servicios con los equipos necesarios para el tamizaje del síndrome metabólico 5. Organizar los servicios para que en el primer nivel de atención se realice un tamizaje completo de síndrome metabólico 		
% de presupuestos institucionales destinados a la inversión en infraestructura y equipamiento	Por determinar por sub sector o subsistema	50 % de la inversión se destina al primer nivel de atención 30% de la inversión se destina al

de calidad para el primer y segundo nivel de atención		segundo nivel de atención
OBJETIVO ESTRATÉGICO 4 Haber avanzado en el proceso de especialización de las instituciones del sector, diferenciando los roles que deben cumplir a fin de obtener los mayores niveles de eficiencia en cada campo de especialización.		
Objetivos específicos 4.1. Haber fortalecido a la Autoridad Sanitaria que ejercen el Ministerio de Salud a nivel nacional, la de los gobiernos regionales y la de los gobiernos locales como órganos de gobierno y rectores en su jurisdicción en materia de salud conforme a las competencias que les otorga la Ley. 4.2. Fortalecer al SIS, EsSalud y las Sanidades como entidades aseguradoras y financiadoras con el objeto de lograr la cobertura total de los no asegurados y de transitar hacia modalidades de financiamiento (formas de pago) más eficientes y progresivamente abandonar la asignación de recursos sobre bases históricas que es inequitativa, ineficiente, desalienta a los prestadores y no permiten incentivar el buen desempeño. 4.3. Haber acordado una forma de organización de los servicios de los prestadores para que funcionen en redes que comparten los mismos ámbitos y pueda haber una interrelación eficiente de servicios. 4.4. Contar con todos los mecanismos que permiten un intercambio eficiente y ágil de prestaciones que favorecen a los pacientes sin distingo del sistema al que pertenecen.		
Estrategias de fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria 1. Reestructurar el Ministerio de Salud a fin de especializarlo como órgano de gobierno y rector sectorial de nivel nacional 2. Recomponer los Organismos Público Descentralizados del Sector a fin de ordenar mejor la función de apoyo a la gestión del Ministerio 3. Establecer la política de gestión de personal a fin de formar un cuerpo profesionalizado de élite en la gestión sectorial capaz de conducir al sector a los niveles que corresponden a un país del primer mundo 4. Mejorar las competencias y la calidad en los campos fundamentales de gobierno en la salud: i) la información en salud, inteligencia sanitaria, información en gestión de servicios de salud; ii) planeamiento estratégico, seguimiento y evaluación basado en resultados; iii) regulación sanitaria, regulación de servicios, regulación previsional en salud, iv) asignación y uso de recursos; y, v) fiscalización		
N° de iniciativas propuestas por la Autoridad Sanitaria que son acogidas por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los demás agentes sectoriales y por otros sectores de la administración pública, la sociedad civil, partidos políticos, etc.	Situación actual con las debilidades diagnosticadas Nuevo indicador	Ministerio y OPDS del Sector Recompuestos Mejoras registradas en gestión Ley de Organización y Funciones aprobada
Estrategias de fortalecimiento de las IAFAS 1. Otorgar mayor estabilidad a la gestión de estas instituciones reduciendo el número de los cargos de confianza a la cuota de asesores que corresponde a cada gestión y a los cargos inmediatamente inferiores a los designados por el poder político. 2. Los demás funcionarios deben ser funcionarios de carrera que ingresan por concurso de méritos 3. Asegurar los ingresos y presupuestos que permitan cumplir con su función aseguradora y financiadora en el contexto de la universalización de la seguridad social en salud 4. Mejorar el nivel salarial a fin de permitir atraer gerentes experimentados y conedores de regímenes previsionales en salud		
Nuevos Mecanismos de Pago N° de IAFAS que han completado su transformación	Línea de base por Institución	1. Todas las IAFAS en plena operación 2. Aplicar cuando menos 2 modalidades de pago (capitación para intervenciones preventivo promocionales) y por productividad (servicios por grupos diagnósticos)
Estrategias para la organización de servicios en el territorio 1. Autonomizar y organizar las redes asistenciales de salud sobre la base de los actuales departamentos salvo en el caso del departamento de Loreto que puede tener hasta tres redes. Las redes asistenciales de EsSalud se convierten en IPRESS que guardan sus relaciones principales con la IAFA EsSalud, las redes asistenciales estatales se organizan en IPRESS y tienen sus principales relaciones con el SIS. Los establecimientos de las sanidades de las FFAA y PN se integran al ámbito en el que operan las IPRESS EsSalud e IPRESS SIS y mantienen su relación con sus respectivas IAFAS		

<p>2. Concursar la administración de las IPRESS de EsSalud y de las IPRESS SIS a fin de buscar un manejo profesional de las mismas.</p> <p>3. Las IPRESS estarán sujetas a la suscripción de acuerdos de gestión o acuerdos de desempeño con la IAFA con la que tiene mayor relación. En los acuerdos de gestión de las IPRESS estatales tienen participación los gobiernos regionales.</p>		
Número de redes autónomas, manejadas por gerencias profesionales	No existe gestión especializada Gobiernos regionales: Redes de salud que operan como Unidades Ejecutoras y otras que son extensiones de las Diresas. Sector estatal: Grandes Hospitales y Diresas Lima dependen del pliego MINSA. EsSalud: Redes Asistenciales de la seguridad social dependen de presupuesto institucional de EsSalud	100% de redes asistenciales funcionales en operación 100% de grandes Hospitales estatales de referencia nacional e institutos especializados autonomizados y administrados por patronatos sin fines de lucro 100% de Hospitales de referencia Nacional de EsSalud se financian por el lado de la demanda atendiendo pacientes que ingresan por emergencia, consultorio o referencia de IPRESS
OBJETIVO ESTRATÉGICO 5		
Haber reducido la brecha de recursos humanos y haber logrado que su formación responda a los objetivos de mediano y largo plazo trazados por el sector.		
Objetivos Específicos		
<p>1.1. Haber fortalecido las relaciones del sector con las facultades e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y logrado adecuar el perfil de los egresados a las necesidades del país.</p> <p>1.2. Haber corregido distorsiones del mercado laboral mediante mensajes claros a través de la contratación de personal orientado a cubrir las prioridades del sector y mejorado las condiciones de trabajo e incentivos para el trabajo en zonas de condiciones difíciles.</p> <p>1.3. Haber logrado la aprobación de la ley que rige la carrera del servicio en salud para el sector público y de la seguridad social con la que vienen incorporándose los nuevos profesionales de la salud.</p>		
Estrategias para resolver problema de formación, y brechas de RRHH en salud		
<p>1. Formular un plan de requerimientos por quinquenios de profesionales médicos, tecnólogos médicos, enfermeras, técnicos de enfermería del sector para atender a la población, hasta el 2025</p> <p>2. Constituir bajo el liderazgo del Ministerio de Salud una comisión técnica en la que participen el Colegio Médico, CAFME, CONAREME, CONAFU, ANR, ESSALUD, FOROSALUD para discutir y acordar los perfiles profesionales, el número, la formación requerida para atender la realidad de la salud, la transición demográfica-epidemiológica y los objetivos de mediano y largo plazo que se traza el sector.</p> <p>3. Realizar un seguimiento de la acreditación de facultades, la certificación profesional, y la calidad de la formación de los egresados, elaborar un informe de evaluación y hacerlo de conocimiento público.</p>		
N° de acuerdos logrados para adecuar programas de formación. N° de egresados de acuerdo a requerimientos sectoriales.	Varias iniciativas que operan de manera descoordinada y requieren conversar (Colegio Médico, CAFME, CONAFU, ANR, ESSALUD, FOROSALUD)	50% de las facultades de medicina e instituciones formadoras de recursos humanos para la salud se ajusta a los acuerdos sobre programas de formación alcanzados
OBJETIVO ESTRATÉGICO 6		
Contar con el Plan Coordinado de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de Largo Plazo para el sector salud que comprende al Ministerio de Salud, la Seguridad Social, las Sanidades y los gobiernos regionales en plena ejecución.		
Objetivos Específicos		
<p>6.1. Se está en camino de contar con una infraestructura sanitaria más equitativa y que responde a las necesidades presentes y futuras de la población en el territorio nacional.</p> <p>6.2. Se cuenta con una comisión técnica tripartita especializada en materia de infraestructura y equipos para la salud que actualiza el Plan de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento de manera permanentemente de acuerdo a las innovaciones tecnológicas que surgen en este campo.</p>		
Estrategias para el ordenamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento		
<p>1. Invertir con preferencia en el primer nivel de atención y en las zonas de mayor pobreza con carencia de servicios.</p>		

<p>2. Asegurar que los establecimientos que se construyan en el primer nivel de atención estén a una distancia razonable que puedan referir pacientes que requieran una atención más especializada en un establecimiento de segundo o tercer nivel en la proximidad.</p> <p>3. Asegurar que la infraestructura del primer nivel y del segundo nivel cuente con diseño, estructura y equipamiento estandarizado y ser apropiada para el tipo de geografía y entorno en el que se ubique, sin que ello afecte la calidad.</p> <p>4. Conforme al Plan Coordinado de Inversiones en Infraestructura y Equipamiento, la infraestructura de los distintos sistemas debe complementarse y no duplicarse.</p> <p>5. La referencia y contra-referencia de un establecimiento a otro debe operar en función a la red y no en función al sistema al que pertenecen.</p>		
% de Redes de Salud en regiones de menor desarrollo relativo que cuentan con nueva infraestructura y equipamiento	Línea de base por establecer a partir del Censo de Infraestructura y Equipos 2012	80% de redes cuentan con nueva infraestructura y equipos en el primer nivel de atención
<p>OBJETIVO ESTRATÉGICO 7</p> <p>Las instituciones del sector con el apoyo de la sociedad civil han logrado que el gasto público en salud tenga un incremento de un punto porcentual hasta estar por encima del promedio regional.</p>		
<p>Objetivos Específicos</p> <p>7.1. Se ha fortalecido la capacidad de negociación del sector con estudios que sustentan los requerimientos del Sector</p> <p>7.2 Se ha conseguido mejorar la ejecución y la calidad del gasto basado en resultados sanitarios y de gestión.</p> <p>7.3 Se ha logrado reducir las brechas en infraestructura, equipamiento y recursos humanos del sector</p>		
<p>Estrategias para sustentar requerimientos de mayores ingresos</p> <p>1. Realizar los estudios actuariales del régimen de aseguramiento contributivo de EsSalud</p> <p>2. Realizar los estudios de costos de intervenciones preventivas de cobertura general (por programas) y estudio de costos para cubrir la oferta de intervenciones del PEAS a toda la población.</p>		
N° de estudios orientados a incrementar los recursos para el sector	No se realizan estudios orientados a sustentar requerimientos	Contar con al menos un estudio anual por subsistema
<p>Estrategias para mejorar la eficiencia y la calidad del gasto</p> <p>1. Implantar el planeamiento, seguimiento, evaluación y presupuesto basado en resultados e impactos sanitarios (outputs y outcomes)</p> <p>2. Implantar un régimen de incentivos que premien el desempeño y la innovación en la atención de pacientes.</p>		
N° de instituciones que han adoptado la gestión por resultados y medición mediante indicadores	Por determinar	Que el 80% de las instituciones del sector incluyendo Diresas IAFAS e IPRESS realicen una gestión basada en resultados
Estrategia		
N° de camas por 10,000 habitantes. N° de médicos por 700 habitantes. Presupuesto anual del sector orientado a nueva infraestructura y equipamiento. Presupuesto orientado al mantenimiento de infraestructura y equipamiento.	Censo de Infraestructura y Equipamiento a realizarse en 2012 dará a conocer las brechas en este campo, estableciendo la línea de base	Se determinara al conocerse línea de base

**ANEXO
MATRIZ FODA**

MATRIZ FODA

FORTALEZAS

1. Instituciones del sector basadas en principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad, sostenibilidad.
2. Probada eficacia y eficiencia en el enfrentamiento de epidemias (cólera, influenza virusAH1 N1)
3. Creciente protección, acceso y cobertura de la población desprotegida y que no contaba con un seguro ni tenía acceso a los servicios de salud
4. Conducción sectorial mediante el legítimo y reconocido ejercicio de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en las materias de su competencia
5. Reconocimiento de deficiencias y problemas impulsan a las instituciones de sector a afrontarlos y superarlos
6. Logros en la disminución de la mortalidad infantil, materna y perinatal y en morbilidad de las enfermedades infecciosas.
7. Amplias redes de establecimientos de salud que se ubican a lo largo y ancho del territorio nacional y que atienden desde la promoción de la salud y la prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades desde las de menor complejidad a las de mayor complejidad y alto costo.
8. Profesionales de la salud con un alto sentido de compromiso y dedicación
9. Existe la voluntad y en parte la capacidad para extender el aseguramiento universal en salud y extender la cobertura de servicios a la población la seguridad social para y alcanzar la ansiada seguridad social para todos.
10. Se cuenta con un importante capital generado a base de la concertación con la sociedad civil y con los partidos políticos en particular que permite emprendimientos de largo plazo
11. La sana competencia entre agentes financiadores y agentes prestadores permite instalar un proceso de mejora de la calidad de forma continua
12. Creciente inversión en nueva infraestructura y tecnología
13. Se cuenta con los mecanismos para asegurar una política consensuada de salud tanto corporativa como territorial

DEBILIDADES

1. Limitada percepción de lo sectorial que restringe el ámbito al segmento estatal. A pesar que la normativa regula todo el dominio sectorial y atribuye a la Autoridad Sanitaria sobre la totalidad
2. No se cuenta con una planificación sectorial que ordene y complemente la inversión, los recursos y servicios de los subsectores, que se desenvuelven con relativa autonomía uno del otro
3. Pérdida de rectoría e inconveniente organización y forma de operación de los servicios a cargo de los gobiernos regionales que conspira contra la gobernabilidad y la gobernanza del sector
4. Limitado ejercicio de la rectoría sectorial debido a la ausencia de preocupaciones de orden económico, financiero, previsional, tecnológico, y de organización y gestión sectorial.
5. Débil capacidad de negociación presupuestaria sobre la base de argumentos sanitarios, sociales, económicos y financieros⁴⁹
6. Asignación de recursos humanos, financieros y materiales territorial e individualmente inequitativa y desequilibrio entre lo recuperativos y lo preventivo- promocionales;
7. Irracional inversión del sector, tanto por el lado de la seguridad social como por el sector público, que lleva a la inconveniente localización de infraestructura e irracional inversión en equipamiento y tecnología de alto costo
8. Diluida legitimidad como Autoridad Sanitaria debido al débil ejercicio de fiscalización y control sanitario sancionador, pero también educador
9. Instituciones del nivel central confunden rol de gobierno con funciones ejecutoras de apoyo relacionadas con compras, investigación, capacitación o ejecución de programas o servicios.
10. Escaso uso de tecnologías de la información y la comunicación
11. Ausencia de planificación coordinada y proyectada a mediano y largo plazo para resolver el problema de oferta y demanda de recursos humanos en salud. Oferta desconectada de los objetivos y necesidades del sector

⁴⁹ El MEF de acuerdo al Artículo 80° de la Constitución no es quien asigna el presupuesto público, aunque en los hechos así ocurra “El Ministro de Economía y Finanzas sustenta, ante el Pleno del Congreso, el pliego de ingresos. Cada Ministro sustenta los pliegos de egreso de su sector...”. Quien debiera en todo caso asignar el presupuesto, antes de remitirse al Congreso, debiera ser el Presidente del Consejo de Ministros, como Ministro coordinador, en función de las prioridades nacionales y de gobierno que le corresponde establecer según la LOPE, y no sólo la estabilidad macroeconómica. Hoy, no sorprende observar como el Ministerio de Economía ha ido ocupando un mayor territorio funcional del que le corresponde, limitando así las áreas funcionales de rectoría de los ministerios en especial los sociales

12. Política de recursos humanos poco clara y acorde con objetivos definidos, ausencia de régimen de carrera sanitaria

OPORTUNIDADES

1. Desarrollo de política de inclusión social pasa por ampliar y mejorar los servicios sociales de salud, (saneamiento, agua y desagüe) y educación
2. Crecimiento económico sostenido aumenta la recaudación fiscal que permite un mayor gasto público en salud e impulsa el empleo formal, por ende el incremento del aseguramiento contributivo
3. Progresiva reducción de la pobreza y aumento de los ingresos familiares abre posibilidades al régimen semi-contributivo
4. Expectativa de población desprotegida que busca asegurarse frente a episodios de enfermedad
5. Existencia de convenios de cooperación con instituciones multilaterales y bilaterales de cooperación internacional
6. Gobierno que alienta la seguridad social para todos
7. Buena disposición del MINSA, gobiernos regionales y EsSalud para intercambio y compra y venta de servicios
8. Continuo abaratamiento de nuevas tecnologías de aplicación a la salud y las tecnologías de la información y comunicación
9. La cercanía de la celebración de los 200 años de la República a la que se espera llegar con logros concretos que nos acerquen al primer mundo

AMENAZAS

1. Riesgo de disminución o interrupción del ritmo de crecimiento por efecto de crisis externa
2. Acelerado envejecimiento de la población que demanda tratamiento a enfermedades crónicas y degenerativas que son de alta complejidad y alto costo
3. Aparición súbita de enfermedades epidémicas desconocidas
4. Concreción del anunciado fenómeno “El Niño” 2012-2013 o eventos catastróficos mayores y sus efectos generalizados sobre la economía, el presupuesto público, la economía de las familias y sobre la población en especial la más pobre en términos sanitarios
5. Problemas de eventos sanitarios fronterizos y continentales emergentes y reemergentes.

6. Pérdida de horas hombre laborables por efecto conflictos laborales (paros y huelgas, brazos cruzados) como consecuencia del deterioro de los salarios y de la capacidad adquisitiva del personal que labora en el sector.

EJEMPLO ANÁLISIS DE CRUCES FODA

DESARROLLO DE MATRIZ FODA	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de política de inclusión social para ampliar y mejorar los servicios sociales de salud, (saneamiento, agua y desagüe) y educación 2. Crecimiento económico sostenido aumenta la recaudación fiscal que permite un mayor gasto público en salud e impulsa el empleo formal, por ende el incremento del aseguramiento contributivo 3. Progresiva reducción de la pobreza y aumento de los ingresos familiares abre posibilidades al régimen semi-contributivo 4. Expectativa de población desprotegida que busca asegurarse frente a episodios de enfermedad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo de disminución o interrupción del ritmo de crecimiento por efecto de crisis externa 2. Acelerado envejecimiento de la población que demanda tratamiento a enfermedades crónicas y degenerativas que son de alto costo 3. Aparición súbita de enfermedades epidémicas desconocidas 4. Concreción del anunciado fenómeno "El Niño" 2012-2013 o eventos catastróficos mayores y sus efectos generalizados sobre la economía, el presupuesto público, las familias y sobre la población en especial la más pobre en términos sanitarios
FORTALEZAS	ESTRATEGIAS FORTALEZAS - OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS FORTALEZAS - AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Probada eficacia y eficiencia en el enfrentamiento de epidemias (cólera, influenza virus H1 N1) 2. Instituciones del sector basada en principios de universalidad, inclusión social, equidad, integridad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad, sostenibilidad. 3. Creciente protección, acceso y cobertura de la población desprotegida y que no contaba con un seguro ni tenía acceso a los servicios de salud 4. Conducción sectorial mediante el legítimo y reconocido ejercicio de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en las materias de su competencia 		
DEBILIDADES	ESTRATEGIAS DEBILIDADES - OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS DEBILIDADES - AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Limitada percepción de lo sectorial que restringe el ámbito al segmento estatal. A pesar que la normativa lo atribuye a regular todo el dominio sectorial 2. No se cuenta con una planificación sectorial que ordene y complemente la inversión, los recursos y servicios de los subsectores, que se desenvuelven con relativa autonomía uno del otro 3. Pérdida de rectoría e inconveniente organización y forma de operación de los servicios a cargo de los gobiernos regionales que conspira 4. Limitado ejercicio de la rectoría sectorial debido a la ausencia de preocupaciones de orden económico, financiero, previsional, tecnológico, y de organización y gestión sectorial. 		

<p>“Si no sabes donde estas y no sabes adonde quieres ir cualquier camino te llevará allá”</p>  <p>“Alicia en el País de la Maravillas” Lewis Carroll</p>	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de política de inclusión social pasa por ampliar y mejorar los servicios sociales de salud, saneamiento, agua, desagüe y educación 2. Crecimiento económico sostenido aumenta la recaudación fiscal que permite un mayor gasto público en salud e impulsa el empleo formal, por ende el incremento del aseguramiento contributivo 3. Progresiva reducción de la pobreza y aumento de los ingresos familiares abre posibilidades al régimen semi-contributivo 4. Expectativa de población desprotegida que busca asegurarse frente a episodios de enfermedad 5. Existencia de convenios de cooperación con instituciones multilaterales y bilaterales de cooperación internacional 6. Gobierno que alienta la seguridad social para todos 7. Buena disposición del MINSA, gobiernos regionales y EsSalud para intercambio y compra y venta de servicios 8. Continuo abaratamiento de nuevas tecnologías de aplicación a la salud y las tecnologías de la información y comunicación 9. La cercanía de la celebración de los 200 años de la República a la que se espera llegar con logros concretos que nos acerquen al primer mundo
<p>FORTALEZA 1</p> <p>Instituciones del sector basadas en principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad, sostenibilidad.</p>	<p>➤ <i>Entre todos y guiados por los principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad, y sostenibilidad llevar a las instituciones del sector asegurar el acceso de todos a la seguridad social en salud estableciendo las alianzas que sean necesarias para mejorar el desempeño del sistema y contribuir a la eliminación de la pobreza extrema y una drástica reducción de la pobreza.</i></p>
<p>FORTALEZA 2</p>	<p>➤ <i>La manera coordinada de intervención</i></p>

<p>Probada eficacia y eficiencia en el enfrentamiento de epidemias (cólera, influenza virusAH1 N1)</p>	<p><i>de las instituciones del sistema ante las crisis sanitarias debe ser la forma de operar para superar las deficiencias del sistema bajo un liderazgo de la autoridad sanitaria en cada nivel de gobierno</i></p>
<p>FORTALEZA 3</p> <p>Creciente protección, acceso y cobertura de la población desprotegida y que no contaba con un seguro ni tenía acceso a los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Las instituciones del sector deberán liderar el movimiento que reivindique un mayor gasto público en salud con relación al PBI hasta alcanzar el promedio de gasto de los países de la región.</i> ➤ <i>Repotenciar la oferta de servicios con especial énfasis en el primer nivel de atención orientado a atender el PEAS.</i> ➤ <i>Impulsar con mayor vigor la obligatoriedad de contar con un seguro de salud</i>
<p>FORTALEZA 4</p> <p>Conducción sectorial mediante el legítimo y reconocido ejercicio de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en las materias de su competencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Hacer un uso más intenso y eficaz de los mecanismos puestos a disposición del ministerio de salud CIGS y el CNS para acordar las estrategias para dar cumplimiento a las políticas y a los planes del sector</i> ➤ <i>Continuar mediante los reglamentos de la ley general de salud a establecer con claridad las competencias en el campo sanitario entre los tres niveles de gobierno</i>
<p>FORTALEZA 5</p> <p>Reconocimiento de deficiencias y problemas impulsan a las instituciones del sector a afrontarlos y superarlos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Priorizar la atención de los principales problemas a ser atendidos por las instituciones del sector y de ser necesario tratarlos en el escenario supra sectorial (MEF; PCM; Congreso de la República, Foro del Acuerdo Nacional)</i>
<p>FORTALEZA 6</p> <p>Logros en la disminución de la mortalidad infantil, materna y perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Acentuar la estrategia de controles oportunos a la gestante (en especial a la adolescente) y al niño(a) e incrementar los partos institucionales atendiendo los preferencias culturales</i> ➤ <i>Renovar las estrategias para reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades infecciosas más</i>

	<p><i>perniciosas TBC, Dengue, VIH-SIDA</i></p> <p>➤ <i>Ir preparando los servicios para los cambios que de transición demográfica y epidemiológica</i></p>
<p>FORTALEZA 7</p> <p>Amplias redes de establecimientos de salud que se ubican a lo largo y ancho del territorio nacional y que atienden desde la promoción de la salud y la prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades desde las de menor complejidad a las de mayor complejidad y alto costo.</p>	<p>➤ <i>Buscar la complementación de los servicios públicos de salud (FFAA, PNP, gobiernos regionales) y los de la seguridad social con enfoque territorial para ofrecer una atención integrada desde la atención primaria, pasando por los servicios recuperativos y de rehabilitación del primer, segundo, tercer nivel y el de alta complejidad y costo a todos dentro del principio de seguridad social para todos.</i></p>
<p>FORTALEZA 8</p> <p>Profesionales de la salud con un alto sentido de compromiso y dedicación</p>	<p>➤ <i>Consolidar el compromiso y dedicación del personal de salud mejorando sus niveles de profesionalización y afianzando su situación económica</i></p>
<p>FORTALEZA 9</p> <p>Existe la voluntad y en parte la capacidad para extender el aseguramiento universal en salud y extender la cobertura de servicios a la población la seguridad social para y alcanzar la ansiada seguridad social para todos</p>	<p>➤ <i>Tener los estudios que sustenten las necesidades de mayor gasto público y la elevación de la tasa del régimen contributivo de la seguridad social, a niveles comparables con los países de la región fin de ir cerrando las brechas en infraestructura, equipamiento, y dotación de recursos humanos</i></p>
<p>FORTALEZA 10</p> <p>Se cuenta con un importante capital generado a base de la concertación con la sociedad civil y con los partidos políticos en particular que permite emprendimientos de largo plazo</p>	<p>➤ <i>Continuar con la buena práctica de la concertación que ha permitido avanzar con asuntos tan trascendentes como el aseguramiento universal y que se sume apoyo para otras prioridades estratégicas</i></p>
<p>FORTALEZA 11</p> <p>La competencia entre agentes</p>	<p>➤ <i>Impulsar programas de buenas prácticas que sirvan como estímulo (benchmarking) para mejorar</i></p>

<p>financiadores y agentes prestadores permite instalar un proceso de mejora de la calidad de forma continua</p>	<p><i>cuestiones como el acceso, oportunidad, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad de las IAFAS e IPRESS</i></p>
<p>FORTALEZA 12</p> <p>Creciente inversión en nueva infraestructura y tecnología</p>	<p>➤ <i>Continuar con la inversión en infraestructura y equipamiento buscando cumplir con determinados criterios: planes multianuales de inversión al 2021; racionalidad global como sector; mejoras en la equidad en razón a ubicación; y, acceso integral a la atención.</i></p>
<p>FORTALEZA 13</p> <p>Se cuenta con los mecanismos para asegurar una política consensuada de salud tanto corporativa como territorial</p>	<p>➤ <i>Gobernar el sector sobre la base de planes concertados y haciendo un uso apropiado del Consejo Nacional de Salud y el Comité Intergubernamental de Salud para acordar y coordinar acciones</i></p>

	OPORTUNIDADES



1. Desarrollo de política de inclusión social pasa por ampliar y mejorar los servicios sociales de salud, saneamiento, agua, desagüe y educación
2. Crecimiento económico sostenido aumenta la recaudación fiscal que permite un mayor gasto público en salud e impulsa el empleo formal, por ende el incremento del aseguramiento contributivo
3. Progresiva reducción de la pobreza y aumento de los ingresos familiares abre posibilidades al régimen semi-contributivo
4. Expectativa de población desprotegida que busca asegurarse frente a episodios de enfermedad
5. Existencia de convenios de cooperación con instituciones multilaterales y bilaterales de cooperación internacional
6. Gobierno que alienta la seguridad social para todos
7. Buena disposición del MINSa, gobiernos regionales y EsSalud para intercambio y compra y venta de servicios
8. Continuo abaratamiento de nuevas tecnologías de aplicación a la salud y las tecnologías de la información y comunicación
9. La cercanía de la celebración de los 200 años de la República a la que se espera llegar con logros concretos que nos acerquen al primer mundo

DEBILIDAD 1

Limitada percepción de lo sectorial que restringe el ámbito al segmento estatal. A pesar que la normativa lo atribuye a regular todo el dominio sectorial

- ***La solución a los problemas depende de convocar el concurso de los componentes principales del sector y así lo refleja la principal normativa sectorial (Ley General de Salud, Ley De Modernización de la Seguridad Social, Ley del Aseguramiento Universal en Salud, Ley De Medicamentos, Insumos Y Dispositivos Médicos) que tiene una orientación comprensiva sectorial***

DEBILIDAD 2

No se cuenta con una planificación sectorial que ordene y complemente la inversión, los recursos y servicios de los subsectores, que se desenvuelven con relativa autonomía uno del otro

- ***Formular los planes estratégicos sectoriales multianuales de manera concertada con los demás segmentos sectoriales, estableciendo los objetivos de mediano plazo, las metas e indicadores de medición a ser alcanzados como colectivo sectorial y como agente integrante del sector y que oriente la formulación de los planes estratégicos institucionales de acuerdo a las prioridades establecidas.***
- ***Evaluar periódicamente el cumplimiento de metas y el desempeño de la gestión***

<p>DEBILIDAD 3</p> <p>Perdida de rectoría debido a la inconveniente organización y forma de operación de los servicios a cargo de los gobiernos regionales que conspira contra la gobernabilidad y gobernanza del sector</p>	<p>➤ <i>Ver la descentralización como algo positivo que ha librado al ministerio de la administración de servicios pudiendo concentrarse en gobernar el sector, no obstante se requiere normar la organización y autonomización de las redes asistenciales de salud para que estas operen como IPRES y el SIS como la IAFA estatal, recuperando la rectoría a través de financiamiento</i></p>
<p>DEBILIDAD 4</p> <p>Limitado ejercicio de la rectoría sectorial debido a la ausencia de preocupación de orden económico, financiero, previsional, tecnológico, y de organización y gestión sectorial</p>	<p>➤ <i>Es vital para el sector el aumento del gasto en salud y el gasto público en salud como % del PBI.</i></p> <p>➤ <i>También es fundamental conseguir la eficiencia en el gasto y el control del crecimiento en espiral del gasto en salud producto de nuevas tecnologías</i></p> <p>➤ <i>Se requiere redoblar esfuerzos en mejorar la producción, la organización y la gestión de servicios en todos los niveles</i></p>
<p>DEBILIDAD 5</p> <p>Débil capacidad de negociación presupuestaria sobre la base de argumentos sanitarios, sociales, económicos y financieros</p>	<p>➤ <i>Desarrollar o contratar estudios que sustenten la necesidad de una asignación sectorial mayor a la actual que permita mejorar la oferta de servicios y ampliar el acceso y atención de la población que se pretende proteger</i></p>
<p>DEBILIDAD 6</p> <p>Asignación de recursos humanos, financieros y materiales territorial e individualmente inequitativa y desequilibrio entre lo recuperativos y lo preventivo- promocionales;</p>	<p>➤ <i>Orientar la asignación presupuestal para que en el mediano plazo se avance significativamente en corregir la gran disparidad del gasto en salud per cápita y a favor de los establecimientos del primer nivel de atención y la atención primaria</i></p>
<p>DEBILIDAD 7</p> <p>Irracional inversión del sector, tanto por el lado de la seguridad social como por el sector público, que lleva a la inconveniente localización de infraestructura e irracional inversión en equipamiento y tecnología de alto costo</p>	<p>➤ <i>En el marco del planeamiento estratégico multianual sectorial acordar un plan básico de inversiones de largo plazo que armonice de ahora en adelante las nuevas inversiones orientado a su vez a remplazar infraestructura que por su antigüedad alcanza la obsolescencia y que module la inversión privada.</i></p>
<p>DEBILIDAD 8</p> <p>Diluida legitimidad como Autoridad Sanitaria debido al débil ejercicio de fiscalización y control sanitario sancionador, pero también educador</p>	<p>➤ <i>Definir claramente las atribuciones y competencias de fiscalización y sanción que corresponde a cada uno de los niveles de gobierno.</i></p> <p>➤ <i>Fortalecer la capacidad fiscalizadora del MINSA y del sistema de fiscalización en cada uno de los niveles (regional-local)</i></p>

<p>DEBILIDAD 9</p> <p>Instituciones del nivel central confunden rol de gobierno con funciones ejecuto-ras de apoyo relacionadas con: compras, investigación, capacitación o ejecución de programas o servicios.</p>	<p>➤ <i>Ir a una progresiva especialización mejorando las capacidades profesionales para la rectoría sectorial y delegar funciones no relacionadas con gobierno, en OPDs del sector o tercerizándolas</i></p>
<p>DEBILIDAD 10</p> <p>Escaso uso de tecnologías de la información y la comunicación</p>	<p>➤ <i>De manera concertada programar la inversión y renovación en equipos de tic que lleve al sector a dar un salto tecnológico mejorando la información y los procesos de toma de decisión estratégicas y de gestión del día a día en el campo asistencial y administrativo</i></p>
<p>DEBILIDAD 11</p> <p>Ausencia de planificación coordinada y proyectada a mediano y largo plazo para resolver el problema de oferta y demanda de recursos humanos en salud. Oferta desconectada de los objetivos y necesidades del sector</p>	<p>➤ <i>Liderar el proceso de desentrampa-miento de cuellos de botella relaciona-do con la oferta y demanda de profesionales de la salud, principalmente médicos convocando para dicho efecto a: la asamblea nacional de rectores, la asociación peruana de facultades de medicina, concejo nacional del residentado médico, consejo nacional para la autorización de funcionamiento de universidades, sistema de certificación y resertificación del colegio médico del Perú a fin de planificar los requerimientos del sector al año 2021</i></p>
	FORTALEZAS



1. Instituciones del sector basadas en principios de universalidad, inclusión social, equidad, integralidad, complementariedad, eficiencia, calidad, solidaridad, sostenibilidad.
2. Probada eficacia y eficiencia en el enfrentamiento de epidemias (cólera, influenza virus AH1 N1)
3. Creciente protección, acceso y cobertura de la población desprotegida y que no contaba con un seguro ni tenía acceso a los servicios de salud
4. Conducción sectorial mediante el legítimo y reconocido ejercicio de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional en las materias de su competencia
5. Reconocimiento de deficiencias y problemas impulsan a las instituciones de sector a afrontarlos y superarlos
6. Logros en la disminución de la mortalidad infantil, materna y perinatal y en morbilidad de las enfermedades infecciosas.
7. Amplias redes de establecimientos de salud que se ubican a lo largo y ancho del territorio nacional y que atienden desde la promoción de la salud y la prevención, recuperación y rehabilitación de enfermedades desde las de menor complejidad a las de mayor complejidad y alto costo.
8. Profesionales de la salud con un alto sentido de compromiso y dedicación
9. Existe la voluntad y en parte la capacidad para extender el aseguramiento universal en salud y extender la cobertura de servicios a la población la seguridad social para y alcanzar la ansiada seguridad social para todos.
10. Se cuenta con un importante capital generado a base de la concertación con la sociedad civil y con los partidos políticos en particular que permite emprendimientos de largo plazo
11. La sana competencia entre agentes financiadores y agentes prestadores permite instalar un proceso de mejora de la calidad de forma continua
12. Creciente inversión en nueva infraestructura y tecnología
13. Se cuenta con los mecanismos para asegurar una política consensuada de salud tanto corporativa como territorial

AMENAZA 1

Riesgo de disminución o interrupción del ritmo de crecimiento por efecto de crisis externa

- ***Hacer un uso más eficiente de los recursos puestos a disposición del sistema***
- ***Tener los argumentos que sustenten la necesidad de proteger lo avanzado y una actitud más competitiva frente a otros sectores en la obtención de recursos fiscales y en la captación del gasto de***

	<i>los hogares.</i>
AMENAZA 2 Acelerado envejecimiento de la población que demanda tratamiento a enfermedades crónicas y degenerativas que son de alta complejidad y alto costo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Aplicar vigoroso programa para combatir el síndrome metabólico en toda persona que registre sobrepeso</i> ➤ <i>Detección temprana de cánceres</i> ➤ <i>Promover y organizar programas colectivos de actividad física</i> ➤ <i>Promover una cultura de alimentación y vida sana</i>
AMENAZA 3 Aparición súbita de enfermedades epidémicas desconocidas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Contar con sistema de alerta temprana y control de epidemias de reacción inmediata</i> ➤ <i>Mantener contacto con sistemas sanitarios internacionales especializados en vigilancia y control de emergencias sanitarias</i>
AMENAZA 4 Concreción del anunciado fenómeno “El Niño” 2012-2013 o eventos catastróficos mayores y sus efectos generalizados sobre la economía, el presupuesto público, la economía de las familias y sobre la población en especial la más pobre en términos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Asegurar el estado de preparación (contar con stock de reserva de medicamentos e insumos médicos, equipos reparados y en funcionamiento) del sistema de establecimientos de salud incluidos los del sector privado</i> ➤ <i>Activar programas de gestión de riesgos en las regiones y de prevención de riesgos orientados en especial a las zonas de mayor pobreza, urbana y rural.</i>
AMENAZA 5 1. Problemas de eventos sanitarios fronterizos y continentales emergentes y reemergentes.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Acción coordinada y conjunta con países vecinos para combatir las enfermedades endémicas de las zonas fronterizas y sistema de aviso y alerta en funcionamiento permanente</i>
AMENAZA 6 Perdida de horas hombre laborables por efecto conflictos laborales (paros y huelgas, brazos cruzados) como consecuencia del deterioro de los salarios y de la capacidad adquisitiva del personal que labora en el sector.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Mantener una política de atención permanente a los reclamos laborales y anticiparse a los conflictos</i> ➤ <i>Establecer un programa que mejore las condiciones del trabajo y de atención a necesidades de los trabajadores</i>

	AMENAZAS
 <p style="text-align: center;">Aspiremos a una vida saludable</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riesgo de disminución o interrupción del ritmo de crecimiento por efecto de crisis externa 2. Acelerado envejecimiento de la población que demanda tratamiento a enfermedades crónicas y degenerativas que son de alta complejidad y alto costo 3. Aparición súbita de enfermedades epidémicas desconocidas 4. Concreción del anunciado fenómeno “El Niño” 2012-2013 o eventos catastróficos mayores y sus efectos generalizados sobre la economía, el presupuesto público, la economía de las familias y sobre la población en especial la más pobre en términos sanitarios 5. Problemas de eventos sanitarios fronterizos y continentales emergentes y reemergentes. 6. Perdida de horas hombre laborables por efecto conflictos laborales (paros y huelgas, brazos cruzados) como consecuencia del deterioro de los salarios y de la capacidad adquisitiva del personal que labora en el sector.
<p>DEBILIDAD 1</p> <p>Limitada percepción de lo sectorial que restringe el ámbito sectorial al segmento estatal. A pesar que la normativa regula todo el dominio sectorial y otorga atribuciones a la Autoridad Sanitaria sobre la totalidad del sector</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Orientar los acuerdos institucionales a conseguir mayores niveles de eficiencia como conjunto</i> ➤ <i>Reforzar el liderazgo y por ende la capacidad rectora de la autoridad sanitaria</i>
<p>DEBILIDAD 2</p> <p>No se cuenta con una planificación sectorial que ordene y complemente la inversión, los recursos y servicios de los subsectores, se desenvuelven con relativa autonomía uno del otro</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>El poder político de la tercera edad será creciente con el tiempo, consecuentemente buena parte del gasto en salud se concentrará en atender enfermedades crónicas y degenerativas propias de este segmento. es importante antes que eso ocurra implantar una potente atención primaria con fuerte sesgo preventivo promocional</i>
<p>DEBILIDAD 3</p> <p>Perdida de rectoría e inconveniente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>superar las amenazas requiere de una conducción única y de disciplina institucional, consecuentemente se requiere acordar una forma de</i>

<p>organización y forma de operación de los servicios a cargo de los gobiernos regionales que conspira contra la gobernabilidad y la gobernanza del sector</p>	<p><i>organización que permita conseguir la equidad en la asignación y distribución de los recursos y la acción coordinada y coherente en la atención de la población</i></p>
<p>DEBILIDAD 4</p> <p>Limitado ejercicio de la rectoría sectorial debido a la ausencia de preocupaciones de orden económico, financiero, previsional, tecnológico, y de organización y gestión sectorial.</p>	<p>➤ <i>Se requiere instalar el gabinete de conducción estratégica a que hace referencia la ley orgánica del poder ejecutivo que asegure que el sector cuenta con los planteamientos estratégicos necesarios para enfrentar posibles contingencias</i></p>
<p>DEBILIDAD 5</p> <p>Débil capacidad de negociación presupuestaria sobre la base de argumentos sanitarios, sociales, económicos y financiero</p>	<p>➤ <i>Estar preparado para atender posibles contingencias requieren un nivel de preparación</i></p>
<p>DEBILIDAD 6</p> <p>Asignación de recursos humanos, financieros y materiales territorial e individualmente inequitativa y desequilibrio entre lo recuperativos y lo preventivo- promocionales;</p>	<p>➤ <i>Aplicar una política consistente que resuelva la inequidad en la asignación de los recursos a fin de no perjudicar a la población de las provincias más pobres. el gasto per cápita debe ser similar en el territorio</i></p>
<p>DEBILIDAD 7</p> <p>Irracional inversión del sector, tanto por el lado de la seguridad social como por el sector público, que lleva a la inconveniente localización de infraestructura e irracional inversión en equipamiento y tecnología de alto costo</p>	<p>➤ <i>Buena parte de la infraestructura hospitalaria ha cumplido su ciclo de vida y se considera de alto riesgo, consecuentemente es necesario formular e iniciar la ejecución de un programa de remplazo al 2021 diseñado bajo criterios de modernidad y equipamiento para atender la demanda futura.</i></p>
<p>DEBILIDAD 8</p> <p>Diluida legitimidad como Autoridad Sanitaria debido al débil ejercicio de fiscalización y control sanitario sancionador, pero también educador</p>	<p>➤ <i>La legitimidad de la autoridad se gana con liderazgo y en los momentos críticos. los tres niveles de la autoridad sanitaria debe tener claro su rol en esos momentos, consecuente-mente es fundamental el desarrollo de normas que definan, aclaren y precisen el campo de acción de cada nivel</i></p>

<p>DEBILIDAD 9</p> <p>Falta de especialización institucional (Instituciones del nivel central confunden rol de gobierno con funciones ejecutoras de apoyo relacionadas con compras, investigación, capacitación o ejecución de programas o servicios).</p>	<p>➤ <i>Se debe continuar avanzando en la especialización institucional para alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia tanto en términos de gobernabilidad como de gobernanza</i></p>
<p>DEBILIDAD 10</p> <p>Escaso uso de tecnologías de la información y la comunicación</p>	<p>➤ <i>La modernidad debe extenderse a los servicios sociales y en particular al sector salud aprovechando los medios tecnológicos para mejorar la gestión en todos los niveles, así como para llegar a la población con servicios que les proporcione información personalizada, historias clínicas y apoyo en el uso de los servicios y en la gestión en general</i></p>
<p>DEBILIDAD 11</p> <p>Ausencia de planificación coordinada y proyectada a mediano y largo plazo para resolver el problema de oferta y demanda de recursos humanos en salud. Oferta desconectada de los objetivos y necesidades del sector</p>	<p>➤ <i>Convocar a las instituciones formadoras de la oferta de recursos a fin de estudiar la forma de superar la situación de los recursos humanos que es un factor crítico que impide mejorar el acceso, oportunidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud y es particularmente crítico en algunas provincias del interior.</i></p>
<p>DEBILIDAD 12</p> <p>Política de recursos humanos poco clara y acorde con objetivos definidos, ausencia de régimen de carrera sanitaria</p>	<p>➤ <i>Plantear una ley de carrera orientada a ordenar el régimen laboral y el trabajo profesional en el ámbito de la salud que se aplique a los nuevos ingresantes y que asegure para ellos todos los derechos y el cumplimiento cabal de las obligaciones de la carrera</i></p>