



PERÚ

Ministerio  
de Salud

# Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021

Abril, 2016



Contenido

**Presentación** ..... 2

**Acrónimos** ..... 4

**I.- Síntesis de la Fase Prospectiva** ..... 5

    1. **Diseño del modelo conceptual.**..... 5

    2. **Identificación y análisis de tendencias.**..... 6

    3. **Definición de variables estratégicas, análisis de influencia y priorización.**..... 8

    4. **Diagnóstico de variables estratégicas.**..... 11

    5. **Construcción de escenarios.** ..... 13

    6. **Síntesis del análisis de riesgos y oportunidades.**..... 15

**II.- Fase Estratégica**..... 17

**El sistema de salud rumbo al Bicentenario de la República** ..... 17

**Escenario Apuesta** ..... 18

**III. Visión**..... 19

**IV. Objetivos Estratégicos** ..... 19

**V. Acciones Estratégicas** ..... 20

**VI. Identificación de la Ruta Estratégica**..... 21

**VII. Matriz de objetivos y acciones estratégicas incluyendo indicadores y valor basal y metas al 2021** ..... 30

**Anexos** ..... 33

    1. **Proyectos de inversión pública de impacto sectorial** ..... 33

    2. **Plantilla de articulación** ..... 35

    3. **Glosario de términos** ..... 37

    3. **Fichas descriptivas por indicador** ..... 41



## Presentación

El Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM del Sector Salud, es el resultado de un proceso de planeamiento estratégico prospectivo, participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, en el marco de lo dispuesto por la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN, todo ello alineado a los Lineamientos de Política del Sector Salud.

En ese sentido, el PESEM ha tenido como insumo fundamental el Documento Prospectivo, un instrumento orientador elaborado por el Sector en la primera fase del proceso de planeamiento estratégico: la fase prospectiva. Además, incorpora lo suscrito en el Acuerdo Nacional sobre Objetivos de la Reforma de Salud<sup>1</sup> en octubre de 2015 por el MINSA, EsSalud, la Asamblea Nacional de Gobiernos Nacionales, la Asociación de Municipalidades del Perú; los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil; y finalmente, el MINSA ha desarrollado un proceso de análisis del estado actual y las perspectivas del sector en el marco de la reforma de salud denominado Hoja de Ruta para alcanzar los objetivos de la reforma del Sector Salud a 2021<sup>2</sup>.

De esta manera, para la formulación de la fase estratégica se considera el conocimiento disponible, el nivel de consenso sectorial, político y civil sobre el proceso de reforma en curso, que mantiene la línea de gestión pública con legitimidad, dado el antecedente de la implementación del Plan Concertado en Salud (2009). Adicionalmente, incorpora la nueva organización propuesta en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) según el DS 007-2016-SA. Todo ello con la aspiración de lograr mejores niveles de salud al año 2021, año del Bicentenario de la República del Perú. Es importante mencionar que la reforma de la salud debe verse como el inicio de un proceso continuo de transformación del sistema de salud incorporado en el planeamiento estratégico sectorial.

La primera sección incluye la síntesis de la Fase prospectiva, en la cual se presenta el modelo conceptual del sector, las tendencias que influyen en él, las variables estratégicas y escenarios de futuro (tendencial, óptimo y exploratorios) identificados.

La segunda sección corresponde a la Fase Estratégica propiamente dicha, en la cual se describe el sistema de salud rumbo al 2021; se presenta el escenario apuesta, sobre el mismo se formuló la visión del sector, los objetivos estratégicos y las acciones estratégicas.

Se han definido tres objetivos estratégicos y trece acciones estratégicas priorizadas, cada objetivo y acción cuenta con indicadores representativos y trazadores, que harán que el

<sup>1</sup> Ver <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

<sup>2</sup> Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016





seguimiento y la evaluación sean más eficientes y eficaces. Asimismo, se ha elaborado la ruta estratégica, priorizando de manera ordenada los objetivos y acciones estratégicas, y definiendo las metas para cada uno de ellos.

El documento incluye el Anexo N° 1, que contiene una priorización de los proyectos de inversión estratégicos para el Sector; el Anexo N° 2 que contiene la matriz de articulación que muestra como contribuye el PESEM con los objetivos del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y el Anexo N° 3 que contiene las fichas descriptivas de los indicadores. Finalmente, se adjunta un glosario de términos técnicos utilizados en el documento.

El PESEM es un instrumento de gestión trascendental que contienen las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas que conducirán a mejorar la salud de la población que, en el marco de la reforma de salud permitan planificar las intervenciones para reducir el déficit de oferta de servicios de calidad, la implementación efectiva de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud y por consiguiente, la atención de las necesidades de la población desde una perspectiva de los derechos de salud de la ciudadanía.





## Acrónimos

**CNARES:** Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.

**CNEPCE:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

**DGIESP:** Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

**DIRESA:** Dirección Regional de Salud

**ENSP:** Escuela Nacional de Salud Pública

**IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

**IGSS:** Instituto de Gestión de Servicios de Salud

**IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de salud

**OGAC:** Oficina General de Articulación y Coordinación

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

**OGRH:** Oficina General de Recursos Humanos

**OGTI:** Oficina General de Tecnologías de la Información

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**PBI:** Producto Bruto Interno

**RIAPS:** Red integrada de Atención Primaria de Salud

**SAMU:** Sistema de Atención Médica Móvil de Urgencia

**SG:** Secretaría General

**SIS:** Seguro Integral de Salud

**VIH/SIDA:** Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

**VM PAS:** Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

**VM SP:** Viceministerio de Salud Pública



## I.- Síntesis de la Fase Prospectiva

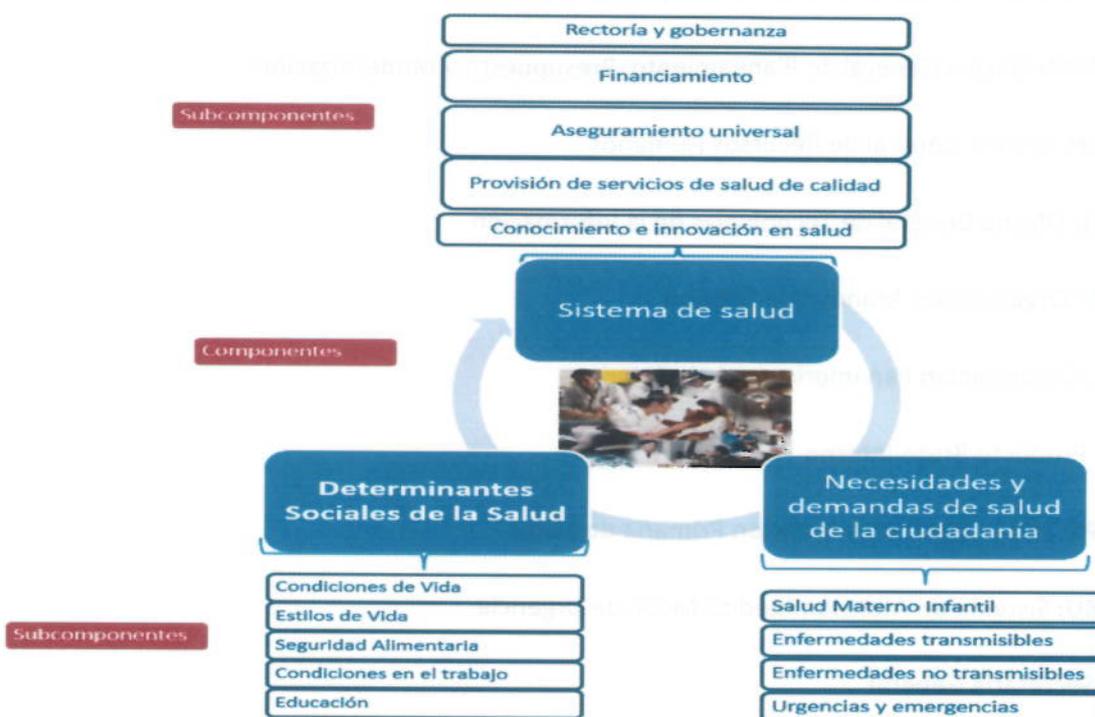
El principal insumo para la formulación del presente Plan Estratégico Multianual – PESEM del Sector Salud 2016- 2021, es el Documento Prospectivo del Sector Salud<sup>3</sup>. La metodología incluye el diseño modelo conceptual del sector, las tendencias que influyen en él, sus variables estratégicas y escenarios de futuro (tendencial, óptimo y exploratorios).

### 1. Diseño del modelo conceptual.

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

De esta manera, se diseñó el modelo conceptual del Sector Salud mediante el análisis de las entidades y actores que lo conforman, además de los temas que aborda y de su entorno. Para ello, se analizaron estudios, informes, documentos públicos y se realizaron consultas a expertos siendo definido en tres componentes y 14 subcomponentes.

Gráfico N° 1.2- Modelo conceptual del Sector Salud



Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

## 2. Identificación y análisis de tendencias.

El Documento Prospectivo del Sector Salud identifica y analiza las tendencias que pueden afectar en el tiempo los componentes y sub-componentes del modelo del Sector Salud, tomando como criterios, los relacionados a pertinencia, vigencia y evidencia. Las tendencias fueron calificadas en una escala del 1 al 5 (1 es la menor calificación y 5 la mayor). Los criterios de pertinencia se refieren al grado de vinculación o relación que tiene la tendencia con el sector; los de vigencia hacen referencia al periodo de influencia de la tendencia; y los de evidencia se refieren a la cantidad y calidad de los datos que sustentan la existencia de la tendencia.

Al no poseer conocimiento absoluto del futuro, la consulta a expertos fue necesaria e importante en esta sección. El valor señala la calificación de los criterios para seleccionar tendencia.

**Tabla N° 1.1** Criterios de Priorización de Tendencias

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

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

De acuerdo a la mayor calificación obtenida, se identificaron catorce (14) tendencias representativas que fueron incorporadas al modelo conceptual para analizar en qué componente y subcomponente tienen mayor impacto. Las tendencias que se han priorizado para el periodo 2016-2021 que van a tener incidencia en el sector salud, están agrupadas por su ámbito de acción:

**Tabla N° 1.2** Tendencias Seleccionadas por ámbito de acción

	SOCIAL	COMPORTAMIENTO
1	Estructura demográfica	Incremento progresivo y sostenido del grupo poblacional de mayores de 60 años.
2	Urbanización	Mayor concentración de población en espacios urbanos no planificados (invasiones).
3	Estilos de vida	Incremento de número de personas con estilos de vida inapropiados para la salud (sedentarismo, alimentación con comida rápida, consumo de bebidas alcohólicas, etc.).



4	Exposición a riesgos urbanos	Aumento de accidentes de tránsito, actos de violencia y aparición de brotes epidémicos en grandes ciudades.
5	Condiciones en el trabajo	Mantenimiento de condiciones inseguras e inadecuadas en el trabajo (en especial en centros laborales informales).
6	Perfil epidemiológico	Incremento progresivo de enfermedades psico-emocionales, crónicas y degenerativas que se agregan a problemas de salud de tipo infecciosos y zoonóticos emergentes y re-emergentes. Aparición de necesidades de mantenimiento y cuidados de personas mayores de 60 años y en condiciones de discapacidad diversas.

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

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

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

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

Esta etapa a través de un análisis de los impactos de las tendencias sobre el modelo conceptual<sup>4</sup>, se evaluó la sensibilidad del sector frente al entorno. Así, las tendencias fueron incorporadas en el modelo conceptual graficado de acuerdo a los siguientes pasos:

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

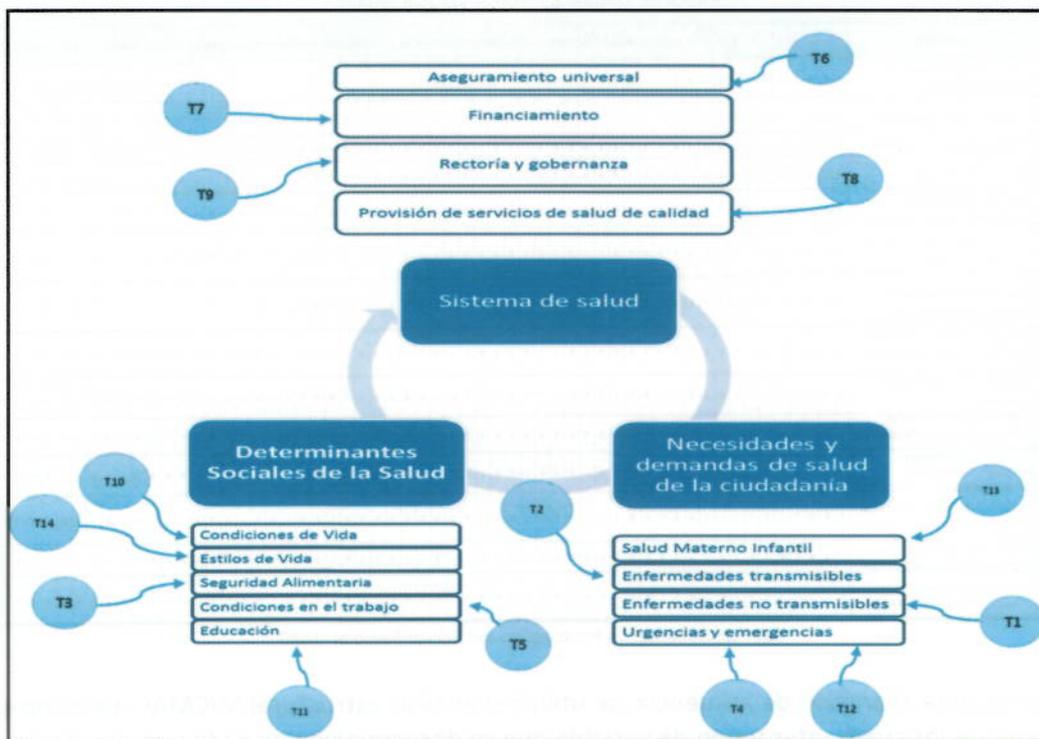
La representación de cómo se da el impacto de las tendencias y se incorporan en el modelo conceptual se muestra en el siguiente gráfico:



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



Grafico N° 1.3 Impacto de las tendencias en el modelo conceptual



Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

Este gráfico muestra cómo impactan las tendencias en los componentes y sub-componentes del modelo conceptual. Por ejemplo, las tendencias 1, 2, 4, 12 y 13 impactan notoriamente en el componente Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía, mientras que las tendencias 6, 7, 8 y 9 impactan en el componente Sistema de Salud. Del mismo modo, las tendencias 3, 5, 10, 11 y 14 impactan cada uno en un subcomponente del componente Determinantes de la Salud. Esta identificación es importante porque permitió construir las variables estratégicas.

### 3. Definición de variables estratégicas, análisis de influencia y priorización.

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

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





Como resultado del análisis, de las sesenta y uno (61) variables identificadas se ha determinado que son veinticinco (25) las variables estratégicas más representativas del Sector.

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

**Tabla N° 1.4** Definición de las Variables Estratégicas y su relación con los Medios, Resultados y Objetivos

COMPONENTE	SUB COMPONENTE	VARIABLE ESTRATÉGICA	MEDIOS Y RESULTADOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	
Sistema de salud	Rectoría y Gobernanza	1	Nivel de concordancia de políticas intersectoriales	X	
		2	Nivel de mejora del desempeño regional	X	
		3	Nivel de funcionamiento de municipios saludables	X	
		4	Grado de articulación de políticas intergubernamentales	X	
		5	Nivel de participación social	X	
	Aseguramiento universal	6	Nivel de aseguramiento de salud		X
	Financiamiento	7	Nivel de protección financiera	X	
	Provisión de servicios de salud de calidad	8	Acceso a servicios de salud de calidad		X
		9	Brecha de inversiones	X	
		10	Brecha de talento humano	X	
		11	Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos	X	
		12	Grado de modernización de la gestión hospitalaria	X	
		13	Nivel de acreditación de establecimientos de salud		X
	Innovación y conocimiento en salud	14	Grado de innovación tecnológica en salud	X	
Determinantes Sociales de la Salud	Condiciones de Vida	15	Acceso a agua segura y saneamiento básico	X	
	Estilos de Vida	16	Acceso a una alimentación saludable	X	
	Seguridad Alimentaria	17	Estado nutricional	X	
	Condiciones en el trabajo	18	Nivel de ausentismo laboral	X	
	Educación	19	Nivel de educación en mujeres	X	
Necesidades y demandas de salud de la ciudadanía	Salud Materno Infantil	20	Nivel de mortalidad materna		X
		21	Nivel de mortalidad neonatal		X
	Enfermedades transmisibles	22	Incidencia de tuberculosis		X
	Enfermedades no transmisibles	23	Incidencia de cáncer		X
		24	Prevalencia de diabetes Mellitus		X
Urgencias y emergencias	25	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias de salud		X	

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030



#### 4. Diagnóstico de variables estratégicas.

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

Como resultado de este diagnóstico, se formularon indicadores apropiados para cada variable estratégica; asimismo se tuvo como hallazgo variables estratégicas que no contaba con indicadores y sobre todo una base de datos o serie histórica de por lo menos tres años, que tenga representatividad nacional y que provenga de una fuente de datos oficial. Es por ese motivo que se estimación indicadores con aquellos que tengan una serie histórica para su correspondiente y proyección al año 2030.



**Tabla N° 1.5 Diagnóstico de las Variables Estratégicas**

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

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



## 5. Construcción de escenarios.

En la construcción de escenarios se describió de manera consistente y coherente futuros hipotéticos alternativos, que pudieran servir como base para la acción. Se consideraron tres tipos: El escenario tendencial (refleja el comportamiento de las variables estratégicas respetando la continuidad de su patrón histórico); los escenarios exploratorios que son modificaciones posibles del primero y el escenario óptimo, que corresponde al mejor estado posible de futuro.

En el planeamiento estratégico, los escenarios son descripciones consistentes y coherentes de futuros hipotéticos alternativos que reflejan diferentes perspectivas sobre el pasado, presente y futuros desarrollos, que pueden servir como base para la acción, como se observa en el siguiente gráfico:



En la **tabla N° 1.6**, se muestra una proyección al año 2030 de las trece (13) variables estratégicas que fueron valoradas mediante indicadores de las veinticinco que muestra el Documento Prospectivo. Esta selección se basa en la construcción de los indicadores y la recopilación de la fuente de datos, la misma que debe conservar representatividad a nivel nacional, asegurar un histórico (información) de por lo menos 3 años y que tenga valor oficial.

**Tabla N° 1.6** Construcción de Escenarios Tendencial, Exploratorios y Óptimo con proyección al año 2030

VARIABLE ESTRATEGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencial al 2030	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)	Escenario óptimo
1 Acceso a agua tratada y saneamiento básico	Proporción de hogares con acceso a agua tratada	ENDES	Porcentaje	99.9	93.5	99.8	99.0	99.9
	Proporción de hogares con saneamiento básico	ENDES	Porcentaje	99.9	93.5	99.8	99.0	99.9
2 Alimentación saludable	Personas que consumen al	ENDES	Porcentaje	0.0	15.0	15.0	15.0	80



VARIABLE ESTRATEGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencial al 2030	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)	Escenario óptimo	
	menos 5 porciones de frutas y/o verduras al día								
3	Nutrición	Tasa de desnutrición crónica infantil	ENDES	Porcentaje	0.0	11.0	11.0	11.0	5
4	Incapacidad laboral	Días de incapacidad temporal laboral al año	ESSALUD	Días	0	0	27,000,000	27,000,000	15,000,000
5	Mortalidad materna	Razón de Mortalidad Materna	ENDES	Razón x 100000	0.0	60.0	65.0	68.0	3
6	Mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad neonatal	ENDES	Tasa x 1000 nac.vivos	0.0	6.0	7.0	7.0	1
7	Tuberculosis	Incidenca de tuberculosis	ESNPCT	Tasa x 100 000	42.5	81.5	75.0	75.0	10,0
8	Cáncer	Tasa de mortalidad general por cáncer	MINSA-OEGI	Tasa x 100 000	0.0	130.3	130.3	130.3	30,0
9	Diabetes mellitus	Prevalencia de diabetes (población de 20 a 79 años)	ENDES	Porcentaje	5.0	8.0	8.0	8.0	1,5
10	Mortalidad por urgencias y emergencias de salud	Tasa de letalidad al alta en pacientes hospitalizados por traumatismos	SIGHOS	Tasa	0.0	3.0	3.0	3.5	2
11	Aseguramiento universal en salud	Cobertura de afiliación a un seguro de salud	ENAHO	Porcentaje	100.0	90.0	90.0	80.0	100
12	Articulación intergubernamental	Presupuesto del sector salud en presupuesto por resultados (PP)	MINSA	Porcentaje	0.0	45.0	45.0	45.0	70
13	Acceso a servicios de salud de calidad	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud	ENAHO	Porcentaje	0.0	55.0	58.0	55.0	100
		Percepción de la buena calidad en la atención	ENAHO	Porcentaje	0.0	70.0	70.0	65.0	90

VARIABLE ESTRATEGICA	INDICADOR	FUENTE	Unidad medida	Escenario tendencial al 2030	Escenario Exploratorio I (CATASTROFE)	Escenario Exploratorio II (CAMBIO CLIMÁTICO-EPIDEMIAS)	Escenario Exploratorio II (CRISIS ECONÓMICA)	Escenario óptimo
	en consulta externa							

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030

## 6. Síntesis del análisis de riesgos y oportunidades.

El análisis de riesgos y oportunidades nos da la posibilidad de tener información que servirá para la mejor elección del escenario apuesta, así también, nos permitirá diseñar procesos posteriores para hacerles seguimiento.<sup>6</sup>

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

Tabla N° 1.7- Síntesis de análisis de riesgo y oportunidades

ESCENARIO EXPLORATORIO I	RIESGO	OPORTUNIDADES
<b>Catástrofe: Terremoto</b>	Destrucción de viviendas y de los servicios de agua y saneamiento, limitando o dificultando su acceso.	Difusión de normas de salud vinculadas a cambios en estilos de vida y hábitos favorables a la salud
	Daño irreparable a la infraestructura de salud.	Fortalecimiento de la gestión de riesgo de desastres en el sector salud.
	Aumento drástico de las urgencias y emergencias.	Fortalecimiento de la participación social.
	Desencadenamiento de epidemias	Evaluación y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento en salud.
	Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.	Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial
	Hacinamiento en los hospitales.	Apoyo de la cooperación internacional
	Vulnerabilidad a incrementar las muertes de niños y adulto mayor	Sensibilidad de la población frente a los riesgos de desastres.
	Muerte de personal de salud: médicos, enfermeros, etc.	
	Conflictos sociales por mala gestión y corrupción	
	Pérdida de coordinación entre las redes existentes.	
Vandalismo y robos		
ESCENARIO EXPLORATORIO II	RIESGO	OPORTUNIDADES
<b>Cambio climático: Epidemias</b>	Propagación rápida de la epidemia.	Fortalecimiento de programas educativos.
	Falta de conocimiento científico sobre la forma de enfrentar la epidemia.	Fortalecimiento de la participación social.



	Apertura de nuevos nichos ecológicos de enfermedad.	Aumento de capacidades en investigación sobre epidemias.
	Trastornos sociales y pérdidas económicas.	Coordinación y articulación intergubernamental e intersectorial.
	Aumento drástico de las urgencias y emergencias.	Disposición de los decisores de política hacia el planeamiento prospectivo.
	Colapso de la atención de los establecimientos y servicios de salud.	Fortalecer la vigilancia epidemiológica.
	Conflictos sociales por mala gestión y corrupción.	

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

Fuente: Equipo de trabajo MINSa PESEM 2016

Los escenarios construidos en la fase de análisis prospectivo son referentes orientadores, informativos y flexibles para construir el "escenario apuesta" en la formulación de la fase estratégica.



## II.- Fase Estratégica

La fase estratégica considera los insumos desarrollados en el Documento Prospectivo del Sector Salud 2030<sup>7</sup> e incorpora procesos de análisis preparados específicamente para documentar el estado actual y las perspectivas del sector al año 2021 en concordancia con los objetivos nacionales del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y hacia la implementación de la mejora de la salud de la población. En particular, el primer trimestre del 2016 se ha elaborado la Propuesta de la Hoja de Ruta para alcanzar los objetivos de la reforma del Sector Salud a 2021<sup>8</sup> que sintetiza el ejercicio deliberativo y de análisis de funcionarios, informantes claves y expertos del sector, en base a los Lineamientos de la Reforma del Sector Salud<sup>9</sup> y; el Acuerdo Nacional sobre Objetivos de la Reforma de Salud.<sup>10</sup>

De esta manera, para la formulación de la fase estratégica se considera el conocimiento disponible, el nivel de consenso sectorial, político y civil sobre el proceso de reforma en curso, que mantiene la línea de gestión pública con legitimidad, dado el antecedente del Plan Concertado en Salud (2009) y propone ajustes en la organización del nivel central a través del DS N.º 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones (ROF) para una mejor conducción. Todo ello con la aspiración de lograr mejores niveles de salud al año 2021, año del Bicentenario de la República del Perú.

### El sistema de salud rumbo al Bicentenario de la República

El Perú ha tenido un desempeño económico favorable que le ha permitido reducir la pobreza y lograr la meta 3 del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años que se refleja en la reducción de la tasa de mortalidad infantil a 15 muertes por cada 1000 nacidos vivos<sup>11</sup>.

No obstante, para implantar un modelo de atención enfocado en las personas, sus necesidades y expectativas, se viene impulsando una reforma cuyo objetivo es universalizar la protección en salud en el Perú, protegiendo la salud de la población a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, y la gestión del riesgo.

El conjunto inicial de normas<sup>12</sup> ha permitido avanzar en la implementación de la reforma que está sustentado en cinco pilares estratégicos y articulados: (i) mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de Salud Pública y sus determinantes sociales; (ii) ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud; (iii) mejorar el cuidado y la atención integral de salud (iv) promover y proteger efectivamente los derechos de la salud; y (v) fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud.

Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, ha devenido en un proceso de cambios que ha atravesado cinco periodos gubernamentales. En el 2009, se aprobó la Ley Marco de

<sup>7</sup> Documento prospectivo del Sector Salud, aprobado con oficio N° 095-2016-CEPLAN/DNCT, marzo de 2016.

<sup>8</sup> Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016

<sup>9</sup> Lineamientos de Política del Sector Salud 2012 y 2013.

<sup>10</sup> Ver <http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

<sup>11</sup> INEI – ENDES 2012-2014.

<sup>12</sup> Decretos Legislativos N° 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174 y 1175, todos emitidos en diciembre del 2013.



Aseguramiento Universal en Salud. A fines del 2013, se promulgaron 23 Decretos Legislativos que introdujeron reglas para la extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud; y la organización del Ministerio de Salud (MINSa).

## Escenario Apuesta

Al 2021, la reforma de la salud está totalmente consolidada, con la universalización del acceso a cuidados, atenciones y servicios de salud pública, así como el aseguramiento de la salud. El régimen subsidiado se consolida, aumentando la cobertura poblacional—prestacional y financiera. Se logra la acreditación de los establecimientos de salud de nivel II y III brindando servicios integrales de calidad y con eficiencia.

Asimismo, se mejora la coordinación y articulación intersectorial e intergubernamental, lo que ha permitido la ejecución óptima del presupuesto en salud de los gobiernos regionales y una activa participación social mediante la creación de espacios de coordinación multisectorial local. Estos espacios han dirigido sus intervenciones significativamente a los determinantes sociales y ambientales de la salud en sus respectivas jurisdicciones. Esto impactó positivamente en el mantenimiento de la salud de las familias y la disminución de sus gastos por atenciones.

Las políticas y acciones públicas formuladas y orientadas por el Ministerio de Salud, facilitan la educación e información para la adopción de conductas saludables, en pro del uso adecuado de los servicios para el mantenimiento de la salud y la prevención de condiciones desfavorables, daños o enfermedades. Se presta especial atención en proveer de un entorno favorable a las familias, escuelas y comunidades para que, en particular, niños y adolescentes desarrollen sus potenciales y eviten riesgos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y sustancias adictivas. Asimismo, las políticas y acciones intersectoriales protegen a niños y adolescentes del abuso físico y psicológico, promueven el fortalecimiento de la autoestima y el respeto mutuo, y facilitan el acceso a servicios diversos de acuerdo a cada etapa de vida, con especial énfasis a servicios de salud sexual y reproductiva en la etapa de la pubertad y adolescencia.

Al 2021 se reducen brechas e inequidades en salud, para lo cual el MINSa se abocará en la mejora de las condiciones de vida, aumentando el número de hogares con acceso a agua tratada y saneamiento básico para toda la población (99,9%). Asimismo, se incorporan estilos de vida y hábitos saludables en la población gracias a profundos procesos educativos y campañas integrales, mejorando la seguridad alimentaria, y disminuyendo la desnutrición crónica infantil a menos de 10%. Dadas las mejoras, las estrategias e intervenciones del sector, se reduce la razón de mortalidad materna y la mortalidad neonatal.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles también logran mejoras importantes, producto de intervenciones de salud articuladas y enmarcadas en el proceso de la reforma de la salud. De esta manera, la tuberculosis deja de ser un problema de salud pública y la magnitud de incremento de la tasa de mortalidad del cáncer disminuye, así como la prevalencia de diabetes mellitus, la cual se mantiene controlada en el promedio de la población general con tendencia a la disminución en los grupos más jóvenes.



Las enfermedades transmitidas por vectores tales como el Dengue, Chikungunya y el Zika están completamente controladas gracias a la creación y acción del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, junto con la intervención del sector para realizar acciones de prevención, control y vigilancia intergubernamentales e intersectoriales focalizadas a nivel sub-nacional, y la expansión de los Programas Presupuestales por Resultados en materia de salud pública. Por otra parte, el MINSA conduce una estrategia intensa y focalizada de prevención, diagnóstico y tratamiento gratuito precoz de casos de infección por VIH que permite disminuir muy significativamente la aparición de casos nuevos, especialmente en la población joven y más vulnerable (LGTBI).

Las condiciones y enfermedades propias de las personas mayores de 65 años son controladas y atendidas con el desarrollo de modelos de cuidados preventivos, paliativos y de atención oportuna, que incorporan a la propia persona, sus familiares y grupos sociales cercanos en las acciones de dichos modelos. La sociedad ha interiorizado el enfoque de envejecimiento saludable y calidad de vida en todas las etapas de vida.

Finalmente, las políticas e intervenciones intersectoriales fomentadas por el MINSA han sido efectivas para reducir considerablemente la tasa de letalidad de pacientes hospitalizados por emergencias de salud y los riesgos a la salud derivados de productos químicos peligrosos o por contaminación y contaminantes ambientales, brindando servicios para facilitar la identificación de personas en riesgo o afectadas y proveyendo el tratamiento pertinente.

### III. Visión

"Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población".

### IV. Objetivos Estratégicos

#### Elaboración de los objetivos estratégicos.

La estructura de cada objetivo estratégico cuenta con los tres elementos definidos en la Guía Metodológica Estratégica: Verbo (que refleja la dirección del cambio que se desea lograr en la condición identificada para el sujeto), Condición de cambio (que es la cualidad, característica, atributo, desempeño, actitud, entre otros, del sujeto sobre el cual se desea incidir) y Sujeto (que corresponde al ciudadano, entorno u otra entidad del Estado cuya condición se desea cambiar).

Partiendo del escenario apuesta y de los pilares estratégicos articulados a la reforma del sector salud, se han formulado tres objetivos estratégicos:

1. **Mejorar la salud de la población.**
2. **Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud**

### 3. Promover la protección efectiva de los derechos de la salud.

## V. Acciones Estratégicas

Las acciones estratégicas proporcionan una plataforma para la toma de decisiones. De esta manera, establecen cómo se materializarán los objetivos estratégicos sectoriales y reflejan el conjunto de actividades ordenadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico y que requiere el uso de recursos. Las acciones estratégicas sectoriales pueden ser de la siguiente naturaleza<sup>13</sup>:

- Orientadora: identifican los cambios que el sector apuesta lograr en las condiciones, necesidades de los ciudadanos o en el entorno que estos se desenvuelven. Las acciones estratégicas sectoriales orientan la gestión del sector hacia el logro de sus objetivos estratégicos sectoriales.
- Articuladora: son acciones de coordinación, conducción o articulación de políticas sectoriales. En ese marco, las acciones estratégicas podrán incorporar la capacidad de articulación y coordinación con otros sectores y/o entidades y actores.

Los proyectos estratégicos: todos los sectores cuentan con proyectos de alcance nacional que, de materializarse, tendrían un impacto en el devenir del sector. Por ello es importante identificar los proyectos de infraestructura y otros proyectos de inversión que son priorizados por el sector.

El PESEM cuenta con diez acciones estratégicas que van a contribuir a alcanzar los objetivos sectoriales. Además, se han identificado indicadores para cada una de las acciones. Al igual que los indicadores de los objetivos estratégicos, se priorizó uno o dos indicadores trazadores y representativos, teniendo como fuentes los indicadores de los escenarios del documento prospectivo y los indicadores de los instrumentos de política del sector.

Las acciones estratégicas proporcionan una plataforma para la toma de decisiones. De esta manera, establecen cómo se materializarán los objetivos estratégicos sectoriales y, reflejan el conjunto de actividades que contribuyen al logro de un objetivo estratégico.



<sup>13</sup> CEPLAN, 2015. Guía Metodológica de la Fase Estratégica, op. cit.



**Tabla N° 2.1 Objetivos Estratégicos e Indicador y Acciones Estratégicas PESEM al 2021**

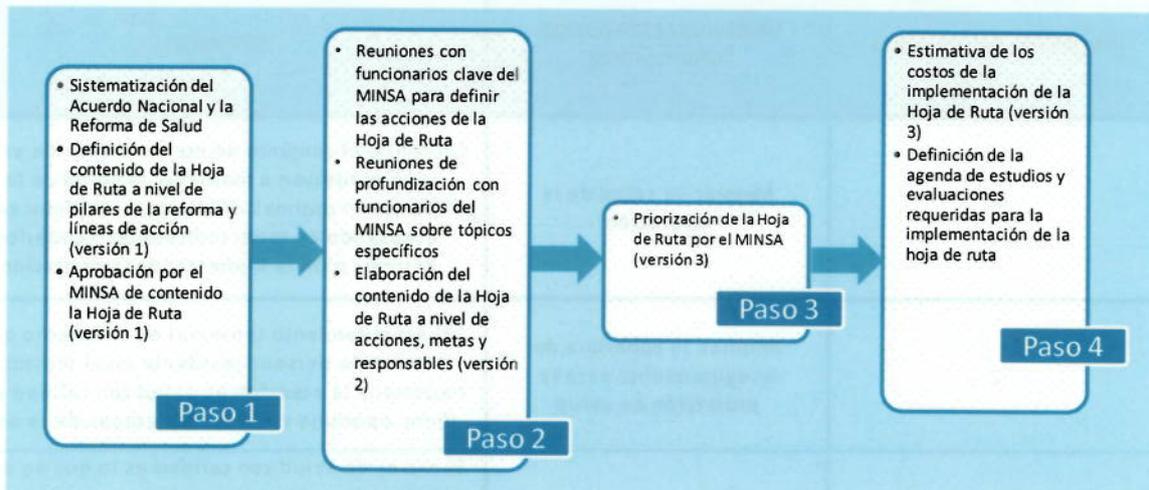
	INDICADOR	Línea base y año	META	Fuente de información	Responsable	ACCIONES ESTRATÉGICAS
			Año 5			
<b>1. Mejorar la salud de la población.</b>	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192,5 años por mil habitantes (2012)	172,54 por mil habitantes	MINSALUD	MINSALUD	Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal
						Reducir la Desnutrición Infantil y, anemia
						Controlar las enfermedades transmisibles
						Disminuir las enfermedades no transmisibles
						Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
<b>2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud</b>	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	80% 2015	97.0	SUSALUD	MINSALUD	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema.
						Expandir la Oferta de servicios de salud
						Modernizar la gestión de los servicios de salud
						Generar capacidades para el desarrollo e, implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
<b>3. Promover la protección efectiva de los derechos de la salud</b>	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73,7 2015	90%	ENSALUD	SUSALUD	Fortalecer la promoción de los derechos de la

Fuente: Equipo de trabajo MINSALUD PESEM 2016

## VI. Identificación de la Ruta Estratégica

La ruta estratégica consiste en la determinación del orden de prioridades a nivel de objetivos estratégicos y la secuencia lógica de sus correspondientes acciones estratégicas. El MINSALUD ha desarrollado un ejercicio de discusión y análisis específico. Esta sección se basa en el documento propuesta de Hoja de ruta para lograr los objetivos de reforma del Sector Salud al año 2021. El proceso de elaboración de dicho documento se detalla en el gráfico siguiente:



**Grafico 2.1:** Proceso de elaboración de la propuesta técnica de la Hoja de Ruta de la Reforma de Salud al 2021

Fuente: Producto 2: Hoja de ruta para lograr los objetivos de la reforma de Sector Salud al año 2021. Perú SCL/SPH. PE-T1327. Marzo 2016

De esta manera, en el PESEM se observa cómo están ordenados los objetivos (del 1 al 3) y sus correspondientes acciones. La priorización de los objetivos se elaboró sobre la base de su importancia para el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas, para lo cual se realizó la priorización de las acciones en función de su eficacia para alcanzar los objetivos.

Una vez concluido este ejercicio, se procedió a definir las metas tanto para los objetivos como para las acciones estratégicas. Una meta es el valor proyectado del indicador para hacer el seguimiento al logro de los objetivos estratégicos. El PESEM se elabora para 6 años, por lo que se formularon metas anuales para cada indicador del propósito de los objetivos estratégicos y de las acciones estratégicas. Para establecer las metas de los indicadores de las acciones estratégicas, se tomó como meta el valor estimado de la variable en la Fase de Análisis Prospectivo para las proyecciones del caso para el periodo de vigencia del documento estratégico. De manera similar, en el caso de indicadores de acciones estratégicas derivados de variables asociadas a instrumentos de política.<sup>14</sup>

Tabla N° 2.2- Matriz de Ruta Estratégica: Objetivos Estratégicos

PRIORIDAD DEL OBJETIVO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PRIORIZADOS	SUSTENTO
1	Mejorar la salud de la población	Concentra el conjunto de intervenciones de salud que coadyuvan a mantener la salud de la población en óptimas condiciones. Se debe seguir avanzando en tener indicadores sanitarios óptimos para el bienestar de la población.
2	Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	El Aseguramiento Universal es el derecho que tiene toda persona residente en el territorio nacional a la atención en salud con calidad y en forma oportuna en todas las etapas de la vida.
3	Promover la protección efectiva de los derechos de la salud	Servicios de salud con calidad es lo que se debe brindar a la población por lo que es primordial ejecutar programas de mejora de la calidad incorporando el respeto de la cultura de los ciudadanos y reducir el tiempo de espera para ser atendidos en algún servicio de salud.

Fuente: Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016

La ruta de las acciones estratégicas define en cada caso la implementación de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de Salud Pública y sus determinantes sociales; destaca en ello, el fortalecimiento de capacidades sectoriales para la respuesta rápida ante riesgos y desastres, emergencias sanitarias, así como la prevención y atención de los mismos. La respuesta rápida en el marco de la Ley 30423, establece medidas para fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población.

A continuación se describen cada una de las acciones estratégicas para luego definir la ruta estratégica de las mismas.

### Acción estratégica 1.1: Reducir la mortalidad materna y neonatal

La reducción de la mortalidad materna sigue siendo una prioridad de estado para el próximo quinquenio, para lo cual se continuará ejecutando intervenciones y acciones enfocadas a grupos de población vulnerable, para prevenir embarazos no deseados, atender complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque de interculturalidad en población pobre y de extrema pobreza, dado que la tasa de 93 por 100,000 nacidos vivos<sup>15</sup>, sigue siendo una de las tasas más altas de mortalidad materna en América Latina.



<sup>15</sup> Fuente ENDES año 2014



La mortalidad neonatal (entre 0 y 28 días de vida) permanece alta en 9.8 niños por cada 1000 nacidos vivos<sup>16</sup>. Es predominante la defunción en los primeros siete días de nacidos (81%). Los principales problemas neonatales que causan la mortalidad son prematuridad, asfisia, infecciones, síndromes de dificultad respiratoria y malformaciones congénitas.

Dichas muertes son evitables con intervenciones efectivas y nada costosas como iniciar la lactancia materna a más tardar una hora después del parto, asegurar una práctica correcta con el cordón umbilical, ligándolo en el momento oportuno, mantener abrigado al bebé, reconocer señales de peligro y buscar ayuda, así como brindar cuidados especiales a los bebés con bajo peso al nacer, son ejemplos de medidas costo-efectivas que no incluyen medicamentos costosos ni tecnología compleja<sup>17</sup>.

Las intervenciones contenidas en el programa presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN) contribuyen a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, para lo cual se han establecido los productos y actividades costo efectivas que redundaran en la mejora de la salud de la madre y del recién nacido, incluye a las gestantes afiliadas al SIS. Por otro lado se viene brindando a los recién nacidos de las zonas más pobres un paquete de protección y atenciones que aseguren el cuidado del recién nacido.

### Acción estratégica 1.2: Reducir la Desnutrición infantil y anemia:

El conjunto de acciones que se vienen realizando para disminuir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) durante estos últimos años han contribuido al desarrollo integral de la infancia que es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. El indicador que muestra los avances alcanzados es la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años, que ha pasado de 19.5% en el año 2011 a 14.4% , el año 2015<sup>18</sup>, siendo una de las metas de los Objetivos del Milenio, alcanzadas.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.

El programa presupuestal Articulado Nutricional (PAN) contribuye a la reducción de la desnutrición infantil, la anemia y enfermedades prevalentes de la infancia, por lo que el conjunto de intervenciones contenidas en el mismo están financiadas permitiendo sostener los esfuerzos desplegados a través de:



<sup>16</sup> Fuente: ENDES 2015

<sup>17</sup> Fuente: Anexo N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal año 2017. MCLCP Grupo de Trabajo Salud Materno Neonatal Seguimiento Concertado al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal (SMN)

<sup>18</sup> Fuente: ENDES año 2015



- Extender la implementación de intervenciones efectivas a los espacios de más difícil acceso por barreras geográficas y culturales para la reducción de Anemia y DCI.
- Profundizar esfuerzos para extender la suplementación con Multi-micronutrientes (MMM) para el niño y un paquete educativo dirigido al cuidador en particular en espacios de más difícil acceso por barreras geográficas y culturales.
- Mantener el programa "Salud Escolar" a través del plan Aprende Saludable que a la fecha ha atendido 2,4 millones de estudiantes de inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito Qali Warma con evaluación del estado nutricional, identificación de anemia, vacunación, evaluación de la agudeza visual (incluyendo la entrega de lentes) y examen estomatológico.
- Influir en las políticas multisectoriales para mejorar los determinantes sociales de la salud, cerrando las brechas de agua y saneamiento, así como la promoción de hábitos saludables.

### Acción estratégica 1.3: Controlar las enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles comprenden el conjunto de daños generados por la transmisión de infecciones que afectan la salud<sup>19</sup>.

Durante los últimos años, la tendencia de la incidencia de tuberculosis ha ido disminuyendo gradualmente, desde una tasa de 95,7 x 100 mil Habitantes del 2010 a 87,5 x 100 mil Habitantes para el 2015. Respecto a la aparición de casos pulmonares con frotis pulmonar positivo, se ha reducido ligeramente de 14 350 casos en el año 2010 a 12 313 casos en el año 2015.

Las enfermedades metaxénicas son transmitidas por mosquitos, debido a lo cual las características del medio ambiente y sus cambios van a influir en la transmisión de estas enfermedades así como Las zoonosis tienen un reservorio animal, usualmente silvestre, lo cual hace difícil controlar su transmisión. Ambos tipos de enfermedades transmisibles se caracterizan por causar brotes o epidemias con un elevado número de casos y letalidad variada, pudiendo hacer colapsar los servicios de salud. Solamente la Fiebre Amarilla dispone de vacunas eficaces para evitar la enfermedad.

A pesar de los avances, se deben redoblar esfuerzos para superar el abordaje eminentemente biomédico y lograr la acción multisectorial para superar los determinantes sociales del daño a ello contribuyen los programas presupuestales TBC-VIH y de Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis.



<sup>19</sup> Las enfermedades transmisibles incluyen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), la Tuberculosis, VIH/SIDA, Hepatitis B, Metaxénicas endémicas (Malaria, Dengue, Bartonellosis, Leishmaniosis, enfermedad de Chagas, Fiebre Amarilla) y Zoonosis endémicas (Rabia urbana y silvestre, Brucela, Peste, Carbunco, Leptospirosis, Equinococosis quística, Fasciola, Cisticercosis y accidentes por animales ponzoñosos).



En el próximo quinquenio es importante controlar y disminuir la prevalencia de las enfermedades transmisibles a través de:

- Fortalecer la cobertura de vacunación tanto del calendario de vacunación para niños, adolescentes, gestantes y adulto mayor.
- Proporcional el tratamiento adecuado y oportuno para el control de TB, del VIH-SIDA
- Extender la implementación de intervenciones efectivas para la reducción de las enfermedades metaxénicas.

#### Acción estratégica 1.4: Disminuir las enfermedades no trasmisibles

En el Perú, los cánceres que a nivel nacional presentan un mayor promedio de casos por año fueron los de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. Al analizarse los cánceres por localización topográfica y sexo, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%) seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). En el sexo masculino predominaron el cáncer de próstata (15.1%), cáncer de estómago (15.1%) y el cáncer de piel (7.8%); mientras que, en el sexo femenino predominaron el cáncer de cérvix (24.1%), el cáncer de mama (16.6%) y el cáncer de estómago (8.6%)<sup>20</sup>.

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

El financiamiento a través del programa presupuestal de Enfermedades No Transmisibles, Diabetes, Cáncer y Salud Mental contribuye a la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades no trasmisibles, el mismo que para el caso de las gestantes afiliadas al SIS se complementa con las transferencias del SIS.

Por ello, en el próximo quinquenio es importante controlar y disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, en particular, la tasa de mortalidad por cáncer, a través de:

- Fortalecer el "Plan Esperanza": creado en el 2012 para prevenir y tratar el cáncer, realizándose desde esa fecha hasta fines del 2015 más de 7,8 millones de consejerías en cáncer. Asimismo, más de 4,7 millones de personas han sido evaluadas para diagnóstico precoz de cáncer y más de 140 mil personas con cáncer han sido diagnosticadas y tratadas de forma gratuita. El Plan Esperanza ha sido reconocido por la OPS/OMS como un modelo a seguir en la región.
- Implementar los planes de prevención de enfermedades crónicas, en particular, Diabetes.



- Diseñar e implementar el plan de salud metal

### **Acción estratégica 1.5: Reducir los riesgos daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.**

En el año 2016, se ha promulgado la Ley 30423, que establece medidas para fortalecer la Autoridad de Salud de nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población. Esta Ley, se suma al DS 1156 que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones. La importancia de esta normativa, es que respetando el proceso de descentralización en curso, permitirá al MINSA intervenir en territorios específicos y de manera extraordinariamente si es necesario prevenir riesgos que por factores externos o incuria de las Direcciones Regionales y/o Gobiernos Regionales que afecten la salud de la población.

Por otro lado, en el país se vienen incrementando las lesiones o accidentes (causas externas) como causas de mortalidad y morbilidad; en los últimos años se cuenta con establecimientos y servicios de salud con atención de urgencias y emergencias que financiados a través del programa presupuestal reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas. Los accidentes de tránsito, son los mayores contribuyentes en la letalidad de pacientes en emergencias de salud, que además son muertes evitables.

El financiamiento a través de los programas presupuestales Reducción de Vulnerabilidad y Atención de Emergencias por Desastres; así como la Reducción de la mortalidad por Emergencias y Desastre, justamente contribuyen a la reducción de la mortalidad y morbilidad por estas causas.

### **Acción estratégica 2.1: Incrementar la cobertura de aseguramiento de la población pobre y pobre extremo:**

Una de las principales preocupaciones del Sector Salud es la consolidación de la cobertura de aseguramiento en salud a la población buscando mecanismos de financiamiento para brindarles las atenciones de salud necesarias.

Con el propósito de cerrar las brechas de población sin seguro de salud se debe eliminar las restricciones de carácter normativo-administrativo y la Incorporación de un enfoque de protección a la población vulnerable ya sea por condición biológica y/o social, para la afiliación de recién nacidos, menores de 3 años y escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas del ámbito Qali Warma al SIS. En el régimen semi-contributivo del SIS, se fortalecerá:

- La cobertura de los contribuyentes al NRUS y el seguro semi-contributivo, por medio de la protección a independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y a sus derechohabientes gracias al Plan SIS Emprendedor, que cuenta con 257 mil asegurados activos y 427 mil registrados.



### Acción estratégica 2.2: Expandir la oferta de servicios de salud

Esta acción está orientada a expandir los servicios de salud, en forma eficiente, priorizando la atención primaria de salud, lo cual involucra:

- Fortalecer el planeamiento multianual de inversiones, haciendo vinculantes las decisiones del Comité Multisectorial de Inversiones de Salud (CMIS)
- Consolidar el planeamiento intergubernamental de inversiones en establecimientos estratégicos de los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS)
- Continuar la ejecución del plan de inversiones acordado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, incluyendo las Asociaciones Público-Privadas y las Obras por Impuestos.

### Acción estratégica 2.3: Modernizar la gestión de los servicios de salud

Esta acción está orientada a transitar hacia una gestión centrada en el paciente, que propenda a la atención integral, segura y oportuna, lo cual involucra:

- Implementar Redes Integradas de Atención Primaria de Salud –RIAPS.
- Implementar programa de modernización hospitalaria en los nuevos hospitales desde su puesta en operación.
- Fortalecimiento de los órganos de conducción de los hospitales y redes

### Acción estratégica 2.4: Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, la investigación e información sanitaria

Esta acción está orientada a desarrollar criterios y procedimientos para aprobar la incorporación de tecnología y coadyuvar a la sostenibilidad del sistema de salud; incorporar tecnología digital para la gestión y atención de salud.

La Tele salud busca mejorar el acceso a los servicios de salud, utilizando las Tecnologías de Información y Comunicaciones como herramienta que permite ampliar su cobertura, mejorar la eficiencia en su entrega y promover una mayor igualdad entre los residentes en el Perú.

### Acción estratégica 3.1: Fortalecer la promoción de los derechos del usuario

Esta acción está orientada a salvaguardar los derechos en salud de los ciudadanos, en particular los asociados a la efectividad, calidad, seguridad y oportunidad de la atención de salud.



**Tabla N° 2.3 Ruta Estratégica de las Acciones Estratégicas.**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PRIORIZADOS	ACCIONES ESTRATÉGICAS	PRIORIDAD
<b>Mejorar la salud de la población</b>	Reducir la Mortalidad y Materna Neonatal	1
	Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	2
	Controlar las enfermedades Transmisibles	3
	Disminuir las enfermedades No Transmisibles	4
	Reducir los riesgo, daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	5
<b>Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud</b>	Incrementar la cobertura de aseguramiento de la población	1
	Expandir la oferta de servicios de salud	2
	Modernizar la gestión de los servicios de salud	3
	Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, investigación e información sanitaria	3
<b>Promover la protección efectiva de los derechos de la salud</b>	Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos	1







DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR	Línea base y año	META AL 2021	Fuente de Información	Responsable	ACCIONES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	Línea base y año	META AL 2021	Fuente de Información	Responsable
1. Mejorar la salud de la población	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)	192.5 años por mil habitantes (2012)	172.54 por mil habitantes	MINSa	MINSa	Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal	Razón de Mortalidad Materna (por cada 100,000 nacidos vivos)	33 X 100,000 nacidos vivos (2010)	< 70 x 100,000 nacidos vivos	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSa
							Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (x 1000 nac. vivos)	20 x 1,000 nacidos vivos (2014)	< 14 X 1,000 nacidos vivos	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI
							Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)	14.4% (2015)	<10 %	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSa
						Reducir la Desnutrición Infantil y anemia	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia	43.5 % (2015)	20%	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSa
							Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes	87.5 % (2015)	69.5%	Informe Operacional de Tuberculosis-ESN PCT (MINSa)	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)-MINSa
						Controlar las enfermedades transmisibles	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas)	5.2 (2011)	4	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSa	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)- MINSa
							Porcentaje de personas de 15 y más años que reportan tener diabetes mellitus	2.9 % (2015)	2 (2019)	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSa
						Disminuir las enfermedades no transmisibles	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectados en los servicios de salud mental.	15.0% (2014)	35%	Informes, registros HIS	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)-MINSa
							Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados	77.9 % (2015)	79.5%	ENDES	Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSa
						Reducir los riesgos, daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.	Tasa de mortalidad por causas externas	69.20% (2015)		Dirección General de Prestaciones de Salud (DGEPREs)	Dirección General de Prestaciones de Salud (DGEPREs)



**DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ**  
**"Año de la Consolidación del Mar de Grau"**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADOR	Línea base y año	META AL 2021	Fuente de información	Responsable	ACCIONES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	Línea base y año	META AL 2021	Fuente de información	Responsable
2. Ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud	73 % (2015)	90	ENAH-C	NE-S S	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar cobertura de aseguramiento de la población</li> <li>Expandir la oferta de servicios de salud</li> <li>Modernizar la gestión de los servicios de salud</li> <li>Generar capacidades para el desarrollo e implementación de tecnología, investigación e información sanitaria</li> </ul>	Porcentaje de población afiliada a S S	43,4% (2015)		ENAH-CSS	Seguro Ingreso de Salud
3. Promover la protección efectiva de los derechos de la salud	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa	73,7	90%	NE-SUSALUD	NE-SUSALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la promoción, protección y restauración de derechos</li> </ul>	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud	2016	55%	ENAH-O	MINSA
							Tiempo de espera en consulta ambulatoria	104 minutos	45 minutos	ENAH-O	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD)

Fuente: Equipo de trabajo MINSA PESEM 2016



## Anexos

### 1. Proyectos de inversión pública de impacto sectorial

La inversión pública en salud está regulada por la Ley N° 28802, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, el Reglamento y Directiva General y normas complementarias; así como por las Leyes Anuales de Presupuesto y de Endeudamiento del Sector Público. Asimismo, en el marco de la Ley N° 30073, que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud, el Ministerio de Salud dictó el Decreto Legislativo N° 1157 que tiene como objeto dictar medidas destinadas a regular la gestión de la inversión pública en salud, mediante mecanismos e instrumentos técnicos que permitan mejorar su eficiencia y eficacia con el propósito de cerrar las brechas en el acceso y calidad de los servicios de salud.

En dicho contexto, mediante Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA, se establecieron 748 Establecimientos Estratégicos (EESS Estratégicos) en todo el país, con el objeto de fortalecer el primer nivel de atención (centros de salud local y provinciales) para evitar que la población acuda a los grandes hospitales (regionales y nacionales) por dolencias menores, mejorando la infraestructura, equipamiento, dotación de recursos y ampliación de la cartera de servicios.

Es preciso señalar que el Documento Técnico: “Lineamientos para las Intervenciones de Inversión Sectorial en Salud que contribuyan a Disminuir la Desnutrición crónica Infantil (DCI)”, aprobado por Resolución Ministerial N° 983-2012/MINSA, define al Establecimiento de Salud Estratégico, como el establecimiento de salud con capacidad resolutoria de mediana complejidad, que puede atender las necesidades de atención de salud más frecuentes en un radio de dos horas para la atención no quirúrgica y de cuatro horas para la atención quirúrgica. Es parte de la estrategia de fortalecimiento de la oferta de servicios de salud y redes de servicios de salud que promueve el sistema nacional de salud.

Esta priorización se ha realizado a través de dos procesos:

**El primer proceso**, denominado “Delimitación de Redes Funcionales y Selección de Establecimientos Estratégicos”, ha permitido priorizar establecimientos de salud con los cuales se estima responder a las necesidades de la demanda. Los criterios han sido los siguientes:

1. Patrones de uso actual de servicios de salud.
2. Tiempos de desplazamiento entre los centros poblados y los establecimientos de salud.

Como resultado de la aplicación de este proceso, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales han identificado un listado de 748 establecimientos de salud en todo el país (Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA y Resolución Ministerial N° 997-2012/MINSA).

**El segundo proceso**, denominado Identificación de Necesidades de Inversión de los Establecimientos de Salud Estratégicos, ha permitido identificar y estimar necesidades de inversión en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención. El criterio de priorización ha sido:

- Análisis de la demanda y oferta futura de servicios de salud en el marco de lo que ofrece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), utilizando parámetros y criterios establecidos por la metodología de Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud aprobados por Resolución Ministerial N° 577-2011/SA.



Como resultado de la aplicación de este proceso y con la asistencia técnica del Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales, se identificaron necesidades de inversión en 278 establecimientos estratégicos de nueve departamentos (Amazonas, Cajamarca, San Martín, Huánuco, Pasco, Huancavelica, Ayacucho, Puno y Ucayali).

En el presente año está previsto gestionar 173 proyectos de inversión en sus diferentes fases con un monto de inversión de 1,087 millones de soles. Cabe resaltar que de los 72 proyectos que se prevén se encuentren en operación en el año, se espera que 51 sean inaugurados antes del cambio de gobierno (julio 2016). La población beneficiaria no es acumulable en tanto los establecimientos operan en redes de servicios y la suma de las partes puede superar la población nacional, pero dado que están involucradas todas las regiones, alcanza los 30.6 millones de habitantes.

**Tabla N° 3.1** Listado de proyectos con código SNIP vigente, monto de inversión y población beneficiada.

PROYECTOS POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO Y ETAPA	N°	INVERSION S/.	POBLACION BENEFICIARIA
<b>EESS ESTRATÉGICOS</b>	<b>6</b>	<b>143,187,535.0</b>	<b>468,584</b>
<b>EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)</b>	<b>3</b>	<b>111,196,950.0</b>	<b>74,343</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN</b>	<b>1</b>	<b>10,288,349.0</b>	<b>313,751</b>
<b>PERFIL EN FORMULACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2,000,000.0</b>	<b>30,753</b>
<b>PERFIL VIABLE</b>	<b>1</b>	<b>19,702,236.0</b>	<b>49,737</b>
<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO ESTRATÉGICO</b>	<b>13</b>	<b>130,395,209.0</b>	<b>87,553</b>
<b>EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)</b>	<b>11</b>	<b>65,187,882.0</b>	<b>23,743</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN</b>	<b>1</b>	<b>7,656,296.0</b>	<b>8,541</b>
<b>RECEPCIÓN DE EQUIPOS</b>	<b>1</b>	<b>57,551,032.0</b>	<b>55,269</b>
<b>HOSPITAL LOCAL</b>	<b>3</b>	<b>305,495,031.0</b>	<b>714,886</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN</b>	<b>2</b>	<b>235,495,031.0</b>	<b>697,447</b>
<b>PERFIL EN FORMULACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>70,000,000.0</b>	<b>17,439</b>
<b>HOSPITAL NACIONAL</b>	<b>1</b>	<b>277,993,156.0</b>	<b>1,322,374</b>
<b>EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)</b>	<b>1</b>	<b>277,993,156.0</b>	<b>1,322,374</b>



<b>HOSPITAL PROVINCIAL (ESTRATÉGICO)</b>	<b>26</b>	<b>1,859,360,486.0</b>	<b>4,935,642</b>
<b>EN PROCESO DE ADJUDICACIÓN DE EXPEDIENTE TÉCNICO Y OBRA</b>	<b>6</b>	<b>249,728,207.0</b>	<b>3,300,663</b>
<b>EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)</b>	<b>8</b>	<b>543,648,740.0</b>	<b>430,468</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN</b>	<b>8</b>	<b>830,724,386.0</b>	<b>895,265</b>
<b>PERFIL CONCLUIDO, CON OPINIÓN FAVORABLE DE MINSA</b>	<b>1</b>	<b>34,016,961.0</b>	<b>62,456</b>
<b>PERFIL EN FORMULACIÓN</b>	<b>2</b>	<b>129,297,569.0</b>	<b>144,661</b>
<b>PERFIL VIABLE</b>	<b>1</b>	<b>71,944,623.0</b>	<b>102,129</b>
<b>HOSPITAL REGIONAL</b>	<b>11</b>	<b>2,710,609,448.0</b>	<b>5,326,504</b>
<b>EXPEDIENTE TÉCNICO EN FORMULACIÓN (CONTRATADO)</b>	<b>1</b>	<b>281,163,682.0</b>	<b>324,498</b>
<b>FORMULACIÓN DE ESTUDIOS DE PREINVERSIÓN</b>	<b>1</b>	<b>234,067,947.0</b>	<b>42,429</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN</b>	<b>6</b>	<b>1,579,826,081.0</b>	<b>829,912</b>
<b>OBRA EN EJECUCIÓN (PRIMERA PIEDRA)</b>	<b>1</b>	<b>182,856,760.0</b>	<b>780,411</b>
<b>PERFIL EN FORMULACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>151,691,882.0</b>	<b>56,862</b>
<b>PRESENTACIÓN IP</b>	<b>1</b>	<b>281,003,096.0</b>	<b>3,292,392</b>

## 2. Plantilla de articulación

A continuación, se presenta la articulación entre el Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM, del Sector Salud y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional aprobado por el Acuerdo Nacional en marzo del 2011. Esta articulación muestra cómo contribuye el cumplimiento de las metas establecidas por los indicadores de objetivos y acciones sectoriales, respecto a los objetivos nacionales.

En materia de Salud, el PESEM contribuye en específico al Objetivo Nacional II: *Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos*, y a los objetivos específicos 2 (*Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad*) y 3 (*Seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes*).



Tabla N° 3.2 Matriz Plantilla de Articulación

Objetivo nacional	Objetivo Nacional Específico	Indicador	Línea base	Metas nacionales		Objetivo estratégico del PESEM	Indicador	Línea base	Meta
				2016	2021				
OBJETIVO NACIONAL II: Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos	Objetivo específico 2: Acceso universal a servicios integrales de salud con calidad	Tasa de mortalidad infantil (INEI-ENDES)	(2009) 20 por mil nacidos vivos	...	15 por mil nacidos vivos	Mejorar la salud de la población	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (x 1000 nac. vivos) (INEI) (*)	2015 27	13
		Razón de muerte materna (INEI-ENDES)	(2009) 103 por cien mil nacidos vivos	...	46 por cien mil nacidos vivos		2015 (nacional) 83.6	69	
	Objetivo específico 3: Seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes	Población con acceso a un seguro de salud (INEI, Censo de Población y Vivienda)	(2007) 35%	...	100%	Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Población afiliada a un seguro de salud	80% 2015	97%
		Tasa de desnutrición crónica infantil (INEI-ENDES)	(2009) 18,3%	...	16,7%	Mejorar la salud de la población	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS) (*)/(*)	2015 14.6%	10%
	Tasa de anemia en mujeres en edad fértil (MEF) (INEI-ENDES)	(2005) 29%	...	10%	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia (ENDES) (*)/(*)		2015 46.8%	20%	

(\*) Es indicador de la acción "Reducir las muertes perinatales, neonatales e infantiles".

(\*)/(\*) Es indicador de la acción "Realizar acciones para reducir la morbilidad y mortalidad materna".

(\*)/(\*)/(\*) Es indicador de la acción "Informar a la población sobre el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil".



### 3. Glosario de términos

**Atención Primaria de Salud:** La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978).

**Ciudades saludables:** Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades (Terminología de la Conferencia Europea de Salud, Sociedad y Alcohol, OMS, Copenhague, 1995).

**Condiciones de vida:** Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la *salud*, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

**Determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

**Enfermedad crónica:** Enfermedad no transmisible de lento desarrollo que daña progresivamente uno o más órganos por largo tiempo; toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Enfermedad metaxénica:** Enfermedad cuyos agentes causales cumplen su ciclo evolutivo en dos o más huéspedes de distintas especies. Principalmente, cuando interviene como huésped intermediario un invertebrado artrópodo (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Enfermedad transmisible:** Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión del mismo agente o sus productos, de una persona o animal infectado o de un reservorio inanimado a un huésped susceptible. La transmisión puede ser en forma directa o indirecta a través de un huésped intermediario (de naturaleza vegetal o animal) o por un vector o por un agente inanimado (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Epidemia:** Manifestación de casos de una enfermedad (o un brote), en una comunidad o región, con una frecuencia que exceda netamente a la incidencia normal prevista (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Equidad en salud:** La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar (Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996).



**Establecimiento de Salud Categoría I-4.** Establecimiento de salud del primer nivel de atención que brinda atención: integral ambulatoria, comunitaria y recuperativa básica, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables. Cuenta por lo general con personal técnico y profesional médico, enfermera y obstetra, puede contar con profesionales en especialidades básicas, así mismo con servicios de internamiento y brinda atención integral las 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Establecimiento de Salud Categoría II-1:** Establecimiento de salud del segundo nivel de atención, realiza actividades de prevención, recuperación y resuelve complicaciones leves a moderadas. Cuenta con profesionales en cuatro especialidades (medicina interna, pediatría, gineco obstetricia y cirugía). La atención por lo general es de 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Establecimiento de Salud Categoría II-2:** Establecimiento de salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de ámbito referencial, brindando atención integral especializada en forma ambulatoria y hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, con atención las 24 horas (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Establecimiento de Salud Categoría III-1:** Establecimiento de salud del tercer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgico de alta complejidad para los casos que requieren cuidados intensivos (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Establecimiento de Salud Categoría III-2:** Es el establecimiento de salud del tercer nivel de atención del ámbito nacional, que propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados, que contribuye a resolver los problemas prioritarios de salud (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).

**Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud):** El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

**Factor de riesgo:** Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (*World Health Organization*. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).



**Gasto de bolsillo:** Pagos efectuados por algún(os) miembro(s) del hogar para la atención de una necesidad en salud. Cuando este gasto proviene del denominado "bolsillo", es decir, es efectuado directamente, se le denomina "gasto de bolsillo"; cuando proviene de un pago previo previsional, es decir por la compra de primas, se le menciona "gasto en seguros de salud y accidentes" (OMS, 2010).

**Incidencia:** Es el número de casos nuevos que aparecen en un período de tiempo dado, en una población conocida (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Letalidad:** Número de defunciones ocurridas en un grupo afectado por un daño determinado (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Medicamento.** Es aquel preparado farmacéutico obtenido a partir de uno o más principios activos, que puede o no contener excipientes, que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado (Glosario de términos. DIGEMID).

**Morbilidad:** Cualquier cambio en el estado de bienestar físico o mental. Puede expresarse en términos de personas enfermas. Mortalidad Defunciones ocurridas en la población (sana o enferma), en un período y lugar determinados (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Muerte perinatal:** La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida.

**Pandemia:** Epidemia que ocurre en todo el mundo o afecta un área muy amplia; cruzan los límites internacionales y afecta a un número grande de personas (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Población en riesgo:** Grupo de habitantes de un país o área determinada que presentan factores personales, sociales y/o ambientales que condicionan o facilitan la adquisición de una o más enfermedades (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Resultados intermedios de salud:** Los resultados intermedios de salud son cambios producidos en los *determinantes de la salud*, especialmente cambios en los *estilos de vida* y en las *condiciones de vida*, que son atribuibles a una intervención o intervenciones planificadas, incluyendo la *promoción de la salud*, la *prevención de la enfermedad* y la *atención primaria de salud* (World Health Organization. Promoción de la Salud: Glosario. 1998).

**Salud sexual:** La salud sexual es la capacidad de mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación. La salud sexual significa ser capaz de tener una vida sexual informada, gozosa y segura basada en la autoestima, un acercamiento positivo a la

sexualidad humana y respeto mutuo en las relaciones sexuales. La salud sexual intensifica la vida, las relaciones personales y la expresión de la propia identidad sexual. Es positivamente enriquecedora, incluye placer e incrementa la autodeterminación, la comunicación y las relaciones (*International Women's Health Coalition: Health, Empowerment, Rights and Accountability* (HERA) Action Sheets, 1999: [http://www.iwhc.org/storage/iwhc/documents/heraactionsheets\\_sp.pdf](http://www.iwhc.org/storage/iwhc/documents/heraactionsheets_sp.pdf))

**Tele-salud:** La Telemática en Salud corresponde al suministro de servicios de salud por profesionales, para los cuales la distancia constituye un factor crítico, haciendo uso de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en pos de intercambiar información válida para realizar diagnósticos, preconizar o efectuar tratamiento y prevención de enfermedades y accidentes, para actividades de investigación y evaluación, así como para la formación continuada de los proveedores de cuidado en salud, de manera general para mejorar la calidad de la salud del individuo y de las comunidades (*Telesalud en las Américas*, Comisión Interamericana de Telecomunicaciones Organización de los Estados Americanos, 2003).

**Vector.** Portador que transfiere un agente infeccioso de un huésped a otro. Principalmente es un animal (generalmente un artrópodo) (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).

**Zoonosis.** Una infección o enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales, de los animales vertebrados a los seres humanos (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Glosario de Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I).





### 3. Fichas descriptivas por indicador

El presente documento describe el indicador de salud y bienestar de las personas con discapacidad en el Perú, el cual se define como el estado de salud y bienestar de las personas con discapacidad, el cual se mide a través de la participación en la vida comunitaria y la calidad de vida.

El presente documento describe el indicador de salud y bienestar de las personas con discapacidad en el Perú, el cual se define como el estado de salud y bienestar de las personas con discapacidad, el cual se mide a través de la participación en la vida comunitaria y la calidad de vida.

El presente documento describe el indicador de salud y bienestar de las personas con discapacidad en el Perú, el cual se define como el estado de salud y bienestar de las personas con discapacidad, el cual se mide a través de la participación en la vida comunitaria y la calidad de vida.

El presente documento describe el indicador de salud y bienestar de las personas con discapacidad en el Perú, el cual se define como el estado de salud y bienestar de las personas con discapacidad, el cual se mide a través de la participación en la vida comunitaria y la calidad de vida.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## FICHA DEL INDICADOR

## Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

NOMBRE DEL INDICADOR	Razón de años de vida saludables perdidos (AVISA)				
<b>DEFINICION</b>	Los AVISA perdidos miden el impacto de diferentes enfermedades sobre la población, en una sociedad determinada, expresados en unidades de tiempo; así, permiten señalar los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras o que se viven con una discapacidad; indicador que se construye con base a diferentes fuentes de información. Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la incidencia y duración de la discapacidad en la población				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>192,5 años por mil habitantes</td> <td>2012</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	192,5 años por mil habitantes	2012
Linea de base o valor base	Año				
192,5 años por mil habitantes	2012				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>192,5 años por mil habitantes</td> <td>2012</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	192,5 años por mil habitantes	2012
Valor actual	Año				
192,5 años por mil habitantes	2012				
<b>JUSTIFICACION</b>	Medida basada en tiempo que SUMA los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) ponderados por la severidad de la discapacidad.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	Aun existe importantes problemas respecto al desconocimiento de las recomendaciones para la certificación de las causas de muerte publicadas en la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	La formula para el calculo de AVISA se muestra en la siguiente funcion integral: $\int_{x=a+L}^{x=a+L} DCxe^{-\beta x} e^{-r(x-a)} dx$ <p>Donde :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1)</li> <li>X: Edad</li> <li>a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada)</li> <li>L: Duracion de la discapacidad</li> <li><math>\beta</math>: Parametro de ponderacion de la edad (<math>\beta=0.04</math>)</li> <li>C: Constante de ajuste de la ponderacion de la edad (<math>C=0,1658</math>)</li> <li>r: Tasa de descuento social (<math>r=0.03</math>)</li> <li><math>Cxe^{-\beta x}</math>: Valor del tiempo vivido a diferentes edades</li> </ul>				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Bianual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA				





PERÚ

Ministerio de Salud



<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- MINSA
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>INDICADOR</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>NIVEL DE INVESTIGACION</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>GEOPGRAFIA</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>LINEA DE BASE O VALOR BASE</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>VALOR ACTUAL</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>JUSTIFICACION</p>
<p>El presente informe tiene como finalidad informar a la población sobre el estado de salud de la población peruana, en particular sobre la incidencia de la enfermedad de Chagas, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2017.</p>	<p>SENTIDO DEL INDICADOR</p>



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población**

**Acción Estratégica 1: Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal**

NOMBRE DEL INDICADOR	Razón de Mortalidad Materna (por cada 100,000 nacidos vivos)				
<b>DEFINICION</b>	La tasa de mortalidad materna (TMM) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo (excluyendo las causas accidentales o incidentales). La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>93 X 100,000</td> <td>2010</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	93 X 100,000	2010
Linea de base o valor base	Año				
93 X 100,000	2010				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>93 X 100,000</td> <td>2010</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	93 X 100,000	2010
Valor actual	Año				
93 X 100,000	2010				
<b>JUSTIFICACION</b>	<p>El ratio de mortalidad materna es un indicador que refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la mujer.</p> <p>En los países en desarrollo como el Perú son poco frecuentes los sistemas de registro de estadísticas vitales de calidad aceptable. Uno de los principales problemas es que las zonas rurales las mujeres no tienen acceso a servicios salud, a través de los cuales se recolectan dichas estadísticas. Por ello, la alternativa más frecuente en países en desarrollado es el calcular la mortalidad materna utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, tal como se hace en el Perú sobre la base de la encuesta ENDES.</p>				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	<p>Si bien el método de la hermandad femenina reduce el tamaño de la muestra necesaria, da lugar a estimaciones que abarcan entre 6 y 12 años antes de la encuesta, lo que hace que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones. Otro problema asociado al uso del método de hermandad femenina es el de la recordación. Si ya es bastante complicado para una mujer recordar el momento de la muerte de una hermana, dato necesario para identificar la muerte materna, el recordar además su edad al momento de morir, las razones de su muerte o si ella se encontraba o no embarazada puede producir sesgos adicionales en las estimaciones de la mortalidad materna a partir de dicho método.</p> <p>Otro supuesto asociado al problema de recordación es que las muertes reportadas de las madres mientras estuvieron embarazadas y hasta 42 días después del parto se deben a alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento</p>				



PERÚ

Ministerio de Salud

	y que por tanto excluyen las muertes ocasionadas por eventos accidentales o incidentales durante dicho espacio de tiempo. Evidentemente, el problema radica en la dificultad de la entrevistada para distinguir entre dichos eventos, y representa una limitación general en el cálculo de la mortalidad materna sobre la base de encuestas de hogares.
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<b>Numerador:</b> Número de muertes maternas dadas en el periodo de referencia. <b>Denominador:</b> Número de nacidos vivos en el periodo de referencia. La tasa de mortalidad materna puede calcularse dividiendo las muertes maternas estimadas por el total de nacidos vivos estimados en el mismo periodo y multiplicando el resultado por 100.000.
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Quinquenal
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES.
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA



### FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 1: Reducir la Mortalidad Materna y Neonatal

NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de mortalidad de los menores de 5 años (x 1000 nac. vivos)				
<b>DEFINICION</b>	La tasa de mortalidad de menores de cinco años es la probabilidad por cada 1.000 que un recién nacido muera antes de cumplir cinco años de edad, si está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad del año especificado.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 x 1000 nacidos vivos</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	20 x 1000 nacidos vivos	2014
Linea de base o valor base	Año				
20 x 1000 nacidos vivos	2014				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 x 1000 nacidos vivos</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	20 x 1000 nacidos vivos	2014
Valor actual	Año				
20 x 1000 nacidos vivos	2014				
<b>JUSTIFICACION</b>	La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños y niñas, y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	Un problema asociado al monitoreo de la mortalidad es el hecho de que la misma se calcula agregando data de varios años, originando en algunos casos que los datos sean problemáticos para supervisar el progreso u observar los efectos de las intervenciones, ya que se analizan a la vez distintas cohortes de nacimientos, las cuales pueden haber sido sujetos de distintos mecanismos de intervención.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<b>Numerador:</b> Número de niños menores de cinco años que fallecen <b>Denominador:</b> Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia. <b>Método de Cálculo:</b> (Número de niños menores de cinco años que fallecen / Número de niños nacidos vivos en el periodo de referencia. ) X 1000				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Quinquenal				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI				



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población**

**Acción Estratégica 2: Reducir la Desnutrición Crónica Infantil**

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (patrón de referencia OMS)				
<b>DEFINICION</b>	Es el porcentaje de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS).				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14.4%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	14.4%	2015
Linea de base o valor base	Año				
14.4%	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14.4%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	14.4%	2015
Valor actual	Año				
14.4%	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos antropométricos.</li> <li>-Dificultades en el recojo del dato antropométrico.</li> <li>-Sub registro e inadecuado reporte del dato.</li> </ul>				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<p><b>Numerador:</b> Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS  <b>Denominador:</b> Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla  <b>Método de cálculo:</b>  <math>Desnutridos(OMS) = \frac{\text{Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS}}{\text{Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla}} \times 100</math></p>				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Semestral - Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA Ministerio de Salud - MINSA				



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población**

**Acción Estratégica 2: Reducir la Desnutrición Crónica Infantil y anemia**

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses de edad con anemia (ENDES)				
<b>DEFINICION</b>	La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad sexo y altitud. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica una anemia por deficiencia de hierro.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.5%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	43.5%	2015
Linea de base o valor base	Año				
43.5%	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43.5%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	43.5%	2015
Valor actual	Año				
43.5%	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	-El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos para dosaje de hemoglobina. -Dificultades en el recojo de la muestra a analizar. -Sub registro e inadecuado reporte del dato.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<b>Numerador:</b> Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia, hijos de las mujeres entrevistadas. <b>Denominador:</b> Total de Niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas. <b>Método de cálculo:</b> $Anemia = (Niños\ de\ 6\ a\ menos\ de\ 36\ meses\ con\ anemia / Total\ de\ niños\ de\ 6\ a\ menos\ de\ 36\ meses\ evaluados) \times 100$				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Semestral - Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA				



### FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 3: Controlar las enfermedades Transmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de incidencia de tuberculosis por 100 000 habitantes (ESNTB)				
<b>DEFINICION</b>	La Incidencia de Tuberculosis representa la cantidad de nuevos casos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (forma bacilifera) entre la población total.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87.5</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	87.5	2015
Linea de base o valor base	Año				
87.5	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87.5</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	87.5	2015
Valor actual	Año				
87.5	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	Este indicador medirá los casos nuevos de Tuberculosis en su forma infecto-contagiosa en la población. El propósito de este indicador es evaluar la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la enfermedad.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	<p><b>Limitaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El indicador representa la incidencia de TBP FP registrada oficialmente, pueden existir casos de tuberculosis en el sector privado no registrados y no notificados.</li> </ul> <p><b>Supuestos Empleados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo, en la red de servicios del Ministerio de Salud, están registrados y son notificados.</li> <li>Las instituciones como Es Salud, Sanidad de la Fuerzas Armadas y PNP, INPE, Municipalidades notifican los casos a las Direcciones de Salud de sus jurisdicciones.</li> <li>Se tiene una cobertura de información al 100% de las unidades notificantes.</li> </ul> <p>Se mantiene un nivel constante en la búsqueda de casos entre los Sintomáticos Respiratorios Identificados.</p>				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	$TITBC = \frac{\text{Número Total de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar} \times 100\,000}{\text{Población Total}}$				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Informe Operacional de Tuberculosis-ESN PCT Libro de registro de casos de Tb Sensible				



PERÚ

Ministerio de Salud



<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Boletín Epidemiológico - MINSA Sistema Resulta - MEF
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)- MINSA

DEFINICION	Se define como el número de personas con diagnóstico de VIH en el subgrupo de vigilancia en el país (ET) durante los meses de mayo con pruebas (HIV) y diagnóstico de la infección.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>Valor</td> <td>2.1</td> </tr> </table>	Año	2011	Valor	2.1
Año	2011				
Valor	2.1				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <tr> <td>Año</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>Valor actual</td> <td>2.5</td> </tr> </table>	Año	2011	Valor actual	2.5
Año	2011				
Valor actual	2.5				
JUSTIFICACION	Esta línea de base se estableció en el año 2011, cuando se inició la vigilancia de VIH en el país. El primer caso de VIH se reportó en el mes de mayo del 2011. La vigilancia de VIH en el país se inició en el mes de mayo del 2011, cuando se reportó el primer caso de VIH en el país. El primer caso de VIH se reportó en el mes de mayo del 2011, cuando se reportó el primer caso de VIH en el país.				
SENTIDO DEL INDICADOR LIMITADORES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	La vigilancia de VIH en el país se inició en el mes de mayo del 2011, cuando se reportó el primer caso de VIH en el país. El primer caso de VIH se reportó en el mes de mayo del 2011, cuando se reportó el primer caso de VIH en el país.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	$VIH = \frac{\text{Número de personas con diagnóstico de VIH}}{\text{Total de personas}} \times 100\%$				
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES	Cada 5 años				
FUENTE DE DATOS	Estado de Vigilancia Epidemiológica - EVIDE				
FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR	Boletín Epidemiológico - MINSA Sistema Resulta - MEF				
ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)- MINSA				

*[Handwritten signature]*



### FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 3: CDisminuir y controlar las enfermedades Transmisibles

NOMBRE DEL INDICADOR	Incidencia de VIH en poblaciones de alto riesgo (por 100 mil personas) (DGE)				
<b>DEFINICION</b>	Son los casos nuevos con diagnóstico de infección por VIH determinados en estudios de vigilancia en población clave: Trabajadoras sexuales (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y Transgenero en el periodo.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.2</td> <td>2011</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	5.2	2011
Linea de base o valor base	Año				
5.2	2011				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.2</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	5.2	2015
Valor actual	Año				
5.2	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	Existe elevada prevalencia e incidencia de VIH en población clave, principalmente en población Trans y hombres que tienen sexo con hombres. El Perú cuenta con una epidemia de infección por VIH concentrada. La vigilancia desempeña un papel fundamental en salud pública. Los sistemas de vigilancia del VIH monitorean la magnitud y las tendencias en la prevalencia de infección y comportamiento de riesgo.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	La incidencia de VIH en población clave se establecen a través del estudio de Vigilancia Centinela, el último fue realizado en el año 2011 realizado en los establecimientos de salud: Centros de Referencia de ITS (CERITS) y UAMP en 5 lugares seleccionados a nivel País. Falta de presupuesto no permite realizar el estudio de vigilancia con la periodicidad propuesta.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	$IVIH = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos VIH nuevos en población de alto riesgo} \times 10\,000}{\text{Total población estimada}}$				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Cada 2 años				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Estudio de Vigilancia Centinela - DGE				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Boletín Epidemiológico -MINSA Sistema Resulta - MEF				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)-MINSA				



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población**

**Acción Estratégica 4: Disminuir las enfermedades NoTransmisibles**

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas de 15 y mas años que reportan tener diabetes mellitus				
<b>DEFINICION</b>	El reporte de diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de salud se refiere a la experiencia reportada por el encuestado de haber recibido un diagnóstico de "diabetes mellitus", "diabetes", o "azúcar alta en la sangre" por parte de un profesional de la salud y en un establecimiento de salud				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	2.9	2015
Linea de base o valor base	Año				
2.9	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	2.9	2015
Valor actual	Año				
2.9	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	La diabetes es una enfermedad que está relacionada a enfermedades cardiovasculares y otros problemas metabólicos-endocrinológicos. Debido a que no presenta manifestaciones clínicas sino hasta estadios muy avanzados de la enfermedad entonces su detección y tratamiento tempranos son clave para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con ella.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	Es probable que las personas no conozcan o no recuerden el diagnostico. También es posible que la gente responda en forma positiva esperando algún beneficio o respondan en forma negativa por algún temor asociado a la enfermedad. En cualquier caso no es posible predecir la dirección del reporte; pero podría ser más probable un subreporte. Por este motivo es de importancia realizar una medición concurrente				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<b>Numerador:</b> Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a mas que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de la salud <b>Denominador:</b> Número de personas (varones y mujeres) de 15 años a más.				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - MINSA				



### FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población

Acción Estratégica 4: Disminuir las enfermedades NoTransmisibles

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de personas con trastornos mentales y problemas psicosociales detectadas en los servicios de salud mental				
<b>DEFINICION</b>	El Porcentaje de personas atendidas en el establecimiento de salud que son tamizadas por trastornos mentales y problemas psicosociales, con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales, en las personas.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15.0</td> <td>2014</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	15.0	2014
Linea de base o valor base	Año				
15.0	2014				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	22.0	2015
Valor actual	Año				
22.0	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	Las personas que son atendidas en el establecimiento de salud son tamizadas con la finalidad de identificar signos, síntomas y comportamientos de problemas psicosociales y trastornos mentales. El indicador garantiza que el establecimiento de salud considere en su programación la detección de las personas con enfermedad mental o problemas psicosociales.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Ascendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	<b>Limitaciones:</b> El no registro en el formato HIS y no seguimiento del cumplimiento de la programación. <b>Supuestos:</b> Todos los casos nuevos atendidos en la red de servicios del MINSa, están registrados y notificados.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	$PTSM = \frac{\text{Número de personas tamizados por salud mental}}{\text{Número de personas atendidas (casos nuevos y reingresos)}} \times 100$ por todas las morbilidades del establecimientos de salud				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Codificación de actividades de Salud Mental Registros HIS - MINSa				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Boletín Epidemiológico - MINSa Sistema Resulta - MEF				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)- MINSa				



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 1: Mejorar la salud de la población**

**Acción Estratégica 4: Disminuir las enfermedades NoTransmisibles**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de mujeres de 30-59 años que se han realizado papanicolaou en los últimos 36 meses y conocen sus resultados.					
<b>DEFINICION</b>	El examen de Papanicolaou o examen citológico es uno de los procedimientos en el que se toman muestras del epitelio cervical (zona de transición) en búsqueda de anomalías celulares, con prioridad a las mujeres de 25 a 60 años. El Papanicolaou se tomará anualmente por 3 años consecutivos y posteriormente cada 3 años hasta los 60 años siempre y cuando todos los resultados sean normales.					
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional					
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	77.9	2015	
Linea de base o valor base	Año					
77.9	2015					
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>77.9</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	77.9	2015	
Valor actual	Año					
77.9	2015					
<b>JUSTIFICACION</b>	<p>Según la ENDES 2015 las mujeres de 30 a 59 años de edad el 77,9%% se realizaron la prueba en los últimos 3 años de este grupo. Esto nos indica un ascenso en las coberturas de la toma de la Prueba, sin embargo aún no se ha superado la entrega de los resultados al 100%, es donde aún debemos persistir.</p> <p>La prueba de Papanicolaou (PAP), utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones pre-malignas, significa un avance en la prevención temprana de Cáncer de Cuello Uterino en mujeres con vida sexual activa en tanto es importante conocer las cifras estadísticas de esta actividad mediante el uso de registros administrativos para conocer las tendencias de acuerdo a las coberturas alcanzadas.</p>					
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Ascendente					
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	Generalmente solo se tamizarán a las mujeres que acuden a los consultorios específicos, por otro lado de las pacientes de este grupo de edad que acuden a los establecimientos de salud no todas acceden a realizarse la prueba pese a que la prueba es sencilla y no implica mayor costo debido a desconocimiento, creencias, etc.					
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	Numerador <u>Número de mujeres de 30 a 59 años con examen de Papanicolaou</u> Denominador <u>Número de mujeres de 30-59 a 60 años asignadas al establecimiento</u>					
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual					
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Registro HIS-MINSA					
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Ficha HIS de recojo de la información requerida					
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP)- MINSA					





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Mejorar la salud de la población

ACCIÓN ESTRATÉGICA 5: Reducir los riesgo, daños y/o lesiones ocasionadas por factores externos.

NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de mortalidad por causas externas				
<b>DEFINICION</b>	Estima la magnitud de personas fallecidas producto de una urgencia o emergencia médica, las que incluyen los accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, violencia urbana y otros				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015
Linea de base o valor base	Año				
69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015
Valor actual	Año				
69.20 x 100,000 hab (Valor proyectado)	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	El presente indicador proporciona una información importante para medir la efectividad de las diferentes estrategias y acciones implementadas, en la búsqueda de la reducción de la mortalidad en las emergencias y urgencias médicas. Es también favorable que el indicador se mida en base a una encuesta nacional y reportes de organizaciones continentales (OPS).				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	No está actualizada la base de datos. En el caso de encuestas el supuesto es que todas las personas encuestadas, recuerdan las causas de la muerte de un familiar (expresamente de sus hermanos). Esto tiene alto grado de confiabilidad, sin embargo existirá un margen de error para las personas que no tienen buenos lazos familiares.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	$TMCE = \text{N}^\circ \text{ de fallecidos por causas externas} \times 100,000 \text{ hab.}$ <p>Donde causa externa se refieren a los accidentes</p>				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Sistema de Indicadores RESULTA				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Sistema de indicadores RESULTA				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Dirección General de Prestaciones de Salud (DIGEPRES)				





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## FICHA DEL INDICADOR

Objetivo Estratégico 2: Ampliar el acceso de aseguramiento para la protección en salud

Acción Estratégica 1: Incrementar la cobertura de aseguramiento de la población pobre y pobreza extrema

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Población afiliada a un seguro de salud (SIS)				
<b>DEFINICION</b>	Este indicador mide el porcentaje de personas afiliadas a un seguro de salud, sea este público o privado, a nivel nacional en el período de un año.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Por todo tipo de seguro ( ESSALUD, SIS, Con otros seguros)				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73<sup>1</sup></td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Línea de base o valor base	Año	73 <sup>1</sup>	2015
Línea de base o valor base	Año				
73 <sup>1</sup>	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	73	2015
Valor actual	Año				
73	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	El indicador de población afiliada a un seguro de salud refleja una compleja interacción de diversos factores condicionantes, los cuales trascienden el espacio de actuación del sector salud. Su utilidad estriba en que es utilizado para determinar el impacto de intervenciones sanitarias y sociales dirigidas a la mejora de la calidad de vida y desarrollo social de la población.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Ascendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	La calidad del dato en la base podría generar sesgo en el resultado del indicador, por lo que se sugiere depurar y limpiar la data.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<p><b>Numerador:</b> N° de Personas residentes en el país, afiliadas a algún seguro de salud (subsidiado, semicontributivo, contributivo), a nivel de todo el territorio nacional.</p> <p><b>Denominador:</b> Número de población total residente en el país en el mismo período.</p> <p><b>N° de afiliados a un seguro de salud público o privado / población total del país * 100</b></p> <p>El porcentaje de población afiliada a un seguro de salud puede calcularse dividiendo el número de personas afiliadas a un seguro de salud por 100 dividido entre el número de la población total residente en el país del mismo período.</p>				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				

<sup>1</sup> DATO – ENAHO-INEI



### FICHA DEL INDICADOR

**Objetivo Estratégico 2: Ampliar el acceso de aseguramiento para la protección en salud**

**Acción Estratégica : Expandir la oferta los servicios de salud**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud				
<b>DEFINICION</b>	Este indicador mide el porcentaje de personas que acuden a establecimientos de salud y reciben servicios de salud a nivel nacional en el período de un año.				
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional				
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	45.0	2015
Linea de base o valor base	Año				
45.0	2015				
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>45.0</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	45.0	2015
Valor actual	Año				
45.0	2015				
<b>JUSTIFICACION</b>	El indicador de población que acude a los establecimientos de salud y reciben servicios de salud de acuerdo a los síntomas que se presenten, y son atendidos.				
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Ascendente				
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	La calidad del dato en la base podría generar sesgo en el resultado del indicador, por lo que se sugiere depurar y limpiar la data.				
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	<b>Numerador:</b> Número de población que asistió al EESS en el periodo de referencia. <b>Denominador:</b> Número de población de referencia.				
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual				
<b>FUENTE DE DATOS</b>	ENAH0- INEI				
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	ENAH0- INEI				
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	ENAH0- INEI Ministerio de Salud				





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Garantizar los derechos de la salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA 1: Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa				
DEFINICION	Indicador que mide el nivel de satisfacción (satisfechos y muy satisfechos) con la atención en consulta médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional en el período de un año.				
NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA	Nacional				
LINEA DE BASE O VALOR BASE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Linea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73,7%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Linea de base o valor base	Año	73,7%	2015
Linea de base o valor base	Año				
73,7%	2015				
VALOR ACTUAL	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>73,7%</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>	Valor actual	Año	73,7%	2015
Valor actual	Año				
73,7%	2015				
JUSTIFICACION	El usuario de los servicios del establecimiento de salud espera que la atención sea fiable, competente, cortés, honesta, creíble, segura, con resultados adecuados a los tratamientos, oportuna, con calidad; y su satisfacción será el grado de concordancia entre sus expectativas del servicio y la atención recibida.				
SENTIDO DEL INDICADOR	Ascendente				
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS	En el proceso de la construcción del indicador es el problema de la recordación es el nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa de los establecimientos de salud al momento de responder la encuesta. La encuesta recabó información de usuarios del servicio de consulta externa, de 15 a más años de edad, que acudieron al establecimiento de salud para recibir atención de salud.				
FORMULA O METODO DE CALCULO	El nivel de satisfacción Numero de usuarios que asisten a atenderse en algún servicio de consulta externa que brinda los establecimientos de Salud, ponderado por los atributos. <b>Numerador:</b> N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional <b>Denominador:</b> N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional / N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional * 100.				





PERÚ

Ministerio de Salud

<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Informe Final Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI (Publicado en el portal web de SUSALUD)
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI SUSALUD





PERÚ

Ministerio  
de Salud

## FICHA DEL INDICADOR

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Garantizar los derechos de la salud

ACCIÓN ESTRATÉGICA 2: Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos

NOMBRE DEL INDICADOR 2	Tiempo de espera en consulta ambulatoria					
<b>DEFINICION</b>	Tiempo de espera <b>promedio</b> percibido para la atención ambulatoria, en IPRESS público o privado, a nivel nacional en el período de un año.					
<b>NIVEL DE DESAGREGACION GEOGRAFICA</b>	Nacional					
<b>LINEA DE BASE O VALOR BASE</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea de base o valor base</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104 minutos (promedio)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>		Línea de base o valor base	Año	104 minutos (promedio)	2015
Línea de base o valor base	Año					
104 minutos (promedio)	2015					
<b>VALOR ACTUAL</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor actual</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104 minutos (promedio)</td> <td>2015</td> </tr> </tbody> </table>		Valor actual	Año	104 minutos (promedio)	2015
Valor actual	Año					
104 minutos (promedio)	2015					
<b>JUSTIFICACION</b>	<p>La atención al usuario de consulta externa representa la capacidad de respuesta inmediata de los servicios del establecimiento de salud. El tiempo de espera para la atención mide la oportunidad y disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera; además, es un factor que influye en la satisfacción del usuario y en las expectativas del prestador de los servicios de salud.</p> <p>Al conocer el tiempo promedio que espera el usuario para la atención de salud, se podrá identificar oportunidades de mejora del servicio.</p>					
<b>SENTIDO DEL INDICADOR</b>	Descendente					
<b>LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS</b>	<p>En el proceso de la construcción del indicador es el problema de la recordación es el nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa de los establecimientos de salud al momento de responder la encuesta.</p> <p>La encuesta recabó información de usuarios del servicio de consulta externa, de 15 a más años de edad, que acudieron al establecimiento de salud para recibir atención de salud.</p>					
<b>FORMULA O METODO DE CALCULO</b>	Tiempo transcurrido desde la hora que llega al establecimiento de salud hasta el ingreso al consultorio médico de los pacientes de consulta ambulatoria, a nivel nacional en el periodo de un año					
<b>PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b>	Anual					
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI					
<b>FUENTE DE VERIFICACION DE INDICADOR</b>	Informe Final Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, 2015- INEI (Publicado en el portal web de SUSALUD)					
<b>ORGANO Y ENTIDAD RESPONSABLE DE LA MEDICION</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI SUSALUD					

