PLAN ESTRATÉGICO SECTORIAL MULTIANUAL

2024 – 2030

SECTOR SALUD

Firmado digitalmente por GUIMOYE CADENAS Hermes Francisco FAU 20131373237 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.12.2023 11:25:39 -05:00

Firmado digitalmente por ASCARZA LOPEZ Iliich Maximo FAU 20131373237 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 29.12.2023 13:06:04 -05:00

Comisión Sectorial de Planeamiento Estratégico del Sector Salud

Ministro de Salud
Cesar Henry Vásquez Sánchez

Viceministro de Salud Pública
Eric Ricardo Peña Sánchez

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
Ciro Abel Mestas Valero

Titulares de los Pliegos del Sector Salud

Seguro Integral de Salud	:	**Flor de María Philipps Cuba**
Superintendencia Nacional de Salud	:	**Juan Carlos Velasco Guerrero**
Instituto Nacional de Salud	:	**Víctor Javier Suárez Moreno**
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	:	**Francisco Berrospi Espinoza**

Secretario General
Juan Enrique Alcántara Medrano

Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
Iliich Máximo Ascarza López

Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos
Hermes Francisco Guimoye Cadenas

Grupo de Trabajo Sectorial de Planeamiento Estratégico del Sector Salud

Equipo Técnico para la formulación del Pesem
José Basilio Pajuelo Cuba
Libny Betsabeth More Huamán
José Alfredo Moreyra Chávez
Rodrigo Eduardo del Rio Ríos

Ministerio de SALUD - MINSA
Dirección: Sede central del Ministerio de Salud: Av. Salaverry 801 - Lima - Lima - Jesús María - Perú - 15072
Central Telefónica: (01) 3156600
Portal Digital: https://www.gob.pe/minsa
Lima, 2023

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN **5**

2. FASE 1 CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA REALIDAD **7**

2.1. Diagnóstico del Sector Salud 8

2.2. Imagen actual del Sector Salud 37

3. FASE 2: FUTURO DESEADO **42**

3.1. Análisis de futuro 42

3.2. Aspiraciones para el sector 74

3.3. Construcción del futuro deseado 76

3.4. Redacción de la imagen del futuro deseado del Sector Salud 77

4. FASE 3: POLÍTICAS Y PLANES COORDINADOS **81**

4.1. Objetivos Estratégicos Sectoriales 81

4.2. Acciones Estratégicos Sectoriales 82

4.3. Contribución del Pesem a los instrumentos que orientan el desarrollo 90

5. FASE 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA **96**

5.1. Seguimiento 97

5.2. Evaluación 97

5.3. Productos del proceso de seguimiento y evaluación 97

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS **97**

Anexo 1: Análisis de las tendencias y su impacto en las variables del Sector Salud **101**

Anexo 2: Análisis de los riesgos y su impacto en las variables del Sector Salud **109**

Anexo 3: Análisis de las oportunidades y su impacto en las variables del Sector Salud **113**

Anexo 4: Análisis de los escenarios y su impacto en las variables del Sector Salud **114**

Anexo 5: Proyecciones de las variables prioritarias del Sector Salud **116**

Anexo 6: Aspiraciones **118**

Anexo 7: Fichas técnicas de los indicadores de objetivos y acciones estratégicas sectoriales **123**

Acrónimos y Siglas

AES	Acción Estratégica Sectorial
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
Ceplan	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
Cenares	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CDC	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CUS	Cobertura Universal en Salud
Dgain	Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
Dgiesp	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Digep	Dirección General de Personal de la Salud
Digesa	Dirección General de Salud Ambiental
Digtel	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias
Diresa	Dirección Regional de Salud
Enaho	Encuesta Nacional de Hogares
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Entidades Prestadoras de Servicios de Saneamiento
ES	Establecimiento de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
Evisap	Eventos de Importancia para la Salud Pública
Geresa	Gerencia Regional de Salud
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadísticas e Informática
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
Ipress	Instituciones Prestadoras de Servicios de salud
Ugipress	Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud
GORE	Gobierno Regional
MCI	Modelo de Cuidado Integral por Ciclo de Vida
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OES	Objetivo Estratégico Sectorial
ON	Objetivo Nacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PEDN	Plan Estratégico de Desarrollo Nacional
PEI	Plan Estratégico Institucional
Pesem	Plan Estratégico Sectorial Multianual
PNMS	Política Nacional Multisectorial de Salud
RHUS	Recurso Humano en Salud
RIS	Redes Integradas de Salud
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
Servir	Autoridad Nacional del Servicio Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
Susalud	Superintendencia Nacional de Salud

1. PRESENTACIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad[1]. El Estado Peruano reconoce a la salud como derecho fundamental, estableciendo que toda persona tiene derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y su defensa[2]. La salud es derecho en lo cual es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo y que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla[3].

Siendo la salud, a lo largo del curso de la vida, un proceso dinámico que comienza antes de la concepción y continúa durante toda la existencia[4], es fundamental tener una mirada holística, integral, donde debemos ir más allá de las intervenciones dirigidas a enfermedades específicas, y tener siempre presente la forma en que la salud de un individuo, su familia, su comunidad, su entorno y otros factores, así como las generaciones anteriores y futuras, están interconectadas a lo largo de la vida.

Mediante el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050 (PEDN), se estableció que: "Todas las entidades que integran el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico articulan sus Planes Estratégicos a los Objetivos Nacionales, Objetivos Específicos y a las Acciones Estratégicas previstas en el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050. El Plan Estratégico Sectorial Multianual (Pesem) del Sector Salud, define la estrategia sectorial para alcanzar los objetivos de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050, por lo que se estableció como horizonte temporal al 2030.

En ese sentido, el Ministerio de Salud, con Resolución Ministerial N°580-2022/MINSA, formalizó el inicio del proceso de formulación del Pesem del Sector Salud. Asimismo, se creó la "Comisión Sectorial de Planeamiento Estratégico del Sector Salud", encargada del proceso de elaboración y formulación del Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud; asistida por un Grupo de Trabajo Sectorial (GTS), conformado por las Direcciones Generales de las unidades orgánicas del MINSA y por representantes de los Organismos Públicos Adscritos al MINSA (INS, INEN, SIS y SUSALUD), con diferentes perfiles, que han contribuido activamente en el referido proceso de formulación del Pesem, a través de reuniones presenciales, virtuales, talleres participativos, entrevistas a Funcionarios de los Gobiernos Regionales y encuestas

En el contexto del país, el Pesem del Sector Salud se encuentra en concordancia con la Visión del Perú al 2050, el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050, en su Objetivo Nacional 1 "Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás" y su Objetivo Específico 1.2 "Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital"; así como al Objetivo Nacional 2 "Gestionar el territorio de manera sostenible a fin de prevenir y reducir los riesgos y amenazas que afectan a las personas y sus medios de vida, con el uso intensivo del conocimiento y las comunicaciones, reconociendo la diversidad geográfica y cultural, en un contexto de cambio climático" y su Objetivo Específico 2.7 "Aumentar la resiliencia y adaptación de la población y sus medios de vida ante el cambio climático con énfasis en el tránsito hacia una economía baja en carbono y el monitoreo inteligente de fenómenos geológicos, hidro climáticos y glaciológicos y la planificación".

Asimismo, el Pesem se encuentra enmarcado dentro de las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, en particular a la 13ª Política de Estado: "Acceso y Cobertura Universal de los Servicios de Salud y a la Seguridad Social", la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable" y su Plan Estratégico Multisectorial; así como a las Políticas Nacionales con las que se relaciona y, con la Política General de Gobierno al 2026. Por otro lado, en el marco de los compromisos internacionales del país, el

[1] OMS. Definición de salud. https://www.who.int
[2] Constitución Política del Perú. Artículo 7° de la
[3] Ley Nº 26842, Ley General de Salud. Título Preliminar. Numerales I y II.
[4] Half on N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. Milbank Quarterly 2002; 80(3):433–479.

Pesem se corresponde con la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, principalmente con el ODS 3 “Salud y Bienestar” que reconoce que “la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible”.

El Pesem del Sector Salud a partir del diagnóstico de las variables prioritarias se plantearon Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES): 1) Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano, 2) Mejorar el acceso a los servicios de salud a la población, y 3) Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.

El OES 1 “Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano” está orientado a incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población, con la finalidad de mantener la salud, disminuir los factores modificables causales de la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, a lo largo de nuestras vidas, así como del abordaje de los determinantes sociales que afectan nuestra salud.

El OES 2 “Mejorar el acceso a los servicios de salud a la población” permitirá asegurar el goce del derecho de la población al uso de servicios de salud de calidad, integrales, humanizados, con pertinencia cultural y de género, con capacidad resolutiva, a través de oferta de salud suficiente en sus diferentes modalidades, organizadas en Redes Integradas de Salud, con prestaciones en el cuidado de salud individual y colectiva, por curso de vida y que garantice la disponibilidad de recursos para la atención en salud, ejerciendo la protección financiera de la población vulnerable, orientado a lograr una cobertura de salud universal con equidad.

El OES 3 “Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud” está orientado a mejorar la capacidad de conducción y articulación del Sector Salud para el ejercicio del buen gobierno del sistema de salud; asimismo, busca que bajo la conducción del Sector Salud se ejecuten diferentes intervenciones, a través de acciones intersectoriales e intergubernamentales que busquen promover, proteger y respetar la salud, la vida y el bienestar de la población.

Cabe precisar que, los objetivos se implementarán tomando en cuenta los enfoques transversales estipulados en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: i) Enfoque de curso de vida, ii) Enfoque territorial, iii) Gestión por resultados, iv) Enfoque diferencial, v) Enfoque de género, vi) Enfoque intercultural, vii) Enfoque de Discapacidad, viii) Enfoque de Inclusión Social y ix) Enfoque de derechos.

Finalmente, tras su implementación presente Pesem, se recopilará, sistematizará y analizará información relacionada con el cumplimiento de los OES y AES, durante las etapas de seguimiento y evaluación de este Plan, buscando así fortalecer el proceso de toma de decisiones, la eficacia y eficiencia de las intervenciones, y retroalimentar de manera continua el proceso de Planeamiento Estratégico del Sector Salud.

2. FASE 1 CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA REALIDAD

En este capítulo se revisaron las competencias y funciones de las entidades que conforman el Sector Salud, que determinan el rol que debe cumplir por mandato legal; así como la participación del sector en diversos instrumentos que conforman el marco estratégico nacional y supranacional para la identificación y priorización de las variables relacionadas al Sector Salud.

En la Tabla 1 se describe la delimitación del sector, así como de las entidades que lo integran y que contribuyen desde el marco de sus competencias y funciones.

Tabla 1. Delimitación de ámbito de competencia del Sector Salud

<table>
<tr><th colspan="3">Sector: SALUD</th></tr>
<tr><td colspan="3">El Sector Salud está conformado por el MINSA como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la Ley, y tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

El Sector Salud está integrado por:
a) El MINSA ente rector y Autoridad Nacional de Salud.
b) Las IPRESS públicas, privadas y público-privadas.
c) Las IAFAS y otros compradores y financiadores institucionales de los servicios de salud, públicos, privados y público-privado.
d) Las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), públicas, privadas y público privadas.
e) Las entidades públicas y privadas formadoras de Recursos Humanos en Salud.
f) Las entidades productoras y comercializadoras de otros recursos en salud.
g) Las entidades que pertenecen al Estado, en todos los niveles de gobierno, cuando en el ejercicio de sus competencias tienen impacto directo o indirecto sobre la salud o los Determinantes Sociales de la Salud.
h) Las personas jurídicas públicas, privadas, público-privadas y personas naturales que realizan actividades de impacto directo o indirecto sobre la salud o los Determinantes Sociales de la Salud.
i) La sociedad civil que realiza actividades vinculadas a las competencias en materia de salud.
j) La población en general.</td></tr>
<tr><th>Nro.</th><th>Ámbitos temáticos o materias de competencia sectorial</th><th>Concepto</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Salud de las Personas</td><td>Referida al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Aseguramiento en salud</td><td>Proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Epidemias y emergencias sanitarias</td><td>Se refiere al estado de riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones, de extrema urgencia, como consecuencia de la ocurrencia de situaciones de brotes, epidemias o pandemias.
Asimismo, constituye emergencia sanitaria cuando la capacidad de respuesta de los operadores del sistema de salud para reducir el riesgo elevado de la existencia de un brote, epidemia, pandemia o para controlarla es insuficiente, ya sea en el ámbito local, regional o nacional.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Salud ambiental e Inocuidad alimentaria</td><td>La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y futuras generaciones.
La inocuidad alimentaria se refiere a la garantía de que los alimentos no causarán daño al consumidor cuando se preparen y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destinan.</td></tr>
</table>

5	**Inteligencia sanitaria**	Se refiere a la generación de información, oportuna y confiable que permite a los decisores en los diferentes niveles de gobierno tomar una decisión informada para mejorar la salud de la población.
6	**Productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos**	Los productos farmacéuticos son preparados de composición conocida, rotulado y envasado uniformemente, destinado a ser usado en la prevención, diagnóstico, tratamiento y curación de una enfermedad; conservación, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud. Los dispositivos médicos son instrumentos, aparatos, implementos, máquinas, reactivos o calibradores in vitro, aplicativos informáticos, materiales u otros artículos similares o relacionados, previstos por el fabricante para ser empleado en seres humanos, solo o en combinación, para uno o más de los siguientes propósitos específicos. Los productos sanitarios son productos destinados a la limpieza, cuidado, modificación del aspecto, perfume y protección personal o doméstica. Incluye a los productos cosméticos, productos de higiene doméstica, productos absorbentes de higiene personal y artículos para bebes. Los establecimientos farmacéuticos son los establecimientos dedicados a la fabricación, control de calidad reacondicionamiento, comercialización, importación, exportación, almacenamiento, distribución, atención farmacéutica, preparados farmacéuticos, expendio de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios entre otras actividades según su clasificación y que debe contar con autorización sanitaria de funcionamiento.
7	**Recursos humanos en salud**	Se refiere a las personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo, cuya finalidad fundamental es mejorar la salud de toda la población.
8	**Infraestructura y equipamiento en salud**	Infraestructura en salud es el conjunto organizado de elementos estructurales, no estructurales de una edificación que permite el desarrollo de prestaciones y actividades de salud. Equipamiento en salud se refiere al conjunto de bienes de un establecimiento de salud, necesarios para el desarrollo de prestaciones de salud o actividades administrativas. Comprende equipos, mobiliario e instrumental y vehículos.
9	**Investigación y tecnologías en salud.**	La investigación en salud es el proceso creativo y sistemático realizado con el objetivo de aumentar el conocimiento y concebir nuevas aplicaciones a partir del conocimiento disponible. Las tecnologías en salud se refieren a la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de dispositivos médicos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

2.1. Diagnóstico del Sector Salud

El diagnóstico del sector se elabora en función de las variables prioritarias, que poseen un rol estratégico e influyen en la dinámica del sector, para ello se utilizan indicadores que permiten analizar el comportamiento de las variables prioritarias, identificar las brechas sectoriales y a los actores que influyen o son influenciados. Con dicha información se ha construido la imagen actual del Sector que constituye el punto de partida para la definición de futuro deseado y el planteamiento de objetivos y acciones estratégicas.

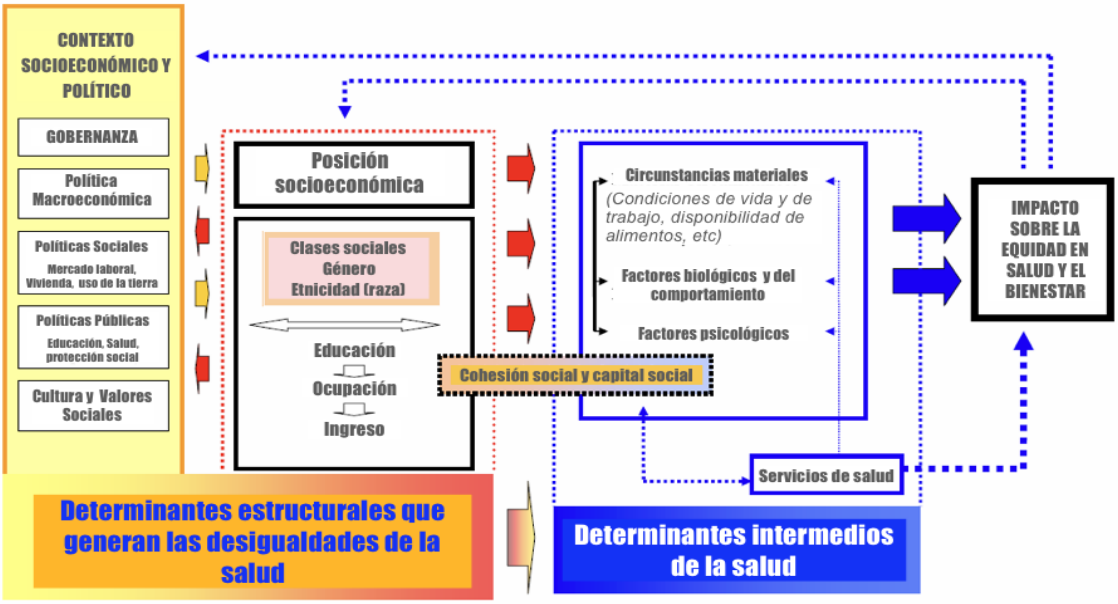
La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud (1948), en un sentido holístico, como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[5]. La salud es la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan determina finalmente el estado de salud que es susceptible de medirse. La salud de las personas constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social[6].

[5] OMS. Constitución de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/about/governance/constitution
[6] Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. Aprobado con RM 030-2020/MINSA. Ministerio de Salud.

Asimismo, la salud es un derecho humano fundamental, en la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud; ello en concordancia con los determinantes sociales de la salud, que "Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el Sistema de Salud"[7].

La OMS nos explica que los determinantes sociales de la salud se encuentran relacionados con las fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida de las personas a lo largo de toda su vida. Las fuerzas y sistemas comprenden las políticas, sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, así como los sistemas políticos, como se muestra en la siguiente Figura:

Figura 1. Determinantes Sociales de la Salud (Modificado del reporte de la Comisión OMS DSS)



Fuente: Comisión OMS sobre Determinantes sociales de la salud.

Asimismo, existe evidencia que demuestra que si bien es cierto es necesario invertir de manera permanente en mejorar los servicios de salud (sistemas de cuidados), también es necesario destinar recursos económicos y financieros para el financiamiento de la educación y promoción de estilos de vida saludables en la población, así como asignar recursos al entorno, que comprende: vivienda, empleo, educación, urbanización, entre otros; que contribuyen de manera significativa a los resultados en salud, como se muestra en la siguiente Figura.

Figura 2. Contribución de los determinantes de la salud

Fuente: Dever GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis.Soc Ind Res 1976; vol 2, pág 465

[7] OPS. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

En ese sentido, resulta necesario que el abordaje de la salud de las personas sea de carácter multisectorial en la que participe no sólo el Sector Salud, sino también los sectores de economía, trabajo, educación, producción, social, cultura, entre otros actores; de forma tal, que se contribuya de manera integral a la búsqueda de un estado de bienestar de la salud de la población.

De lo expuesto en los párrafos precedentes, la salud de las personas es el resultado de la interacción de los determinantes sociales de la salud, siendo uno de ellos, los servicios de salud y la gobernanza; que han también han resultado como variables prioritarias. A partir de ello, se ha elaborado el diagnóstico como se detalla a continuación:

El diagnóstico del sector se basa en función de la descripción de las variables prioritarias (Tabla 2), que poseen un rol estratégico e influyen en la dinámica del sector, identificando las brechas, factores causales y actores que influyen o son influenciados a cada variable prioritaria.

Tabla 2. Listado de variables prioritarias seleccionadas

N°	Variables analizadas	Definiciones
1	Estado de salud de las personas[8]	Se refiere al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud de las personas constituye un proceso dinámico de interacción entre los individuos y su entorno, que al lograr el equilibrio y adaptación armónica permite su crecimiento y desarrollo individual, y social.
2	Acceso a servicios de salud[9]	Se refiere a que la población tenga la capacidad de utilizar los servicios de salud integrales, humanizados, con pertinencia cultural, con capacidad resolutiva y con oferta de salud suficiente, organizadas en Redes Integradas de Salud, con prestaciones de salud individual y de salud pública con diferentes modalidades de oferta de servicios de salud, con disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios asequibles, seguros y ,eficaces, con recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos, con infraestructura y equipamiento adecuado, asegurando que el uso de esos servicios contribuye a la mejora de la protección financiera de la población y en particular en los grupos vulnerabilidad.
3	Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud[10]	Es función ineludible e indelegable del Estado, como responsable de promover, proteger y respetar la salud, la vida y el bienestar de la población, así como conducir el Sector Salud. El proceso de gobernanza en salud es la forma en que los diferentes actores del sistema de salud se organizan, toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello, e identifican la manera de garantizar la responsabilidad e implementación de las medidas tomadas.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

Variable estratégica N° 1: Estado de Salud de las Personas

La evaluación del estado de salud de las personas se ha basado tradicionalmente en el uso de indicadores de mortalidad y de morbilidad; sin embargo, las limitaciones de estos indicadores en la medición de los fenómenos salud-enfermedad, así como la focalización en sólo uno de los aspectos, la enfermedad, han determinado la necesidad de desarrollar indicadores para medir otros aspectos del estado de salud, como el estado funcional y la calidad de la vida.

El estudio de la carga de la enfermedad propuesto por la OMS en la década de los noventa es una métrica que combina los daños letales prematuros que ocasionan los problemas de salud con sus consecuencias

[8] Organización Mundial de la Salud (1948) https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social. Ministerio de Salud (2020). Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. (RM 030-2020/MINSA) https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf?v=1580222578

[9] *Naslund-Hadley E., Ramos M., Paredes J., Bolivar A. & Wilches-Chaux G. (2015). Garantizar entornos saludables. https://publications.iadb.org/es/publicacion/17061/garantizar-entornos-saludables*
Ministerio de Salud de Colombia
https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/EntornosSaludables.aspx

[10] Adaptado de: Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de importante morbilidad, comorbilidad y discapacidades[11]. Estos estudios han sido efectuados por diversas entidades y, aunque no son comparables entre sí, han servido para estimar la magnitud de problemas en algunos países, regiones o áreas geográficas, sirviendo de base para establecer prioridades en salud, en la toma de decisiones informada en la evidencia y a la generación de políticas públicas dirigidas a fortalecer la prestación de los servicios sanitarios y a contribuir en la reducción de brechas e inequidades en salud[12].

Los estudios de carga de enfermedad estiman las principales enfermedades y eventos que causan muerte prematura (AVP) y discapacidad (AVD) en una población determinada. La sumatoria de ambos componentes permite la estimación de un indicador compuesto definido como los años de vida saludable perdidos (AVISA)[13].

El último estudio de Carga de Enfermedad del Perú realizado en el año 2019 estima un total de 5 810 550 años perdidos de vida saludable (AVISA)[14], con una tasa de 180,6 AVISA por cada 1000 habitantes. Los AVISA son a predominio de los años perdidos por discapacidad en relación con los años perdidos por muerte prematura (56% versus 44%, respectivamente). Según grupos de enfermedades, tanto en los accidentes y lesiones como en las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, predomina el componente de muerte prematura, mientras que, en las enfermedades no transmisibles, la discapacidad aportó más años de vida perdidos.

En el Perú, la mayor carga de enfermedad corresponde a enfermedades no transmisibles con 70,7% del total de AVISA (tasa: 127,7 AVISA por cada 1000 habitantes) como se puede apreciar en la siguiente Tabla, el cual representa el grupo de enfermedades responsable de mayor muerte prematura y discapacidad a nivel nacional (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución del número, porcentaje y razón de los AVP, AVD y AVISA, según grupo de enfermedades, Perú, 2019

Indicador	Enf. no Transmisibles	Enf. Transmisibles, maternales, perinatales y nutricionales	Accidentes y lesiones	Total
Años de vida con discapacidad (AVD)				
N°	2478396	522526	271528	3272450
%	75.7	16.0	8.3	100.0
Tasa por 1000 hab.	76.3	16.6	8.3	101.8
Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP)				
N°	1625003	567625	336472	2529100
%	64.3	22.4	13.3	100.0
Tasa por 1000 hab.	50.6	17.7	10.5	78.7
Años de vida saludables perdidos (AVISA)				
N°	4103399	1090152	608000	5801550
%	70.7	18.8	10.5	100.0
Tasa por 1000 hab.	127.7	33.9	18.9	180.6

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2019.
Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

[11] Gómez et col. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. Rev Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene.2011.
[12] MINSA (2019) Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016.
[13] Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1204-22.
[14] El AVISA mide la brecha entre las condiciones de salud existentes e ideales. Es decir, una persona o población que vive en plena salud con la máxima esperanza de vida experimentaría cero AVISA. Por otro lado, la medición de los AVISA evitados, es una forma muy efectiva de medir el éxito (o el éxito potencial) de una política o intervención de salud pública.

Con relación al sexo, los hombres presentan un mayor número de AVISA que las mujeres, con 3 118 663 (tasa: 196 AVISA por cada 1000 hab.) versus 2 682 887 AVISA (tasa: 166 AVISA por cada 1000 hab.), respectivamente.

Con respecto a la distribución de AVISA por grupos de edad, se observa una tendencia al incremento de las mayores razones de AVISA en los extremos de la vida (de 0 a 4 años y de 60 años a más), tanto para el sexo femenino como masculino, siendo predominante en el grupo de 60 años a más. Este grupo presentó la tasa de AVISA más elevada de todos los grupos de edad con 583,3 AVISA por cada 1000 habitantes (correspondiente a 2 314 725 AVISA), seguido del grupo de 0 a 4 años con 311,5 AVISA por cada 1000 habitantes (865 826 AVISA). Se debe considerar que, los AVISA en el grupo de 60 años a más se encuentran a predominio de los AVP, en contraste con el grupo de 0 a 4 años que corresponde a AVD (Tabla 4).

Tabla 4. Razón de AVISA, según grupo de edad y sexo, Perú, 2019

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4	331.4	290.5	311.5
5 a 14	33.2	27.9	30.6
15 a 44	101.9	82.5	92.1
45 a 59	227.6	199.9	213.6
60 a más	653.5	519.6	583.3
Total	**195.7**	**165.7**	**180.6**

Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2019.
Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

En el análisis de la carga por categorías de enfermedades se encontró que las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 625 804 años (10.8% del total), que representa una tasa de 19.5 por mil habitantes. La carga de enfermedad de esta categoría fue determinada principalmente por el componente de muerte prematura (AVP: 55.9%; AVD: 44.1%).

Los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el segundo lugar, con 568 919 AVISA (9.8% del total), con una tasa de 17.7 años perdidos por cada mil habitantes. Se observa un alto predominio del componente de discapacidad versus muerte prematura (AVP: 0.6%; AVD: 99.4%). Las lesiones no intencionales ocuparon el tercer lugar, causando 521 233 AVISA (9.0% del total), determinando 16.2 años perdidos por cada mil habitantes. Similar a la anterior categoría, el componente de muerte prematura fue mayor que el de discapacidad (AVP: 51.4%; AVD: 48.6%).

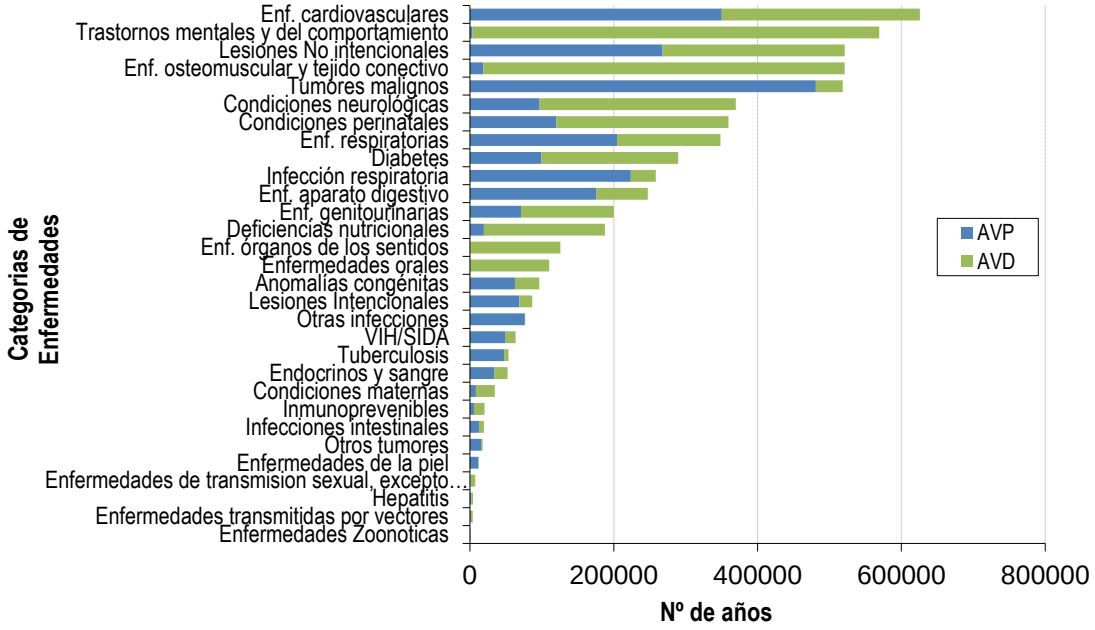
Las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo determinaron que se perdieran 521 086 AVISA (9.0% del total; 16.2 AVISA por mil), de los cuales el 96.4% se debieron al componente AVD y el 3.6% restante al AVP. Los tumores malignos causaron 518 176 años saludables perdidos (8.9% del total; 16.1 AVISA por mil), de los cuales el 92.8% se debieron al componente AVP y el 7.2% restante al AVD.

Las enfermedades cuya carga estuvieron influenciadas principalmente por el componente de discapacidad fueron las enfermedades de los órganos de los sentidos (AVD: 99.8%), las enfermedades orales (AVD: 99.8%), los trastornos mentales y del comportamiento (AVD: 99.4%), las deficiencias nutricionales (AVD: 89.7%) y las condiciones neurológicas (AVD: 73.8%). Por el contrario, aquellas en las que predominó el componente de muerte prematura fueron la tuberculosis (AVP: 87.9%), las infecciones respiratorias (AVP: 86.5%), las lesiones intencionales (AVP: 79.2%) y VIH/SIDA (AVP: 78.4%).

Por otro lado, en la siguiente tabla, se muestra el análisis de carga de enfermedad realizado en el 2018 a nivel regional, en donde se los departamentos de Lima (AVISA: 1,698,800), Piura (AVISA: 302,449) y La Libertad (AVISA: 285,364) presentaron el mayor número de AVISA a nivel nacional, lo que se correlaciona con ser los departamentos con mayor población. En contraste, los departamentos con la tasa de AVISA por cada 1000 habitantes más elevada fueron Huancavelica (tasa: 183.5), Junín (tasa: 182.2) y Puno (tasa: 181.7).

Respecto al porcentaje de AVISA correspondiente a muerte prematura (AVP) o discapacidad (AVD), se observa que los departamentos con predominio de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) son Puno (porcentaje AVP: 63%), Huancavelica (porcentaje AVP: 62%) y Cusco (porcentaje AVP: 61%). En contraste, los departamentos con predominio de años perdidos por discapacidad (AVD) son Callao (porcentaje AVD: 62%), Lima (porcentaje AVD: 61%) e Ica (porcentaje AVD: 60%).

Figura 3. Carga de enfermedad según AVP y AVD, por categorías de enfermedades, Perú, 2019



Fuente: Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2019.
Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

Tabla 5. Distribución del número, porcentaje y tasa de los AVP, AVD y AVISA, según regiones, Perú, 2018

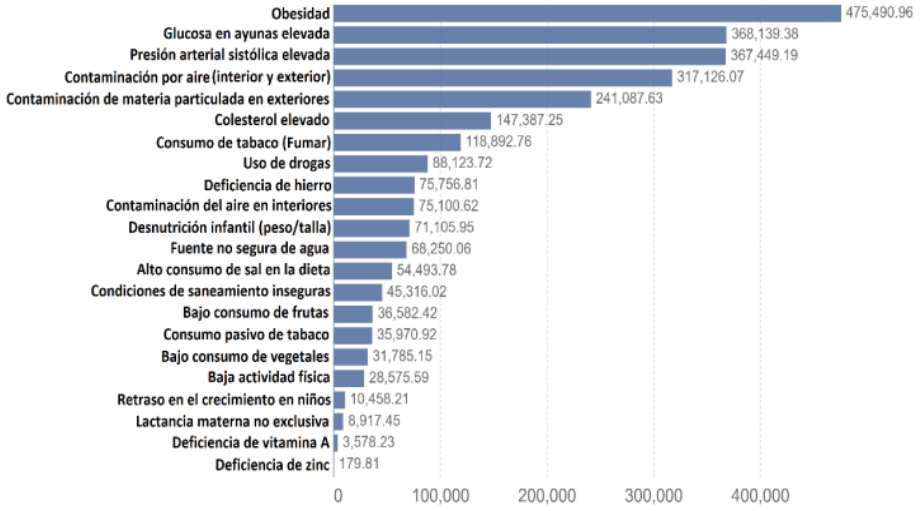
Región	AVISA	Tasa AVISA	AVP	% AVP	AVD	% AVD
Amazonas	69245	164.9	39400	0.57	29845	0.43
Ancash	183153	158.5	94507	0.52	88646	0.48
Arequipa	220906	154.6	95431	0.43	125475	0.57
Ayacucho	110799	168.1	59167	0.53	51632	0.47
Cajamarca	217312	151.1	114958	0.53	102354	0.47
Callao	182915	169.6	68959	0.38	113956	0.62
Cusco	70860	165.8	42941	0.61	27919	0.39
Huancavelica	69061	183.5	42956	0.62	26105	0.38
Huánuco	128004	169	77442	0.61	50562	0.40
Ica	142768	154.6	56679	0.40	86089	0.60
Junín	244616	183.2	123286	0.50	121330	0.50
La Libertad	285364	147.2	132124	0.46	153240	0.54
Lambayeque	195357	153.8	99632	0.51	95725	0.49
Lima*	1698800	166.9	655737	0.39	1043063	0.61
Loreto	147714	147.7	81538	0.55	66176	0.45
Madre de Dios	25845	160.2	13000	0.50	12845	0.50
Moquegua	28368	152.2	13645	0.48	14723	0.52
Pasco	44935	165.4	26017	0.58	18918	0.42
Piura	302449	153.2	136102	0.45	166347	0.55
Puno	224732	181.7	140682	0.63	84050	0.37

Región	AVISA	Tasa AVISA	AVP	% AVP	AVD	% AVD
San Martín	129233	149.1	64358	0.50	64875	0.50
Tacna	54231	152.9	26790	0.49	27441	0.51
Tumbes	35930	148.9	17606	0.49	18324	0.51
Ucayali	92382	165.3	46376	0.50	46006	0.50

**Nota: Los datos de Lima, incluyen Lima Metropolitana.*
Fuente: Carga de Enfermedad por regiones, 2018.
Elaborado por: Unidad Técnica de Monitoreo y Evaluación en Salud Pública, Dirección de Inteligencia Sanitaria, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA.

Asimismo, el Instituto de Métricas y Evaluación en Salud ha estimado la carga de enfermedad de 87 factores de riesgo en 204 países y territorios para el periodo 1990 – 2019[15]. En el Perú, se observa una transición entre factores de riesgo ambientales como contaminación del aire y desnutrición en niños (bajo peso para la talla) como factores de riesgo predominantes en la década de 1990, mientras que los factores de riesgo metabólicos como obesidad, presión arterial sistólica elevada y glucosa en ayunas ocupaban el séptimo, noveno y décimo segundo lugar, respectivamente. Para el 2019, la obesidad (AVISA: 475,490), glucosa en ayunas elevada (AVISA: 368,139), presión arterial sistólica elevada (AVISA: 367,449) y contaminación del aire (AVISA: 317,126) fueron los cuatro factores de riesgo que contribuyeron al mayor número de AVISA en el Perú. Esta tendencia con predominio de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles es similar a lo observado en otros países ingresos medios altos y de la región de Latinoamérica y el Caribe.

Figura 4. Carga de enfermedad según factores de riesgo, Perú, 2019



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019

En conclusión, el Perú tiene un perfil de doble carga de enfermedad, tanto por enfermedades no transmisibles como transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Se evidencia un componente importante de muerte prematura en enfermedades transmisibles, maternas, perinatales, nutricionales y por accidentes y lesiones, en contraste con un predominio de discapacidad en enfermedades no transmisibles. Sin embargo, se debe tener en consideración la contribución de los factores de riesgo prevenibles al desarrollo de dichas enfermedades y, por consiguiente, a la carga de enfermedad en nuestro país.

Tabla 6. Identificación de brecha - V1. Estado de salud de las personas

Variable prioritaria	Indicador	Valor actual	Valor de referencia	Brecha
Estado de salud de las personas	Razón de AVISAs por 1000 habitantes	180.6 (2019)	162.1*	-18.5

*Se tomó como valor referencial, la meta establecida en el PEDN al 2050.

[15] Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1223-49.

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

La mayor parte de la carga de enfermedad y las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente. En ese sentido, para la identificación de factores relacionados a la variable "Estado de salud de las personas", se tomó en consideración el modelo de Determinantes Sociales de la Salud[16] (DSS) de la OMS (también descrito en la Figura 4), y se adaptó de manera que se muestren aquellos factores que son parte de los determinantes sociales de la salud, de tipo intermedio y estructural; de los cuales se han resaltado aquellos en los que el Sector Salud pueda incidir en su comportamiento, sea de carácter sectorial o multisectorial, debido a su función rectora de la salud, como se muestra en la siguiente Figura 5.

Las condiciones de vulnerabilidad inherentes a las personas se basan en: los factores biológicos, como la edad, el sexo, factores genéticos, entre otros; dicha predisposición genética o hereditaria está relacionada a un riesgo de padecer determinadas enfermedades, afectando la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas; asimismo se tienen aspectos culturales o de religión, que influyen en el desarrollo de la persona.

Además, el comportamiento de las personas, se asocia a los factores conductuales, relacionados con los estilos de vida, saludables o no, los hábitos que repercuten en la salud, como el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones; así como a los factores psicosociales, relacionados a condiciones de tensión, de vida y relaciones estresantes, así como el acceso al apoyo y redes sociales; que son parte de los determinantes intermedios.

Sobre el nivel de vulnerabilidad de la población ante epidemias, pandemias, otros EVISAP, emergencias y desastres, también se relaciona con los determinantes intermedios: cambio climático, calidad ambiental (aire, agua y suelo) y el entorno de la población principalmente, que presenta condiciones climatológicas que favorecen la aparición y propagación de vectores que incrementen el riesgo de enfermedades metaxénicas (dengue y malaria) y zoonosis (peste), y que incluso genera efectos negativos de ocurrencia de fenómenos naturales (Fenómeno del Niño, friajes, entre otros) que producen daños materiales y a la salud de las poblaciones vulnerables.

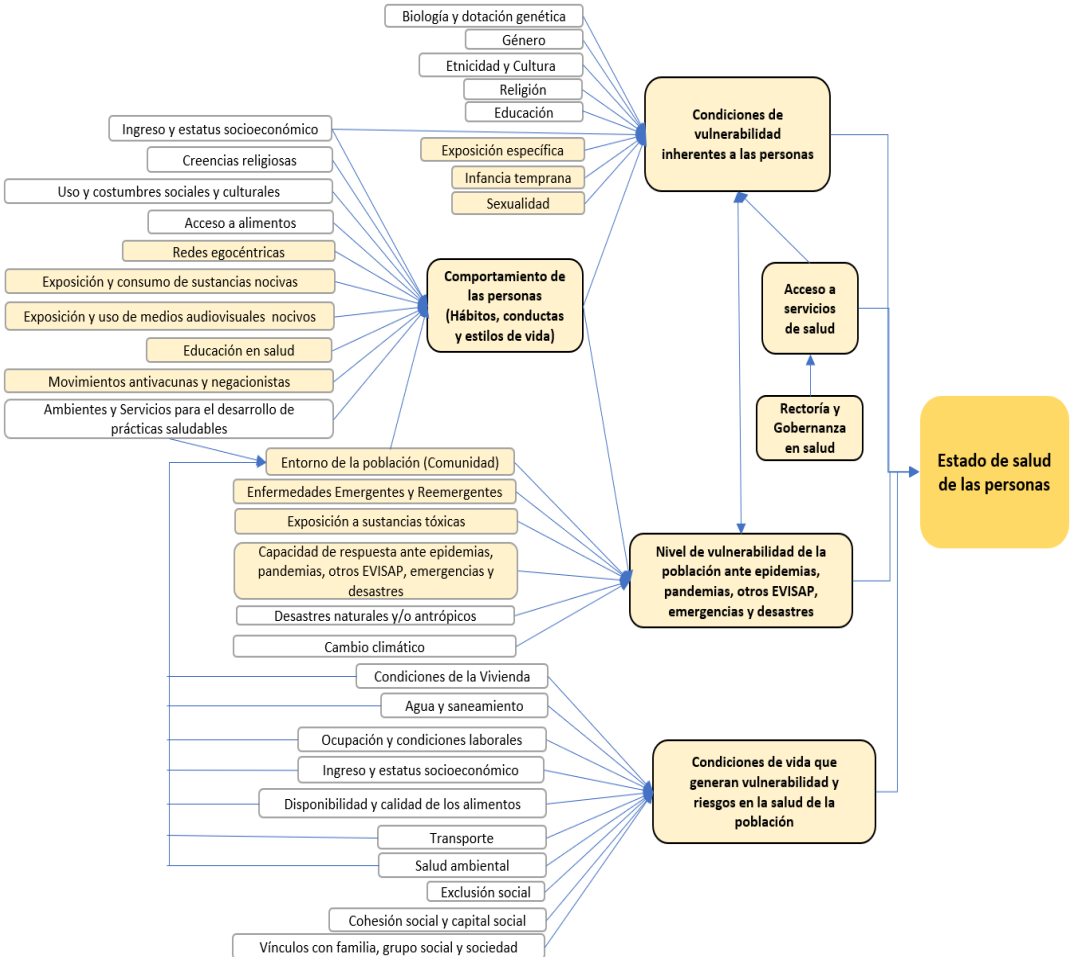
Con relación a las condiciones de vida que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud de la población, se relacionan con las condiciones materiales sobre la calidad de la vivienda y de la comunidad, las posibilidades de consumo (acceso a medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.), así como la situación laboral, oportunidades y condiciones de trabajo, y el entorno físico de este, que lo expone a ciertos factores de riesgo que puedan afectar la salud y calidad de vida de las personas. Asimismo, se asocia a la cohesión social, referida a la confianza y respeto mutuos que existen entre los diversos grupos y sectores de la sociedad, y que contribuye a la manera en que las personas valoran su salud. Adicionalmente, se relaciona con la gradiente social que crea la estratificación diferencial, en donde ciertos grupos sociales que logran una mejor posición social tendrán más probabilidades de tener menos exposición a enfermedades, y también, por ende, menor vulnerabilidad a estas; en caso de enfermar, contarán con mejores posibilidades para afrontar dicha situación y sufrir menores consecuencias sociales y económicas a causa de su mala salud, lo que posiblemente no los afecte dentro de su buena posición social, con lo cual se cierra el círculo para ellos. En el mismo orden, los resultados para los grupos sociales que se ubiquen en una posición social más baja indican que tendrán más probabilidades de estar expuestos a enfermedades, mayor vulnerabilidad ante estas y, por consiguiente, peores consecuencias sociales y económicas a causa de las enfermedades, lo que hará que empeore su posición social. En ellos también se cierra el círculo, que es la expresión de la inequidad en salud.

[16] Cárdenas E., Juárez C., Moscoso R. & Vivas J. (2017). Determinantes sociales en salud. ESAN ediciones. https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/determinantes-sociales-en-salud

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud está relacionado al Sistema de Salud que también constituye un determinante intermedio de la salud; y comprende la necesidad de atención de salud de la población, a través del uso de los servicios de salud y la cobertura del mismo. De acuerdo a las características del Sistema de salud: disponibilidad de recursos, capacidad resolutiva y fragmentado en su organización, probablemente contribuya a mantener las condiciones de inequidad en salud. El Sistema de salud puede mediar en las consecuencias diferenciales que tiene la enfermedad en la vida de las personas, al procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y facilitar la rehabilitación y reintegración social de las personas.

Finalmente, la rectoría y gobernanza en salud, incluye que el Ministerio de Salud no sólo se basa en actuar sobre el sistema de salud, sino que se aborden los otros determinantes intermedios de la salud que originan exposición y vulnerabilidad a la salud, a través de la promoción de la acción intersectorial e intergubernamental, sobre todo en los sectores de la administración pública y de la economía que inciden en la salud y en la equidad sanitaria: las finanzas, la educación, la vivienda, el empleo, el transporte y los servicios de salud, entre otros. Para mejorar la equidad sanitaria, es esencial que todas las instancias públicas actúen de forma concertada a todos los niveles, de esta manera se podrá mejorar el estado de la salud de las personas.

Figura 5. Identificación de factores - V1. Estado de salud de las personas



Por otro lado, se identificaron los actores relacionados con la variable prioritaria “Estado de salud de las personas”, siendo los principales:

Tabla 7. Identificación de actores – V1. Estado de salud de las personas

Actores que influyen	Variable prioritaria	Actores influenciados
PCM MEF MIDAGRI MINAM MIDIS MINEDU MIMP MVCS MTC MTPE y EsSalud MINDEF y Sanidades MININTER y Sanidades MINJUSDH y INPE PRODUCE MINCUL UGIPRESS MINSA IPRESS públicas y privadas IAFAS Agentes Comunitarios	***Estado de salud de las personas***	IAFAS IPRESS públicas y privadas UGIPRESS DIRESA/GERESA/DIRIS Población en general

Variable Estratégica N° 2: Acceso a servicios de salud

La Organización Panamericana de la Salud manifiesta que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios integrales de salud de acuerdo con las necesidades, sin exponer a los usuarios a dificultades, enfatizando a los grupos más vulnerables. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo y se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios de salud.[17]

Alrededor del 29% de las personas en los países de las Américas reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas, como prolongados tiempos de espera, horas de atención inadecuadas. Las barreras financieras representaron el 15,1% de los casos; la disponibilidad inadecuada de recursos (falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos. Se destaca que el 8% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena). Las personas en quintil de mayor pobreza fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, las financieras, geográficas y falta de disponibilidad de recursos. [18]

Para esta variable se construyó una definición refiriéndose al goce del derecho de la población al uso de servicios de salud de calidad, integrales, humanizados, con pertinencia cultural, con capacidad resolutiva, a través de oferta de salud suficiente en sus diferentes modalidades, organizadas en Redes Integradas de Salud, con cuidado de la salud individual y colectiva, por curso de vida; con disponibilidad de recursos como productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios asequibles, seguros y eficaces, con recursos humanos en salud suficientes, competentes y comprometidos; infraestructura y equipamiento adecuado; con protección financiera en salud de la población, enfatizando a la población vulnerable.

[17] Organización Panamericana de la Salud. (2020). Salud Universal. https://www.paho.org/es/temas/salud-universal
[18] Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100

Para el análisis de la presente variable se cuenta con dos indicadores que tienen información sobre la situación actual del acceso a los servicios de salud:

Con respecto al porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención en salud, se toma en cuenta que, las enfermedades crónicas no trasmisibles son aquellas que presentan una larga duración de más de seis meses y de progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no trasmisibles. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), al 2021 cerca del 40% de la población presenta una enfermedad crónica y el 22% se asocia además de la enfermedad crónica con otro daño.[19]

La ENAHO también evaluó el III Trimestre (julio-agosto-setiembre) del 2020 y 2021, teniendo como resultados los siguientes datos, en el año 2020 a nivel nacional en trimestre evaluado, el 34,4% de los encuestados informó padecer un problema de salud crónico, en área de residencia urbana fue de 36,9%y en área de residencia rural fue de 25%. Mientras que en el mismo intervalo de tiempo para el año 2021, el 37,7% de los encuestados a nivel nacional informó padecer algún problema de salud, 39,5% del área urbana y 30,7% del área rural.[12]

Asimismo, en el tercer trimestre del año 2021, el 42,7% de las mujeres entrevistadas manifestaron padecer de algún problema de salud crónico, mientras que la proporción de varones que presentan problemas de salud de manera permanente alcanzó el 33,0%.[20]

Durante el mismo periodo de análisis del ENAHO, el 31,2% de las mujeres que presentaron problemas de salud de manera crónica buscaron atención médica en comparación con los varones que representó el 25,6%. De acuerdo con los grupos de edad, se apreció que el 33,4% de las mujeres adultas y el 31,4% de las adultas mayores, fueron las que acudieron por atención médica, porcentaje superior con relación a los varones, que alcanzaron el 25,5% y el 28,4%, respectivamente.

Tabla 8. Perú: Población con algún problema de salud según área de residencia

Problema de salud crónico/ Área de residencia	Ene-Feb-Mar 2019	Ene-Feb-Mar 2020	Ene-Feb-Mar 2021	Ene-Feb-Mar 2022 P/	CV (%) Ene-Feb-Mar 2022 P/	Variación (puntos porcentuales)		
						2022/2019	2022/2020	2022/2021
Nacional								
Con algún problema de salud crónico	**34,8**	**37,1**	**35,8**	**39,9**	**1,6**	**5,1**	**2,8**	**4,1 *****
- Solo problema de salud crónico 1/	14,8	16,3	17,6	17,7	3,0	2,9	1,4	0,1
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	20,1	20,8	18,2	22,2	2,4	2,1	1,4	4,0 ***
Urbana								
Con algún problema de salud crónico	**37,1**	**39,3**	**37,8**	**41,4**	**1,8**	**4,3**	**2,1**	**3,6 *****
- Solo problema de salud crónico 1/	16,6	18,5	19,8	19,8	3,2	3,2	1,3	0,0
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	20,4	20,8	18,0	21,6	2,9	1,2	0,8	3,6 ***
Rural								
Con algún problema de salud crónico	**26,7**	**29,0**	**28,1**	**34,1**	**2,8**	**7,4**	**5,1**	**6,0 *****
- Solo problema de salud crónico 1/	8,0	8,0	8,8	9,7	5,1	1,7	1,7	0,9
- Con problema de salud crónico y además presentó otro problema en últimas 4 semanas	18,7	21,0	19,3	24,4	3,8	5,7	3,4	5,1 ***

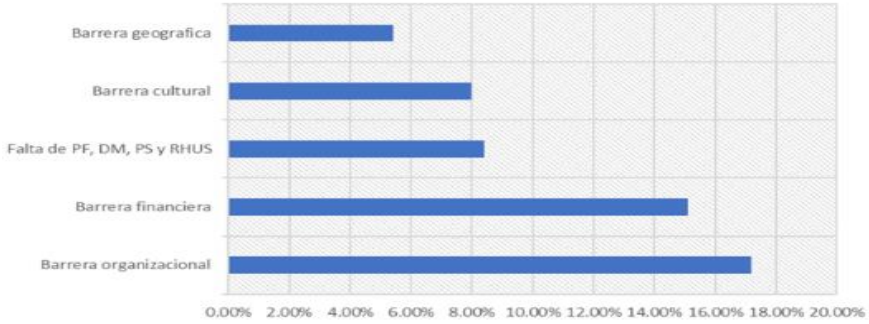
Niveles del test de diferencia:
* Diferencia significativa (p < 0.10). ** Diferencia altamente significativa (p < 0.0 5). *** Diferencia muy altamente significativa (p < 0.01).
El test de diferencia corresponde al último trimestre y su trimestre respectivo del año anterior.
Nota: Los resultados con coeficiente de variación mayor al 15%, deben ser considerados referenciales, porque el número de casos en la muestra para este nivel de desagregación no es suficiente.
1/ Se considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.
P/ Preliminar.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Nacional de Hogares.

De esto se desprende y muestra según la ENAHO; entre los años 2019 al 2022, a nivel nacional y al I Trimestre, evidencia que en el 2022 el 31% y en el 2019 el 37% personas con enfermedad crónica accedieron a una atención en salud.

[19] Encuesta Nacional de Hogares (2021). Condiciones de vida en el Perú Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2020-2021.
[20] Encuesta Nacional de Hogares (2021). Condiciones de vida en el Perú Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2019-2020-2021-2022

El acceso al servicio de salud se explica según el cuadro siguiente sobre barreras identificadas, casi el 25% se relaciona a lo estructural (organizacional y recursos)[21], en comparación a la financiera, cultural y geográfica que representan el 28%.

Figura 6. Barreras para el acceso a los servicios de salud



Con relación al porcentaje del gasto directo (de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud, se tiene en cuenta que la política de aseguramiento universal en el Sector Salud en el Perú alcanzó una cobertura poblacional por encima del 99%. El eje central de la política es la expansión del aseguramiento a través del seguro público, el Seguro Integral de Salud (SIS), focalizando principalmente a la población pobre y vulnerable. A pesar de ello, en los últimos años, persiste un alto nivel de gasto de bolsillo en salud de los hogares, que se traduce en riesgo financiero.

El análisis del aseguramiento muestra que la afiliación al SIS contribuyó a disminuir la inequidad en el acceso a salud y el porcentaje de pobres con cobertura se incrementó, así como la protección a grupos vulnerables. Sin embargo, esta mayor demanda de servicios impulsada por dicha ampliación del aseguramiento, evidenció la falta de adecuación de la oferta de servicios de salud, por tanto, por esta causal dicha demanda no busca atención en los servicios de salud públicos, reorientándose la atención a farmacias y a la automedicación, y en los no pobres a buscar atención en el sector privado. Cabe señalar que la seguridad social no ha sido activa en la política de aseguramiento, mostrando una escasa capacidad para absorber a la PEA con nuevos planes de salud y propuestas integrales de protección social.

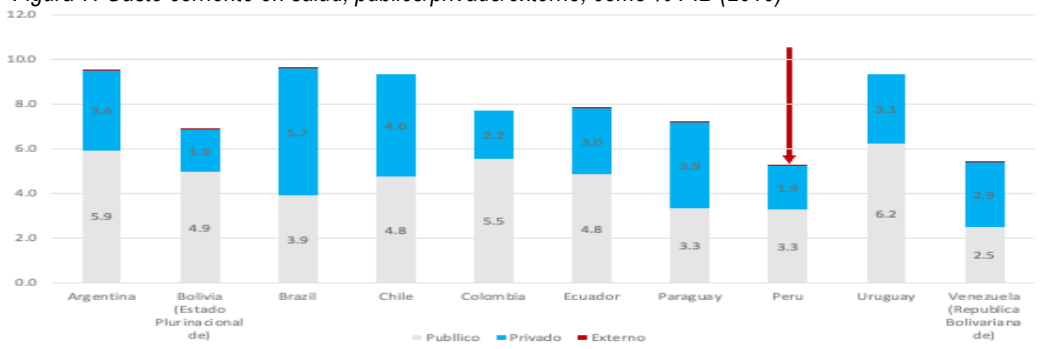
Entonces, el gasto de los hogares en salud, gasto de bolsillo en salud, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.), se define como el pago directo al momento de recibir un servicio de salud. En el 2000, se estima que los países de ingresos bajos realizan el 40% o más del financiamiento de gasto de bolsillo de los hogares, a diferencia de los países de ingresos medios, los cuales realizan el 30% del gasto de bolsillo, mientras que el otro 70% lo representan los impuestos, contribuciones y donaciones, la protección del estado.

Como se puede apreciar en la siguiente Figura, nuestro país se encuentra entre los países que menos destinan gasto de gobierno en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno. En ese sentido, si la población afronta la mayor parte del gasto en salud, serán incapaces de obtener muchos de los servicios de salud que necesitan, e incluso los de mayores recursos se verán expuestos a dificultades económicas en caso de enfermedades de alto costo o prolongadas" (OMS, 2021).[22]

Otra de las definiciones es el Gasto Catastrófico en Salud, la medición del gasto de bolsillo por sí solo no identifica si un hogar se enfrenta a un riesgo financiero o si este cambia su condición económica. En ese sentido, el término gasto catastrófico en salud se define como la caída de la protección financiera, debido a que el gasto en salud puede ser igual o superior a los ingresos, situación que conllevaría a una "catástrofe financiera" de las personas u hogares, originando que estos caigan en condición de pobreza o se mantenga en ella (OMS, 2005).

[21] Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e100. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100
[22] OMS. (2021). Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 19 de 06 de 2023, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Figura 7. Gasto corriente en salud, publico/privado/externo, como % PIB (2019)

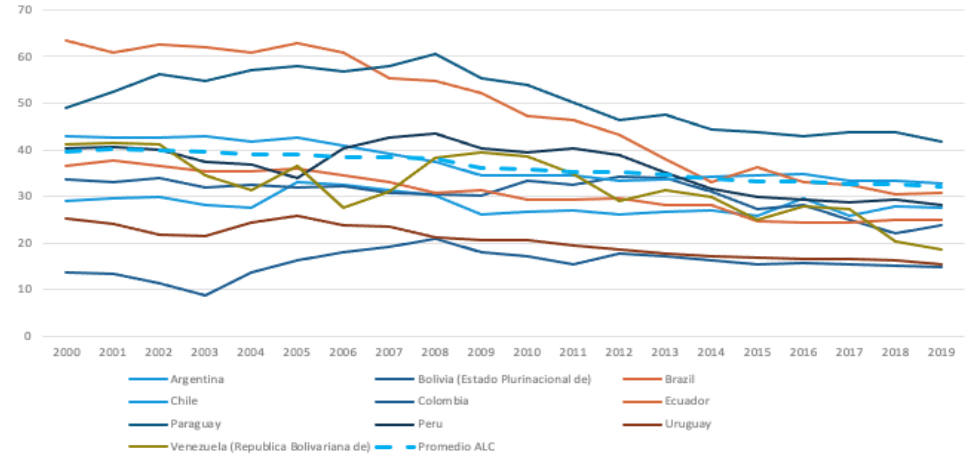


Fuente: WHO, Global Health Expenditure Database

En el 2011, Knaul et al. Realiza un estudio para doce países de Latinoamérica incluyendo al Perú, en este estudio consideró que el gasto catastrófico es aquel gasto de bolsillo que supera el 30% de la capacidad de pago. Barrantes et al, en el 2018, señala que el gasto de bolsillo se vuelve catastrófico cuando la proporción de este gasto respecto a la capacidad de pago oscila entre un 20% a 40%; además indica en su estudio que generalmente se utiliza el umbral del 30%.[23]. De otro lado, el estudio realizado sobre el "Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrófico en salud", consideró en 20% el porcentaje de la capacidad de pago para estimar el gasto catastrófico; además, este estudio determinó, entre otros resultados, que la presencia de niños y/o personas mayores de 65 años influyen en el gasto catastrófico de las familias (Lozada, 2010).[24]

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realiza un análisis sobre la información de la base de datos del Global Health Expenditure Database (GHED), muestra que el gasto corriente promedio en salud es del 7,8% con respecto al PBI (Perú: 5,2%), además el gasto público promedio en salud es del 4,5% con respecto al PBI (Perú: 3,3%) como se muestra en la siguiente Figura.[25]

Figura 8. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente total en salud, 2019



Fuente: WHO, Global Health Expenditure Database

Para el año 2021, el gasto directo de bolsillo en salud (GBS) fue de S/. 14,709 millones de soles registrando un incremento del 43% respecto al nivel alcanzado el año 2020 y 30% (S/. 3,413 millones de soles) respecto al 2019 (prepandemia). El GBS desde 2016 presentó una tasa de crecimiento promedio anual de 7%, obteniendo la mayor tasa en 2021, por los gastos adicionales que tuvieron que enfrentar las familias ante el COVID-19.

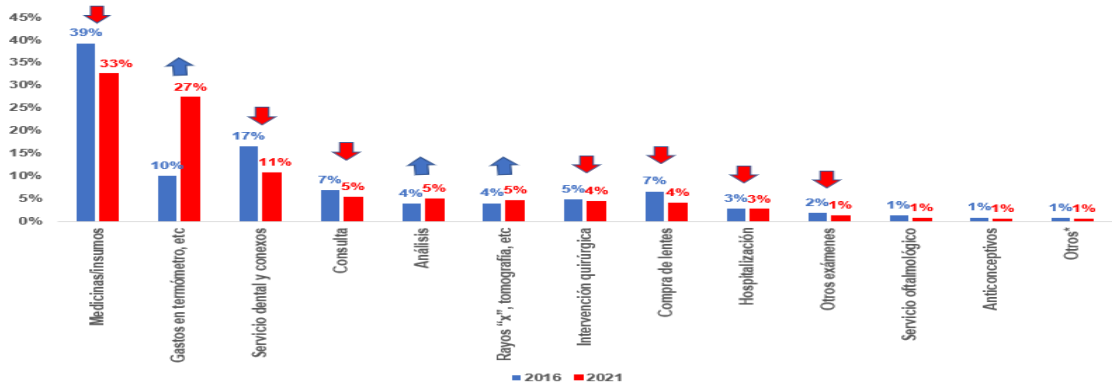
[23] Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, 85-95. Obtenido de https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5031

[24] Lozada, M. (2010). Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrofico en salud. Obtenido de http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1513?locale-attribute=en

[25] World Health Organization(2023). Global Health Expenditure Database .Available from: https://apps.who.int/nha/database

Como se aprecia en la Figura, existe una tendencia creciente en la evolución del gasto directo de bolsillo en salud que asumen los afiliados a la IAFAS SIS y en menor medida los asegurados de la IAFAS EsSalud. En el 2020 se aprecia una ligera reducción debido a las medidas de aislamiento social obligatorio (cuarentena), así como al cierre de las atenciones de salud de las IPRESS a nivel ambulatorio, tanto para los establecimientos de salud como para los hospitales. Sin embargo, en el año 2021 se aprecia un incremento significativo con el levantamiento de las medidas de aislamiento, así como la reapertura de las atenciones ambulatorias de los servicios de salud a nivel nacional.

Figura 9. Evolución de la distribución del Gasto de Bolsillo en Salud 2016 al 2021



Fuente: INEI

Por lo tanto, los dos principales indicadores relacionados con la variable principal, acceso a los servicios de salud se comportaron como muestra la tabla siguiente.[26]

Tabla 9. Comportamiento de los indicadores - V2. Acceso a servicios de salud

Indicador	Comportamiento			
	2019	2020	2021	2022
Población crónica que accede a la atención en salud (Nacional)	37%	33%	27%	31%
Porcentaje del Gasto de bolsillo (gasto directo), en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud	28.3%	258.0%	31%	28.3%*

*Para 2022, se considera el gasto total en salud del 2021, aún no se estima para el año 2022.
Fuente ENAHO 2022

Lo que corrobora lo mencionado que existe disminución del acceso a la atención en salud y que las principales causas organizacionales, se debe a la ausencia del personal de salud y la falta de disponibilidad de medicamentos e insumos y que se refleja en el creciente gasto de bolsillo, que sería un gasto que empobrece el hogar, decidiendo o ir a una farmacia y automedicarse o accediendo a una consulta privada.

Tabla 10. Identificación de brechas de indicadores – V2. Acceso a los servicios de salud

Variable Prioritaria	Indicador	Valor actual	Valor de referencia	Brecha
Acceso a Servicios de Salud	Población con algún problema crónico que accede a una atención en salud	31% (2022)	100%	69%
	Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo), en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud	28.30% (2022)	20%	8.30%

Fuente ENAHO 2022

[26] Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). Encuesta Nacional de Hogares.

De acuerdo a los análisis desarrollados con los involucrados del sector con esta variable, se establecieron tres componentes que influyen al Acceso a Servicios de Salud, el cual se describen a continuación:

Disponibilidad de Servicios de Salud organizados en Redes Integradas de Salud: Se refiere a las diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud organizado en redes de salud, integradas, basado en recursos humanos disponibles e innovaciones tecnológicas, además de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios disponibles, con el fin de responder a las necesidades de salud de la población conforme a las prioridades establecidas en las políticas sanitarias sectoriales.

*Calidad de Servicios de Salud: Según e*l 57vo. Consejo Directivo de la 71va. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se define a la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud como aquella atención centrada en las personas, las familias y las comunidades con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición. En ese marco la OPS establece como parte de las Funciones Esenciales de la Salud Pública Renovadas (FESP) para la Región las Américas, la 9na. FESP "Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad"; correspondiendo su medición y ejecución como parte de las Funciones de la Rectoría en Salud según lo establecido en el Articulo Nº. 8 del Reglamento de la Ley Nº. 30895 "Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud" (UFGCS-MINSA).

*Aseguramiento Universal en salud: E*s un proceso orientado a que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que les permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones de calidad y dignidad, sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

Se debe tener en cuenta además que, en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se plantean dos ejes primordiales, el Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad - MCI, modelo que requiere una organización de los servicios de salud para poder entregar todas estas prestaciones y procedimientos[27], por lo que se requiere de la implementación del otro eje descrito, las Redes Integradas de Salud - RIS, a fin de atender la problemática que genera la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud, la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios, cada uno de ellos dirigidos a diferentes estratos de la población: MINSA/Gobiernos Regionales, ESSALUD, Sanidad de las FFAA y de la PNP y el subsector privado, la coexistencia de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo no integrados en red de servicios de salud, que circunscriben las diferentes dificultades, entre ellas delimitamos[28]:

- Accesibilidad limitada a los servicios de salud.
- Calidad técnica de la prestación del servicio de salud disminuida.
- Escasa disponibilidad de los recursos.
- Aumento innecesario de los costos de producción (acciones de no valor).
- Insatisfacción de los usuarios por los servicios de salud recibidos.

Las Redes Integradas de Salud tienen lineamientos para la conformación de las Redes de Salud, a partir de la Ley N° 30885 que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud, y su reglamento. Asimismo, la actual Política General de Gobierno señala como *Eje 8: La Salud como derecho humano*, siendo dos de sus seis componentes:

- Mejorar la infraestructura, equipamiento y la atención de los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad.
- Promover el acceso a los servicios de salud, con énfasis en la población en situación de vulnerabilidad.

[27] Resolución Ministerial N°030-2020 [Ministerio de Salud]. Que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)". 27 de enero de 2020

[28] Decreto Supremo N° 019-2020-SA. Que aprueba el Reglamento de la Ley N°30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud -RIS. 27 de mayo del 2020.

En función a lo ya definido, entendiéndose el acceso a los servicios de salud como el goce del derecho de la población al uso de servicios de salud de calidad, integrales, humanizados, con pertinencia cultural, con capacidad resolutiva, a través de oferta de salud suficiente en sus diferentes modalidades, flexible, móvil o intramural, individual o colectiva, organizadas en Redes Integradas de Salud, que significa este como establecimientos o IPRESS vinculadas y que tienen características propias que permiten el continuo de la atención con un modelo de gestión territorial, con prestaciones en el cuidado de salud individual y de salud pública, por curso de vida, con la organización del servicio acorde a las necesidades dela población, con infraestructura y equipamiento adecuado, relacionado a tecnología de avanzada y salud digital, también se requiere disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios seguros, recursos humanos de salud suficientes, competentes y comprometidos.[29]

Otro de los factores influyentes e interdependiente por su transversalidad es la calidad del servicio, con los atributos ya establecidos como accesibilidad, oportunidad, continuidad, equidad, con enfoque de derechos, género e interculturalidad, que garantice la estandarización de los procesos no sólo los asistenciales si no también los administrativos logísticos que garanticen la cadena de suministros necesarios para la atención. Esto contribuirá a la seguridad del paciente durante la atención, mitigando la ocurrencia de eventos adversos como las infecciones asociadas a la atención en salud u otras acciones de no valor que incrementan los costos de no calidad de la atención, enfocándose en la mejora continua de los servicios propiamente y que finalmente contribuirá a la satisfacción de usuario del servicio de salud[30].

Un tercer factor, no menos importante es la garantía de la protección financiera de la población por parte del estado propiciando una cobertura poblacional y prestacional de salud, con acceso a todas las prestaciones dadas por el AUS desde lo preventivo promocional hasta lo recuperativo y rehabilitador, todo ello en estricta relación con el incremento poblacional de los adultos mayores, y a la variante del perfil epidemiológico que direcciona a la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles en esta población vulnerable, con un alto grado de discapacidad e incapacidad y con servicios de salud con estructura y modelos de atención adecuados a esta demanda, con enfermedades emergentes y remergentes influenciadas además, por el cabio climático y por el crecimiento urbano no planificación[31]. Es así que se diseñó un gráfico que nos muestra los factores asociados a esta variable.

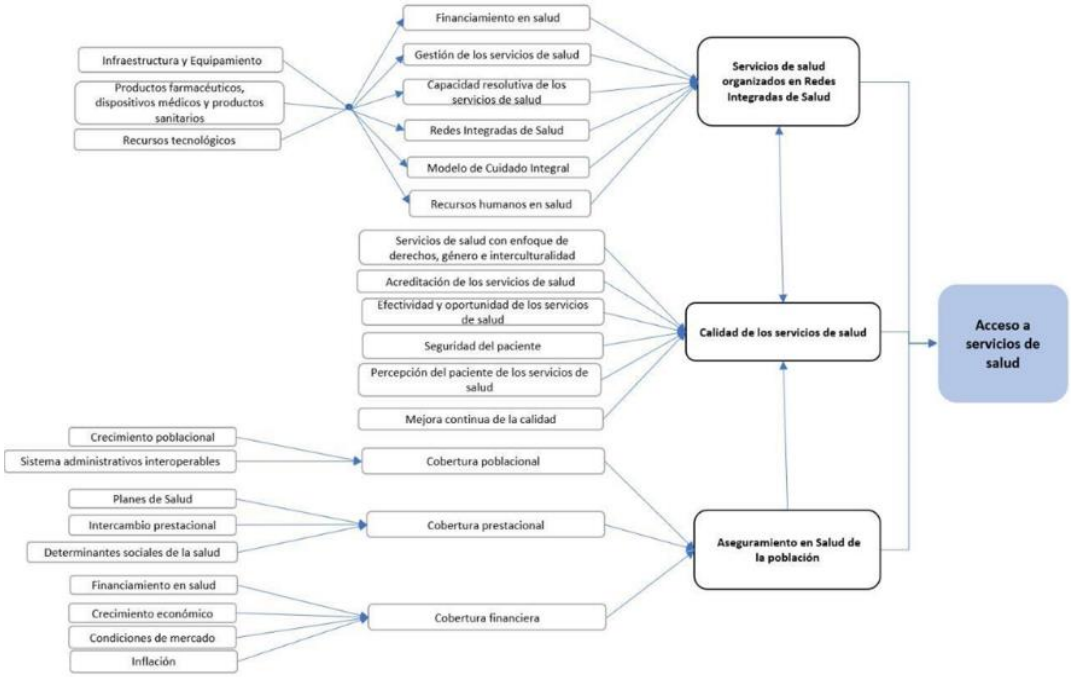
En conclusión, el acceso a los servicios de salud está relacionado al Sistema de Salud que también constituye un determinante intermedio de la salud, que comprende la necesidad de atención de salud de la población a través del uso de los servicios de salud y la cobertura del mismo. De acuerdo a las características del Sistema de salud: disponibilidad de recursos, capacidad resolutiva y fragmentado en su organización, probablemente contribuya a mantener las condiciones de inequidad en salud. El Sistema de salud puede mediar en las consecuencias diferenciales que tiene la enfermedad en la vida de las personas, al procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y facilitar la rehabilitación y reintegración social de las personas.

[29] *Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf*

[30] Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estrategias y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55860/OPSHSSHS210018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[31] Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. una renovación para el siglo XXI. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf

Figura 10. Identificación de factores – V2. Acceso a los servicios de salud



Por otro lado, se identificaron los actores relacionados con la variable prioritaria "Acceso a servicios de salud", siendo los principales:

Tabla 11. Identificación de actores – V2. Acceso a los servicios de Salud

Actores que influyen	Variable priorizada	Actores priorizados
MEF MINEDU FMP Colegios Profesionales Universidades públicas y/o privadas MININTER y Sanidad MINDEF y Sanidad MINTRA, MINJUSDH MEF (SUNAT), MINCETUR (VUCE), INS – MINSA Industria Farmacéutica PCM MTPE y EsSalud GORES GOLOS	***Acceso a los servicios de Salud***	IPRESS públicas y privadas DIRESA/GERESA/DIRIS Población en general Establecimientos farmacéuticos (Oficinas farmacéuticas, Almacenes Especializados, Droguerías) Gobiernos Locales y Gobiernos Regionales IAFAS UGIPRESS

Variable estratégica N° 3: Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud

En el marco del paradigma de la nueva gobernanza, la Política Nacional Multisectorial de Gestión Pública al 2030[32], plantea un modelo conceptual basado en la cadena de valor público, el cual facilita contar con una aproximación holística para comprender las decisiones de política y estrategias de intervención que se adoptan desde el Estado para resolver un determinado problema público; el funcionamiento de las entidades públicas (en términos de su gestión interna), los productos que generan (en términos de los bienes, servicios y regulaciones) y los resultados que permitirán generar los cambios esperados en el

[32] Decreto Supremo N°103-2022-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030.

bienestar de las personas y de la sociedad. Del mismo modo, a través de dicho enfoque, se busca transmitir que *las intervenciones públicas en el territorio no son sólo el resultado del rol preponderante que asume una entidad pública, sino que resulta – sobre todo – de los distintos procesos de gobernanza que se establezcan entre entidades públicas, organizaciones del sector privado y las personas* (PNUD, 2015).

Adicionalmente, diversos autores vinculan la Gobernanza a tres nociones que podemos destacar[33, 34, 35]: 1) *las políticas públicas se deciden y ejecutan a partir de redes que se generan a través de coordinaciones sociales y no de una práctica vertical de la autoridad*, representa nuevas formas de gobierno más allá de los límites que propone el Estado, 2) *las políticas públicas buscan hacer más asertivas las decisiones* desde el Estado optimizando el proceso de gobernar y 3) *las políticas tienen que ser aplicables a la población en un territorio específico*, es decir, son llevadas a cabo por unidades territoriales dentro de una dimensión subnacional, en tal sentido representa una gobernanza territorial local.

Por otra parte, las intervenciones en salud no han sido ajenas a la evolución del concepto de gobernanza[36]. Desde 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la gobernanza en los sistemas de salud como "La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles"[37]. Esta definición introduce una perspectiva normativa: *la gobernanza busca armonizar las decisiones y actuaciones de los diferentes actores en pro de la equidad y la sostenibilidad en los sistemas de salud*, dada la complejidad y/o el costo de las intervenciones, ya que ni el Estado ni el mercado logran por si solos satisfacer las necesidades de la población. En este sentido, se han multiplicado las alianzas, contrataciones y otras formas de regulación y acción que implican la colaboración de diversas organizaciones públicas y privadas.

Asimismo, como señala la OMS[38], hacer posible el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere que el Estado cumpla con su rol de proteger la vida y dar bienestar a la población. En este contexto *corresponde al Ministerio de Salud, en ejercicio de su rectoría, desarrollar su liderazgo para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento y/o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud*. Así, se hace necesario superar las limitaciones institucionales de los sistemas de salud, generalmente caracterizados por la segmentación de los sistemas de cobertura y la fragmentación de los servicios. El ejercicio de rectoría de la autoridad de salud es una condición necesaria para fortalecer la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías que modelan el sector.

Dado el marco conceptual y normativo establecido por la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública en el país, antes descritos, el conjunto de actores multisectoriales que participan de la elaboración del Pesem 2024 -2030 del Sector Salud consideran prioritario abordar la construcción colaborativa de la nueva gobernanza en salud en distintas dimensiones o ámbitos de la salud, con la conducción del proceso a cargo del Ministerio de Salud en correspondencia a su rol rector.

A continuación, se desarrollan estos dos conceptos, distintos e interrelacionados, necesarios de aplicar para el logro de la salud y el bienestar de la población:

a) Rectoría en salud

El Documento Técnico "Bases conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud" aprobado por R.M. N°653-2020/MINSA, al referir la Rectoría en Salud, establece: "*Entiéndase por Rectoría en Salud a la función ineludible e indelegable del Estado, como responsable de promover, proteger y respetar la salud, la vida y el bienestar de la población, así como conducir el Sector Salud. La Rectoría en*

[33] Aportes epistemológicos para la comprensión de los conceptos de gobernabilidad y gobernanza. Brower Beltramin, Jorge. Revista Venezolana de Gerencia, vol. 20, núm. 72, octubre-diciembre, 2015, pp. 630-646.
[34] La Gobernanza: Estado, ciudadanía y renovación de lo político. Calire Launay. Política y Sociedad 2005.
[35] Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. Marc Hufty. Rev. salud pública. 12 sup (1): 39-61, 2010.
[36] Rectoría y Gobernanza en Salud Pública. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín. Revista de Salud Pública. Volumen 15 (1), Enero-Febrero 2013.
[37] World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO; 1998.
[38] Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-governance-es.html

Salud implica proteger la salud como derecho humano y bien público. La ejerce exclusivamente la Autoridad Nacional de Salud, es decir el Ministerio de Salud. Ninguna otra entidad o autoridad, organismo descentralizado, órgano desconcentrado, órgano o unidad orgánica, puede atribuirse el ejercicio de la Rectoría en materia de Salud" [39].

Por otra parte, la OPS define la rectoría en salud como el ejercicio de responsabilidades y competencias del Estado en materia de su política pública en salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, para satisfacer las necesidades de la sociedad en concordancia con el modelo de desarrollo nacional[40]. En el Perú es el Ministerio de Salud el que ejerce dicha rectoría como Autoridad Nacional de Salud (ANS) y vela por el bienestar público en materia de salud[41]. En ese sentido, la rectoría es ejercida sólo por el Ministerio de Salud (ANS) y no corresponde a los niveles subnacionales (gobierno regional o local).

La OMS propone que el ejercicio de la rectoría en salud se expresa en seis dimensiones o funciones[42]:

1. La *Conducción Sectorial:* capacidad y responsabilidad de la ASN para fijar políticas, definir *objetivos y establecer estrategias, orientar el derrotero y el desempeño sectorial, así como fijar los logros sanitarios a favor de la Salud Pública.*
2. *La Regulación y Fiscalización: capacidad y responsabilidad de la ASN para proponer, definir y establecer el marco legal y normativo, así como las políticas públicas en salud, necesarias para aplicar lo que se establece desde la Conducción Sectorial.*
3. *La Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud: capacidad y responsabilidad de organizar la oferta de salud de los diferentes prestadores que brindan atenciones para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que dé cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población.*
4. *La Garantía del Aseguramiento en Salud es la responsabilidad de la Autoridad de Salud para garantizar que la población acceda a la atención de salud que necesita, a través de un paquete de prestaciones que satisfaga las necesidades sanitarias de la población, independiente de las posibilidades económicas, sociales, geográficas o de cualquier otro tipo de barrera.*
5. *La Modulación del Financiamiento es la capacidad y responsabilidad de la Autoridad de Salud para definir las prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes.*
6. *La Medición de la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) implica la responsabilidad de la ASN para evaluar de qué manera se está cumpliendo cada una de las 11 FESP, lo cual permite valorar cuánto es el desarrollo de la Salud Pública en el país.*

Tres de las funciones de la ANS son consideradas "funciones exclusivas" cómo son la 1) Conducción Sectorial, 2) la Regulación y Fiscalización y 6) la Medición de la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública); las otras tres son "funciones compartidas" con las autoridades regionales y locales, 3) la Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud, 4) la Garantía del Aseguramiento en Salud y 5) la Modulación del Financiamiento.

En la siguiente Figura se muestra la interrelación de las funciones de la rectoría sectorial, en donde la función de Regulación tiene especial vinculación con la conducción sectorial por su rol orientador de la política nacional de salud con la finalidad de proteger la salud de la población y de lograr la equidad y universalidad en el acceso a la atención. Por otra parte, la ejecución de las FESP genera información que permite la mejora de la función de Conducción y Regulación Sectorial.

[39] Reglamento de la Ley N° 30895 Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud (Aprobado por D.S. N° 030-2020-SA), Pág. 15, Lima, Perú.
[40] Citado en https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf
[41] Citado en Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009
[42] OPS (2007). Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Ed. Especial N° 17. Washington DC, 2007. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf

Figura 11. Interrelación de las funciones de la rectoría sectorial[43].

b) Gobernanza en salud

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú País Saludable" (PNMS) aprobada mediante el Decreto Supremo N°026-2020-SA establece que: "*La gobernanza en salud es el proceso liderado por el MINSA a través del cual las instituciones de gobierno (nacional y subnacionales) y las organizaciones sociales (públicas y privadas) interactúan, se relacionan con las personas y toman decisiones para el logro de los Objetivos Prioritarios de la PNMS y los Objetivos Estratégicos Sectoriales (del Pesem)".*[44]

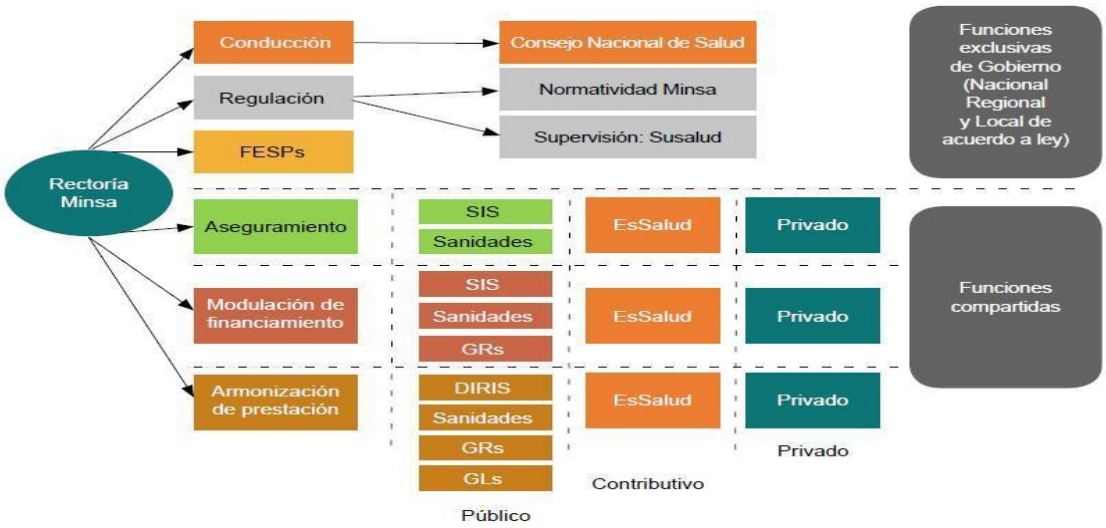
Por otra parte, la gobernanza para la OMS (2015) es el proceso a través del cual los gobiernos (incluidos sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, se relacionan con las personas y toman decisiones en un mundo complejo y globalizado. En este proceso, las instituciones, lideradas por la la Autoridad Nacional de Salud, eligen que intervenir, quiénes participan, cómo se implementa y garantiza la responsabilidad de las medidas tomadas.

En esa línea, se puede comprender cómo un proceso de dos etapas, el de la i) la toma de decisión y ii) la implementación de estas decisiones. En esa línea, el proceso de gobernanza ocurre cada vez que un grupo humano se reúne para lograr un objetivo, y se determina quién tiene la capacidad de incluir a los actores y sus posturas en los procesos de toma de decisión y rendir cuentas de la implementación de las decisiones elegidas [45]. Ese relacionamiento con los diferentes actores del sistema de salud peruano se muestra en la siguiente Figura, en donde se observan las diferentes funciones esenciales de rectoría previamente descritas y el rol establecido para cada actor dada las condiciones y capacidades de los actores. Esta configuración del sistema no es necesariamente la óptima, pero interactúa de manera dinámica caracterizando nuestro sistema hoy en día cómo dos falencias relevantes cómo son su segmentación y fragmentación, lo cual ha sido analizado por diversos expertos y fuentes[46].

La segmentación en el sistema de salud peruano es la coexistencia de varios subsistemas de salud con diferentes modalidades de financiamiento y provisión, incluyendo el sector público (Ministerio de Salud, gobiernos regionales), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, y el sector privado. De forma inicial esta estructura del sistema resulta en una falta de integración y coordinación entre los distintos componentes del sistema, lo que puede afectar la eficiencia y efectividad en la provisión de servicios de salud mediante la duplicación de esfuerzos, recursos y mala planificación de los servicios. Asimismo, la principal consecuencia de la fragmentación del sistema radica en la inequidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud ofrecidos a distintos segmentos de la población.

[43] Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. An. Fac. med. v.74 n.1 Lima ene. 2013. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000100009
[44] DS N°026-2020-SA: Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, "Perú, País saludable".
[45] OMS (2021) Guidance for Health Information System Governance
[46] Ídem.

Figura 12. Función rectoría del MINSA con los actores proveedores de servicios de salud[47].



**SIS: Seguro Integral de Salud, FESPs: Funciones esenciales de salud pública, GR: Gobiernos regionales, GL: Gobiernos locales.*
Fuente: *Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú.*

Es importante considerar estas características del sistema de salud peruano para entender los desafíos que enfrenta en términos de acceso, calidad y equidad en la atención de salud. Por ello un documento como el presente requiere de un enfoque que aborde estas cuestiones de segmentación y fragmentación para garantizar una atención de salud más equitativa y eficiente para toda la población peruana.

En esa línea es relevante observar a la gobernanza de la salud peruana en un contexto político de descentralización de la función pública adoptada bajo la octava política de Estado del Acuerdo Nacional. Este proceso político, económico y administrativo permitió que se transfiriera la gestión de los establecimientos de salud a los gobiernos regionales. Este proceso incluyó la transferencia de contratación del personal, el equipamiento y el financiamiento relacionados con la función de armonización de la ANS. La transferencia a los niveles regionales y locales tienen un rol sustantivo en la adecuación de la provisión de los servicios de acuerdo con las necesidades específicas de la población en sus respectivas jurisdicciones. Es importante comprender que la descentralización es un proceso en mejora continua y presenta limitaciones y desafíos en su proceso de implementación. Así, los niveles regionales y locales comparten con la ANS, la función de Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.

Por lo señalado es relevante comprender el contexto en el que se ha dado significado a la gobernanza en la salud peruana, proceso que responde a diferentes espacios, dimensiones y problemáticas nacionales, regionales y locales; por lo que puede entenderse cómo un fenómeno social de las formas de institucionalización de las respuestas a las demandas y necesidades de los distintos sistemas de salud y sus tomadores de decisión.

La ANS ha definido cómo propuesta de Estado la provisión de los servicios de salud en base a la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, las Redes Integradas de Salud y el Modelo de Cuidado Integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI). Por lo cual el ejercicio de gobernanza y la relación con la multiplicidad de los actores del sistema de salud (proveedores de bienes y servicios) se basa en la decisión de implementación de estas estrategias y sobre los determinantes sociales de salud[48].

[47] Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.36 no.2 Lima jun./set. 2019. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000200019&script=sci_arttext

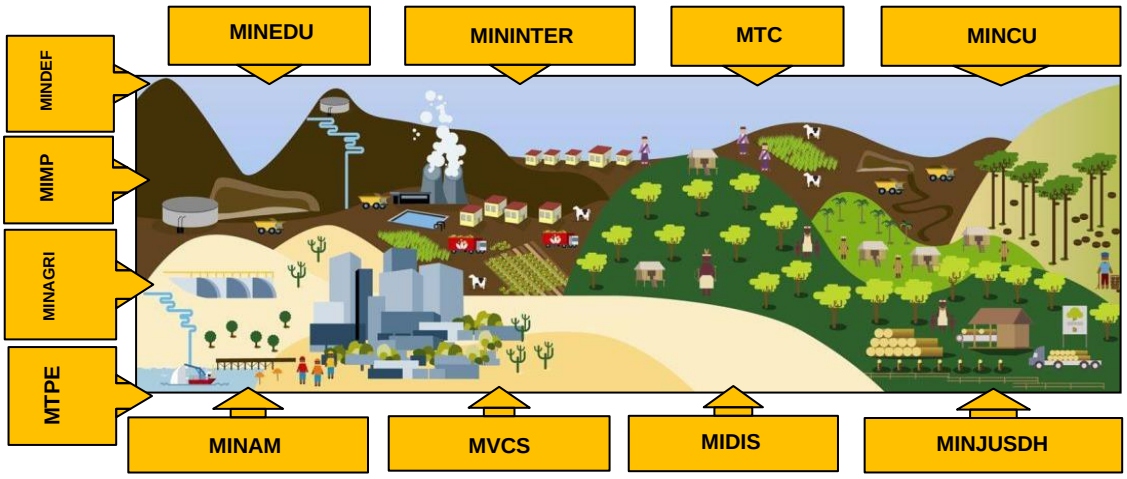
[48] En base a lo expuesto es necesario comprender la forma en la que se ha dado significado a la gobernanza en salud y que ese proceso responde a diferentes tiempos, espacios, dimensiones políticas y problemáticas tanto las globales cómo nacionales, regionales y locales. Por lo que es un proceso en el que se institucionaliza las respuestas a las demandas y necesidades de los distintos espacios del sistema de salud y sus tomadores de decisión.

Es por eso que en el Perú se ha definido cómo propuesta de Estado el relacionamiento y provisión de los servicios de salud en base a la implementación de tres componentes: 1) Aseguramiento Universal en Salud (AUS), las 2) Redes Integradas de Salud (RIS) y el 3) Modelo de Cuidado Integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI).

Sin embargo, la gobernanza desde la ANS no se limita a las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS, sino incluye a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS, así como la colaboración con aquellas entidades que tienen una injerencia directa en los determinantes sociales de la salud - DSS que son "*las circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y son causa de buena parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país*"[49].

Este proceso de abordaje se basa en la decisión de superar las inequidades en salud actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud y las variables estructurales, incluyendo la participación de instituciones como el Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Producción, Ministerio de Ambiente, Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, entre otros.

Figura 13. Intervención articulada del estado sobre las condiciones de vida de la población en el territorio



Para medir el ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud se ha construido el índice de desempeño de la rectoría en los departamentos, el cual consta de la ejecución presupuestal y de nueve indicadores de resultado de programas presupuestales de salud. A continuación, se detallan los indicadores:

Tabla 12. Índice de desempeño de la rectoría en los departamentos

	Indicadores de resultados de Programas Presupuestales de Salud
1	002. Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna
2	003. Porcentaje de niños de 6 a 35 meses de edad con anemia
3	033. Porcentaje de personas (varones y mujeres) de 50 años a más que reportan dificultades para ver.
4	035. Porcentaje de niños de 3 a 11 años que han recibido valoración de su agudeza visual efectuada en establecimiento de salud en los últimos 12 meses
5	041. Porcentaje de personas de 15 años a más que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de la salud
6	044. Personas de 15 y más años que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.
7	045. Porcentaje de personas de 15 y más años con sobrepeso
8	046. Porcentaje de personas de 15 y más años con obesidad
9	061. Porcentaje de personas con problemas o trastornos de salud mental atendidas.

[49] Reglamento de la Ley N° 30895 Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud (Aprobado por D.S. N° 030-2020-SA), Pág. 15, Lima, Perú.

El índice de desempeño de la rectoría en los departamentos busca medir el avance agregado de los nueve indicadores antes mostrados con relación al monto de presupuesto ejecutado en los programas presupuestales relacionados a dichos indicadores. Para ello, consolida el avance por cada departamento y por cada indicador de manera individual para generar un índice consolidado de forma nacional. Para su construcción se han tomado dos factores ponderados, uno relacionado a la cantidad de población[50] que existe en cada departamento y un segundo factor ponderado relacionado a la cantidad del presupuesto a nivel de PIM del 2022[51] dentro de dichos programas presupuestales.

Para estandarizar la direccionalidad del indicador se ha establecido que pueda medirse de forma positiva por lo que todos los indicadores que planteen una medición desde la parte negativa del objetivo han sido invertidos, mediante la formula (100- $V.ind00x$)

Como puede observarse en la Tabla, la composición del índice presenta la contribución de cada uno de los departamentos sin contar Lima Metropolitana, de acuerdo con el método de cálculo antes mostrado. Cabe mencionar que no se puede aplicar una mirada diferencial entre departamentos porque éstos han sido analizados con factor ponderado de población, pero sí se puede hacer un análisis horizontal donde se puede ver la variabilidad en cada uno de los departamentos de manera individual.

Tabla 13. Índice de desempeño de la rectoría en los departamentos

Año	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indice	53.20	52.20	51.74	55.09	55.23	54.31
AMAZONAS	1.06	1.01	1.05	1.14	1.11	1.07
ANCASH	2.80	2.93	2.75	3.12	3.22	2.88
APURIMAC	1.10	1.05	1.05	1.17	1.15	1.14
AREQUIPA	3.33	3.78	3.39	3.66	3.57	3.79
AYACUCHO	1.65	1.64	1.64	1.66	1.66	1.61
CAJAMARCA	3.98	3.56	3.99	4.00	4.05	3.84
CALLAO	2.18	2.43	2.40	2.73	2.54	2.52
CUSCO	3.28	3.12	3.06	2.96	3.22	3.16
HUANCAVELICA	0.99	0.88	0.93	0.95	0.97	0.95
HUANUCO	1.92	1.91	1.96	2.06	2.01	2.03
ICA	1.79	1.80	1.60	1.97	1.97	1.96
JUNIN	3.15	3.20	3.06	3.50	3.52	3.30
LA LIBERTAD	4.96	4.55	4.55	5.19	4.95	4.63
LAMBAYEQUE	3.06	3.04	2.74	3.14	3.06	3.21
LIMA REGION	2.29	2.31	2.18	2.40	2.40	2.49
LORETO	2.37	2.15	2.45	2.43	2.41	2.41
MADRE DE DIOS	0.30	0.27	0.35	0.33	0.37	0.34
MOQUEGUA	0.44	0.41	0.45	0.46	0.50	0.48
PASCO	0.70	0.60	0.57	0.70	0.70	0.69
PIURA	4.65	4.43	4.52	4.30	4.26	4.54
PUNO	2.69	2.72	2.48	2.49	2.78	2.67
SAN MARTIN	2.05	1.87	1.90	2.07	2.13	2.00
TACNA	0.82	0.86	0.92	0.87	0.94	0.86
TUMBES	0.41	0.44	0.46	0.48	0.49	0.50
UCAYALI	1.26	1.21	1.27	1.32	1.27	1.22

Fuente: Elaboración propia con los datos de los indicadores de los PpR.

El índice de desempeño de la rectoría en departamentos muestra el trabajo que realiza el Ministerio de Salud conjuntamente con las DIRESA y GERESA en la implementación de dichos programas presupuestales y refleja el enfoque territorial de la implementación en cada uno de los departamentos tomando en cuenta los modelos operacionales propuestos en los programas presupuestales. Por ello, el objetivo es que dicho índice tenga un comportamiento ascendente para lo cual el acompañamiento del Ministerio de Salud buscará generar el trabajo articulado en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud y otros documentos rectores.

[50] https://systems.inei.gob.pe/SIRTOD/app/consulta,

[51] Para medir el presente índice se ha utilizado 2 factores ponderados, uno relacionado a la cantidad de habitantes en cada departamento (FP.Pob) y un segundo factor ponderado en función del presupuesto asignado en el último año de medición(FP.PpR)

En el año 2021 este índice tiene una medición de 54.31 habiendo caído 0.9 puntos desde el año anterior debido a los efectos de la pandemia y la dedicación que al control de dicha pandemia tuvo todo el sistema de salud. Si bien, en el año 2021 el valor del índice está por encima de la media, aún existe una brecha muy amplia de 45. 69 por cubrir en los próximos años respondiendo a la dinámica de las brechas asociadas a los procesos relacionados a los programas presupuestales.

Los cálculos muestran que 10 departamentos han presentado una reducción en su medición entre el año 2017 y el año 2022[52], mientras que el departamento de Arequipa, la región Lima y la provincia constitucional del Callao son los territorios que han presentado mayor crecimiento en dicho índice.

Un indicador complementario al índice de desempeño de la rectoría en regiones es el porcentaje de IPRESS organizadas en Redes de Integridad de salud según su jurisdicción, que permite evaluar el cumplimiento de compromisos de los gestores del Sistema de Salud relacionado a la implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS) [53], dentro de su ámbito territorial; cuya finalidad es contribuir al fortalecimiento e integración del Sistema Nacional de Salud para asegurar la articulación, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud centrado en la persona, familia y comunidad, brindando servicios de salud accesibles, equitativos, eficientes, continuos y de calidad, mediante su implementación, basadas en los atributos de la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Una RIS está integrada por un conjunto de establecimientos de salud (E.S) de I, II y III Nivel de Atención de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (S.M.A.) públicos a la que se integran E.S. y S.M.A. de otros prestadores de salud privados y mixtos, además de personas naturales que realizan actividades vinculadas a la salud, estos últimos en forma progresiva. Asimismo, la RIS también incluye la integración de diferentes órganos de gobierno local, dependencias de los diferentes sectores del Poder Ejecutivo, organizaciones sociales y otras instituciones que realizan actividades vinculadas a la salud, y actúan a nivel del ámbito territorial de una RIS.

Asimismo, la provisión de prestaciones de salud en la RIS debe alinearse con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes de Aseguramiento Específicos según la IAFAS pública, privada o mixta y Planes Complementarios, según corresponda la cobertura de las IAFAS públicas, privadas o mixtas. En las RIS también se abordan los Determinantes Sociales de Salud (DSS) intermedios y estructurales de manera coordinada y articulada entre todas las organizaciones que la integran, a través de la instancia de gobernanza de la RIS e intervenciones de salud individual y de salud pública; y se enmarca dentro de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".

Al respecto, la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios (DIPOS) viene conduciendo el proceso de implementación de RIS, en aplicación de la Ley N° 30885 y su Reglamento, por lo que se viene ejecutando lo programado en el Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud – PNIRIS[54]. El proceso de implementación de las RIS se caracteriza por ser progresivo, planificado, sistemático y sostenible[55], de esta manera el proceso se ha diseñado en tres Etapas, según se describe en la siguiente figura.

Es preciso señalar que, la sucesión de las Etapas no es siempre una a continuación de otra. Respecto a la Etapa 0, se va desplegando paralelamente a las Etapas 1, 2 y 3. Estas últimas etapas son personalizadas para cada RIS y son correlativas, a excepción de la Etapa 3 que puede iniciarse culminada la Fase 1 “Desarrollo inicial de las RIS” de la Etapa 2.

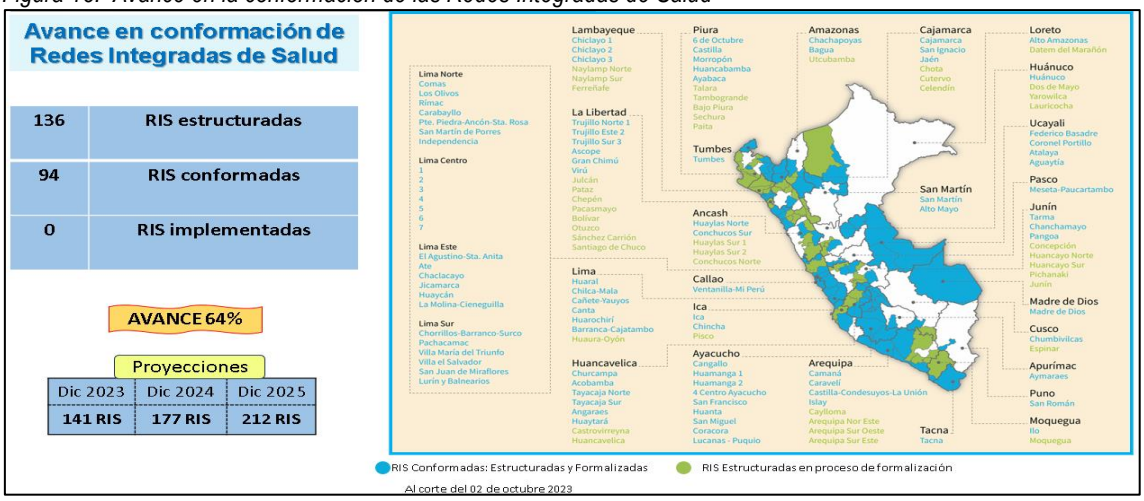
[52] Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, La Libertad, Pasco, Piura, Puno, San Martin y Ucayali.
[53] Conjunto de organizaciones que prestan, o hacen arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve
[54] Resolución Ministerial N° 969-2021[Ministerio de Salud]. Aprobar el Documento Técnico: "Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud".29 de julio de 2021.
[55] El proceso de implementación de las RIS en el País se caracteriza por ser: 1) Progresivo (que se realizará gradualmente), 2) Planificado (que se realizará siguiendo un plan). 3) Sistemático (que se realiza ordenadamente, siguiendo un método). 4) Sostenible (para que las RIS que se implementen gradualmente se mantengan en el tiempo con soporte financiero).

Figura 14. Etapas y Fases del proceso de implementación de las RIS

Fuente: Política Nacional Multisectorial de Salud.

A la actualidad, se tiene información sobre el avance de la conformación de las RIS a nivel nacional como se muestra a continuación:

Figura 15. Avance en la conformación de las Redes Integradas de Salud



Fuente: Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional - MINSA.

Se debe tener en cuenta que, a nivel nacional al 2025, se ha propuesto estructurar 212 Redes Integradas de Salud (RIS) que permitirán cambiar la organización de los servicios de salud del país. Es así que, para el 2023 se cuenta con 136 RIS estructuradas, 33 en Lima Metropolitana y 103 en Regiones, que representa el 64% del total de RIS estimadas a nivel nacional, con una población total beneficiada de 19 636 662.

De lo señalado, los dos indicadores seleccionados que guardan relación con esta variable, tuvieron el siguiente comportamiento.

Tabla 14. Comportamiento de los indicadores – V3. Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud.

Indicador	Comportamiento					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Índice de desempeño de la rectoría en los departamentos	53.20	52.20	51.74	55.09	55.23	54.31
Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes de Integridad de salud según cada jurisdicción	--	--	--	29.7%*	36.3%**	52%

*Se toma en consideración la línea de base a marzo del 2020, estipulado en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
**A julio del 2021, se dispone de información parcial, debido a las restricciones de la Pandemia COVID-19.

Asimismo, se identificó las brechas correspondientes a cada uno de los indicadores seleccionados para esta variable, como se muestra a continuación:

Tabla 15. Identificación de brecha de indicadores – V3. Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud.

Indicador	Valor actual	Valor de referencia	Brecha
Índice de desempeño de la rectoría en las regiones	54.31 (2021)	100	45.69
Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes de Integridad de salud según cada jurisdicción	64% (2023)	100%	36%

Por otro lado, se identificaron factores relacionados a la variable "Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud", que se describen a continuación:

Calidad regulatoria en el sistema de salud: El ciclo de la calidad regulatoria se refiere a un enfoque sistemático para la mejora continua de la regulación en el sistema de salud que garantice que las políticas y disposiciones normativas respondan a las necesidades, la seguridad de los pacientes y la eficiencia en la prestación de la atención. Implica la identificación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas y de la normativa[56].

Protección y restitución del derecho a la salud de las personas: El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, tratamientos y experimentos médicos no consensuados).

Además, los derechos en salud son un conjunto de principios y normas que promueven el acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y el consentimiento informado[57]. Los derechos humanos relacionados con la salud son: Derecho al acceso a los servicios de salud: tienes derecho a recibir atención médica adecuada y oportuna, así como atención por emergencia sin exigirte antes documento o pago alguno; Derecho al acceso a la información: tienes derecho a recibir información clara y comprensible sobre los servicios, traslados, reglamentos del hospital y a conocer el nombre del médico y personal que te atiende; Derecho a la atención y recuperación en salud: tienes derecho a ser atendido con respeto, sin discriminación y bajo un tratamiento adecuado para tu enfermedad; Derecho al consentimiento informado: tienes derecho a ser informado para aceptar o no, pruebas o intervenciones riesgosas, salvo en caso de emergencia; y la Protección a los derechos en salud: tienes derecho a ser escuchado y recibir respuesta a tu queja o reclamo, y a tener acceso a tu historia clínica.

Participación efectiva en las políticas y planes en salud: Este factor presenta dos aspectos complementarios: el primero relacionado al derecho de las personas y organizaciones de la sociedad de participar en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, los planes y los programas que tiene como objetivo resolver los problemas y atender las necesidades relacionadas a su salud que se corresponde con un enfoque inclusivo que garantice la representación de diversas perspectivas y promueva la toma de decisiones informada y transparente[58] y en segundo término entendiendo la participación efectiva como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen individual y/o colectivamente a asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y actuar en las soluciones.

Por otra parte, durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, y el paciente asume un nuevo rol, como agente activo, gestor y generador de su salud, y el paradigma de la atención centrada en el paciente. La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias. El aumento de la esperanza

[56] Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía de Buenas Prácticas Regulatorias para la Región de las Américas
[57] Organización Mundial de la Salud. (2017). Promoción y protección de los derechos humanos: Implicaciones para la política y la legislación en salud
[58] World Health Organization. (2016). Health in All Policies: Framework for Country Action.

de vida y la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas, que suponen ya un 80% de las consultas de atención primaria, son factores fundamentales del cambio de papel en los pacientes.

El lugar que ocupaban tradicionalmente la consulta y el profesional sanitario ante cualquier síntoma o signo de alarma, lo comienza a tener hoy, el autocuidado y otros recursos de información y formación sanitaria al alcance de los pacientes y la ciudadanía. El acceso a Internet se constituye como fuente de información sanitaria dirigida a pacientes y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. La consideración de que los pacientes pueden ser expertos en su propia enfermedad posibilita una opción de participación real en salud, y de esta manera se acepta que adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud, como ocurre en la toma de decisiones compartida, así como formando parte de iniciativas y de evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios[59].

Descentralización territorial de la salud: La descentralización territorial de la salud se refiere a la transferencia de autoridad, responsabilidad y recursos desde el nivel central hacia las autoridades y servicios de salud a nivel regional o local. La efectividad de este proceso se evalúa mediante el grado en que se logran los objetivos de descentralización, como son una mayor participación comunitaria, una gestión más cercana a las necesidades locales y una mejora en la equidad y calidad de la atención[60].

Disponibilidad de bienes y servicios estratégicos en salud pública: La disponibilidad de bienes y servicios estratégicos en salud pública se refiere al acceso oportuno y adecuado a los recursos necesarios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la salud y control de enfermedades a nivel poblacional. Esto incluye medicamentos esenciales, vacunas, equipos de diagnóstico, insumos médicos, servicios de laboratorio, sistemas de información sanitaria, infraestructura sanitaria y todo elemento necesario para la prestación de servicios de salud de calidad. Garantizar la disponibilidad de estos bienes y servicios es fundamental para el funcionamiento efectivo y eficiente de los sistemas de salud y la protección de la salud pública[61].

Transparencia y rendición de cuentas dentro del sistema de salud: Este factor se refiere al grado de cumplimiento de los principios de transparencia y rendición de cuentas en el sistema de salud. Implica que se establezcan mecanismos claros y efectivos para la divulgación de información, para facilitar la participación ciudadana y dar cuenta de la responsabilidad de los actores del sistema de salud en la toma de decisiones, la gestión de recursos y sobre los resultados obtenidos[62].

Meritocracia: Entendiéndose como el proceso de asignación de cargos públicos donde prevalecen los méritos de los candidatos y no factores externos como la influencia o los contactos y que organiza el sistema de gobierno en el cual el poder lo ejercen las personas que están más capacitadas según sus méritos. En este contexto, el segmento directivo tiene una relevancia estratégica ya que tiene a su cargo funciones ejecutivas indispensables para el diseño y la implementación de las políticas públicas, y funciona como mecanismo articulador entre los políticos electos y la administración pública[63].

La adopción de sistemas de alta dirección pública constituye uno de los principales ejes a partir del cual los países del mundo desarrollado buscan fortalecer el sistema de servicio civil, bajo la premisa de que los procesos de cambio y/o mejoramiento organizacional y la implementación consistente de las decisiones políticas requieren de un cuerpo directivo altamente calificado.

RHUS competentes y comprometidos con los OES: Esta variable se refiere a la disponibilidad de Recursos Humanos en Salud (RHUS) en el país, que cuentan con la capacitación y competencias necesarias para contribuir a los Objetivos Estratégicos de Salud (OES). Implica que los profesionales de la salud posean el

[59] Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Ainhoa Ruiz-Azarola, Lilisbeth Perestelo-Pérez. Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1.páginas 158-161 (Marzo 2012).
[60] Organización Mundial de la Salud. (2015). Descentralización en salud: teoría y práctica
[61] Organización Mundial de la Salud. (2019). Medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias: Lista de medicamentos esenciales - 22da edición.
[62] Organización Mundial de la Salud. (2013). Transparencia, rendición de cuentas e integridad en la gestión de la atención de salud y los sistemas de salud: Marco conceptual y revisión sistemática de la literatura.
[63] Profesionalización de la dirección pública. Presentación de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Junio 2023.

conocimiento, habilidades y actitudes requeridas para realizar su trabajo de manera efectiva y brindar una atención de calidad[64] en consonancia con los enfoques, los modelos y las estrategias establecidas en la política nacional de salud y los documentos normativos establecidos por la Autoridad nacional de salud (MINSA).

Adaptación y mitigación ante los efectos del cambio climático en salud: El nivel de adaptación y mitigación ante los efectos del cambio climático en salud se refiere a las acciones y estrategias implementadas para reducir la vulnerabilidad de las poblaciones y los sistemas de salud frente a los impactos del cambio climático, así como para mitigar los efectos adversos en la salud. Esto implica fortalecer la capacidad de respuesta y adaptación del sistema de salud, implementar medidas de prevención y control de enfermedades relacionadas con el clima, promover la salud ambiental y fomentar la sostenibilidad y resiliencia del sistema de salud[65].

Respuesta ante epidemias, pandemias, otros EVISAP, emergencias y desastres: Este factor se refiere a la capacidad del sistema de salud para prepararse, detectar, controlar y responder de manera efectiva ante situaciones de emergencia como epidemias, pandemias, eventos de importancia para la salud pública (EVISAP) y desastres naturales. Implica contar con sistemas de vigilancia epidemiológica robustos, capacidad de diagnóstico temprano, coordinación intersectorial, movilización de recursos, planificación y respuesta rápida y efectiva para proteger la salud de la población y minimizar el impacto de estas situaciones[66].

Para la preparación de las respuesta a estas epidemias y pandemias, se cuenta con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que tiene como objetivo proteger a la población mundial alentando a todos los países a crear y mantener a nivel local, regional y nacional, capacidades básicas mínimas para la vigilancia y la respuesta, con el propósito de detectar, evaluar, notificar y responder a cualquier posible Emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), así como el intercambio oportuno de información sobre eventos que pueden afectar la salud pública en muchos países.

Respecto a la implementación de las capacidades básicas cabe precisar que, el país viene informando desde el 2012, de manera anual a la OPS/OMS, mediante el informe de la autoevaluación de las capacidades básicas; sin embargo, teniendo en cuenta que la herramienta ha tenido mejoras y modificaciones, las puntuaciones no son comparables a lo largo de los últimos 6 años. En la última evaluación, el Perú tiene la puntuación más baja de toda su historia (39,0%), que lo sitúa en el antepenúltimo lugar en capacidades de salud dentro de la región de las Américas, teniendo en cuenta que el promedio de la región es de 67% y a nivel global de 64%.

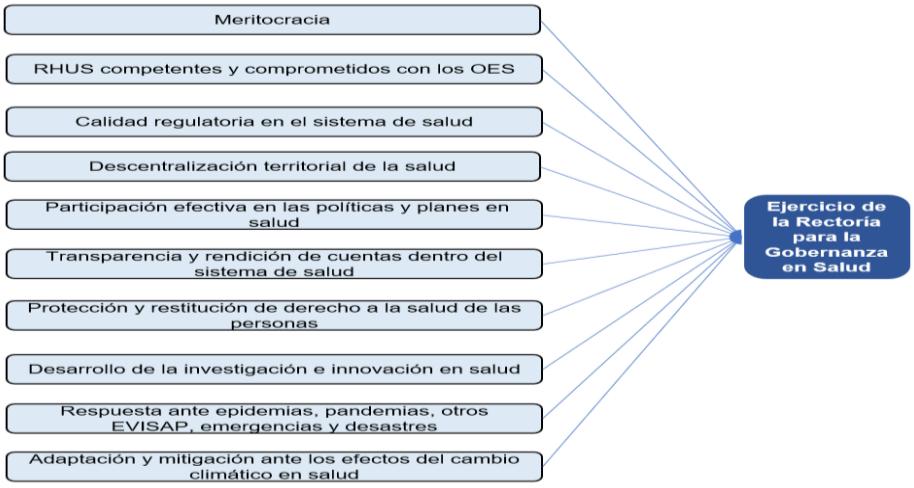
Las principales limitaciones para la implementación de las capacidades básicas son la ausencia de un marco jurídico nacional que incluya a todos los sectores pertinentes y a los Gobiernos Regionales para apoyar y facilitar la aplicación efectiva y eficaz de todas las obligaciones en virtud del RSI, la carencia de financiamiento para desarrollar las capacidades requeridas en el RSI a través del proceso presupuestario nacional, la falta de articulación e inclusión de acciones estratégicas específicas para el mejoramiento de las capacidades básicas establecidas en el RSI. Además, hasta la actualidad el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades solo opera como un medio para las comunicaciones con la OMS y otros Estados Partes, careciendo de una organización, posicionamiento y equipamiento con niveles adecuados de autoridad, canales de comunicación eficientes, así como recursos administrativos, humanos, tecnológicos y financieros, para trabajar de manera significativa con todos los sectores pertinentes y llevar a cabo la función establecida en las disposiciones del RSI.

Desarrollo de la investigación e innovación en salud: El fomento del desarrollo de investigaciones e innovaciones en salud implica promover la generación de conocimiento científico, la investigación aplicada, el desarrollo de nuevas tecnologías y enfoques terapéuticos, así como la implementación de intervenciones

[64] Organización Mundial de la Salud. (2019). Fortalecimiento de la formación de recursos humanos para la salud: plan estratégico 2018-2023
[65] Organización Mundial de la Salud. (2018). Cambio climático y salud: Nota descriptiva.
[66] Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).

innovadoras en el campo de la salud. Esto contribuye al avance de la ciencia, la mejora de la atención médica y la prevención de las enfermedades[67].

Figura 16. Identificación de factores – V3. Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud



Por otro lado, se identificaron los actores relacionados con la variable prioritaria "Ejercicio de la rectoría para la gobernanza de la salud", siendo los principales:

Tabla 16. Identificación de actores - V3. Ejercicio de la rectoría para la gobernanza de la salud

Actores que influyen	Variable prioritaria	Actores influenciados
PCM MEF MIDAGRI MINAM MINCUL MIDIS MINEDU MIMP MVCS MTC MTPE y EsSalud MINDEF y Sanidades MININTER y Sanidades MINJUSDH Congreso de la República UGIPRESS MINSA IPRESS públicas y privadas IAFAS Agentes Comunitarios Academia Colegios Profesionales GORES GOLOS Medios de comunicación	***Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud***	IAFAS IPRESS públicas y privadas UGIPRESS DIRESA/GERESA/DIRIS Población en general

[67] Organización Mundial de la Salud. (2021). Estrategia de la OMS sobre investigación y desarrollo en salud.

2.2. Imagen actual del Sector Salud

En base al análisis realizado en el desarrollo de la Fase 1: Conocimiento de la realidad, se describe la imagen actual del Sector Salud:

.

La evaluación del estado de salud de las personas se ha basado tradicionalmente en el uso de indicadores de mortalidad y de morbilidad; sin embargo, las limitaciones de estos indicadores en la medición de los fenómenos salud-enfermedad, así como la focalización en sólo uno de los aspectos, la enfermedad, han determinado la necesidad de desarrollar indicadores para medir otros aspectos del estado de salud, como el estado funcional y la calidad de la vida.

Los estudios de carga de enfermedad estiman las principales enfermedades y eventos que causan muerte prematura (AVP) y discapacidad (AVD) en una población determinada. La sumatoria de ambos componentes permite la estimación de un indicador compuesto definido como los años de vida saludable perdidos (AVISA).

En el Perú hasta antes del 2006, la determinación de prioridades de salud estuvo enfocada desde una perspectiva de la magnitud de mortalidad y morbilidad, sin considerar el grado de discapacidad que producen las enfermedades. La razón fundamental de ello fue porque la oferta del estado se focaliza en la población infantil y materno, en donde principalmente prevalecían las enfermedades infecciosas y transmisibles.

En el año 2019 los años de vida saludable perdidos por cada 100 000 habitantes fue de 22 085.03, si nos comparamos con otros países desarrollados como Qatar donde los años de vida saludable perdidos es de 15 705.90 podemos notar una brecha de 6 379.13 respecto a dicho punto de referencia.

Asimismo, estableciendo comparaciones entre países con contextos sociodemográficos similares, utilizando el Índice Sociodemográfico (ISD) como métrica para esta comparación Según las estimaciones del IHME, el Perú presentó como primera causa de AVISA a los desórdenes neonatales, siendo esta situación similar en Brasil, y Surinam. Sin embargo, llama la atención que Perú tuvo como segunda causa de carga de enfermedad a las infecciones respiratorias bajas, situación que no se ha observado en ningún otro país con ISD medio. De hecho, todos los países considerados en este grupo tienen a esta enfermedad por encima de la posición número 6 en su ranking de carga de enfermedad, como Granada, y otros países en posiciones más lejanas como la número 14, en el caso de Colombia.

La mayor parte de la carga de enfermedad y las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente. En ese sentido, para la identificación de factores relacionados a la variable “Estado de salud de las personas”, se tomó en consideración el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS , El estado de salud de las personas sanas y de las personas que presentan condiciones de vulnerabilidad se basa en los factores biológicos, como la edad, el sexo, factores genéticos, entre otros; dicha predisposición genética o hereditaria está relacionada a un riesgo de padecer determinadas enfermedades, afectando la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas.

Además, el comportamiento de las personas, se asocia a los factores conductuales, relacionados con los estilos de vida, saludables o no, los hábitos que repercuten en la salud, como el sedentarismo y el consumo de tabaco, alcohol, drogas u otras adicciones; así como a los factores psicosociales, relacionados a condiciones de tensión, de vida y relaciones estresantes, así como el acceso al apoyo y redes sociales; que son parte de los determinantes intermedios.

Sobre el nivel de vulnerabilidad de la población ante epidemias, pandemias, otros EVISAP, emergencias y desastres, también se relaciona con los determinantes intermedios: cambio climático, calidad ambiental (aire, agua y suelo) y el entorno de la población principalmente, que presenta condiciones climatológicas que favorecen la aparición y propagación de vectores que incrementen el riesgo de enfermedades

metaxénicas (dengue y malaria) y zoonosis (peste), y que incluso genera efectos negativos de ocurrencia de fenómenos naturales (Fenómeno del Niño, friajes, entre otros) que producen daños materiales y a la salud de las poblaciones vulnerables.

Tomando en cuenta que el problema público de la Salud de las personas es multisectorial es necesario articularse con diversos actores fuera del Sector entre ellos la Presidencia del Consejo de Ministros, el ente rector del Poder Ejecutivo en Perú y se encarga de coordinar y supervisar las políticas y acciones de los diferentes ministerios. Contribuye en la articulación de los distintos sectores involucrados en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego - Es el responsable de formular y ejecutar la política nacional en materia de desarrollo agrario, riego, seguridad alimentaria, desarrollo rural y gestión de los recursos naturales en el sector agropecuario. Contribuye con la adquisición de las materias primas, producción y/o elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos para asegurar que una vez ingeridos no representen un riesgo apreciable para la salud, especialmente, las enfermedades transmitidas por alimentos, siendo las más comunes las diarreas, hepatitis B, tifoidea, Fiebre de Malta, etc., cuya causa directa son los alimentos contaminados, el Ministerio del Ambiente - Es el encargado de formular y supervisar la política nacional en materia de medio ambiente, recursos naturales y cambio climático, promoviendo el desarrollo sostenible y la conservación del patrimonio natural.

Contribuye en el control integrado de la contaminación, la calidad del agua, del aire y los residuos sólidos, sustancias químicas y materiales peligrosos y la calidad de vida en ambientes urbanos, previniendo y mitigando los efectos contaminantes del agua (intoxicación por metales pesados), del aire (enfermedades respiratorias y pulmonares crónicas) y los residuos sólidos (enfermedades diarreicas, metaxénicas y zoonosis) sobre la salud de las personas. Asimismo, se relaciona con las mejoras de las condiciones ambientales, reduciendo y controlando brotes posteriores a los desastres naturales (brote por cólera y otras enfermedades diarreicas, metaxénicas y zoonosis, entre otras).

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, las IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) las Unidades de Gestión de IPRESS, las DIRESA/GERESA/DIRIS entre otros.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud manifiesta que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso a servicios integrales de salud de acuerdo con las necesidades, sin exponer a los usuarios a dificultades, enfatizando a los grupos más vulnerables.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren que se definan e implementen políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

Alrededor del 29% de las personas en los países de las Américas reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas, ej. largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas. Las barreras financieras representaron el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos. Se destaca que el 8% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena). Las personas en quintil de más pobreza fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos.

Al 2021 aproximadamente el 40% de la población presenta una enfermedad crónica y el 22% se asocia además de la enfermedad crónica otro daño asociado. (ENAHO I trimestre 2022). Así también se muestra que de estas personas con enfermedad crónica el 41% residen en área urbana frente al 34% que residen en el área rural. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del 2022; entre los años 2019 al 2022, a nivel nacional y al I Trimestre, evidencia que en el 2022 el 31% y em el 2019 el 37% personas con enfermedad crónica accedieron a una atención en salud y existen, en el año 2022 un 69% de la población que no ha podido acceder.

En el Perú la política de aseguramiento universal en el Sector Salud para mejorar el acceso y proveer protección financiera a su población ha alcanzado una cobertura poblacional por encima del 99%. El eje central de su política es la expansión del aseguramiento a través del seguro público, Seguro Integral de Salud (SIS), focalizado principalmente a la población pobre y vulnerable pero no necesariamente sólo a ella. A pesar de la expansión del aseguramiento en los últimos años persiste un alto nivel de financiamiento a través del gasto de bolsillo en salud de los hogares, que se traduce un riesgo financiero.

Por otro lado, el análisis del comportamiento del gasto de bolsillo en salud, en especial de los grupos no pobres, identificando los determinantes que llevan a que estos hogares prefieran el gasto de bolsillo al aseguramiento e identificar aquellos aspectos de las recientes reformas que no generan la respuesta positiva de la población hacia un mayor aseguramiento. Los hallazgos del análisis muestran que la afiliación al SIS contribuyó a disminuir la inequidad en el acceso a salud y el porcentaje de pobres con cobertura se incrementó, así como la protección a grupos vulnerables. En el proceso fueron experimentando una menor protección financiera al incrementarse su gasto de bolsillo en salud. Existe una tendencia de la población asegurada al SIS a permanecer en éste incluso entre los que salen de pobreza. Cuando los hogares no pobres no tienen seguro, estos no perciben opciones para su aseguramiento, y pocos entran a la seguridad social y aún menos compran seguros privados. La seguridad social no ha sido activa en la política de aseguramiento, mostrando una escasa capacidad para absorber a la PEA con nuevos planes de salud y propuestas integrales de protección social.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realiza un análisis sobre la información de la base de datos del Global Health Expenditure Database (GHED), muestra que el gasto corriente promedio en salud es del 7,8% con respecto al PBI (Perú: 5,2%), además el gasto público promedio en salud es del 4,5% con respecto al PBI (Perú: 3,3%). Al comparar los países de América del Sur, se puede apreciar que el valor del gasto corriente per cápita del Perú es de 712 dólares PPP y lo ubica en el grupo de países más bajos. Cabe señalar que el promedio de los países de la OECD asciende a 4068 dólares PPP.

Para el año 2021, el gasto directo de bolsillo en salud (GBS) fue de S/. 14,709 millones de soles registrando un incremento del 43% respecto al nivel alcanzado el año 2020 y 30% (S/. 3,413 millones de soles) respecto al 2019 (prepandemia). El gasto de bolsillo desde 2016 presentó una tasa de crecimiento promedio anual de 7%, obteniendo la mayor tasa en 2021, por los gastos adicionales que tuvieron que enfrentar las familias ante el COVID-19, a pesar de que la cobertura de aseguramiento en salud se universalizó con el Decreto de Urgencia N°046-2021.

Tomando en cuenta el valor actual de 28.3% y comparándolo el umbral de 20%, de su gasto disponible podemos plantear que en el Perú aún tenemos una brecha de 8.3% para llegar a dicho umbral.

El Sistema Nacional de Salud está organizado en Redes Integradas de Salud, fortaleciendo a atención primaria de la salud, ofertando una atención acorde a las necesidades de la población, basado en el cuidado integral de salud centrado en la persona, familia y comunidad, brindando servicios de salud accesibles, equitativos, eficientes, continuos y de calidad, basadas en los atributos de la Atención Primaria de Salud y su fortalecimiento. La población dispone de un seguro de salud que le permite acceder al servicio de salud que ofrece prestaciones preventivas promocionales, recuperativas y de rehabilitación sobre la base de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y bajo características óptimas de seguridad, oportunidad, continuidad, satisfacción y protección como pilares principales de la calidad de la atención en salud.

Los actores más relevantes que contribuido con la dinámica del acceso a la salud de las personas son en Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Educación, el Formador de Recursos Humanos del subsector en el Fuero Militar Policial, los Colegios Profesionales, además de Universidades públicas y/o privadas, MININTER y DIRSAPOL, MINDEF y Sanidad, IPRESS, DIRESA/GERESA/DIRIS, DIRESA, GERESA, IAFAS, UGIPRESS.

Asimismo, tomando en consideración la definición de la gobernanza en los sistemas de salud como "La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles". Asimismo, como señala la OMS, hacer posible el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere que el Estado cumpla con su rol de proteger la vida y dar bienestar a la población. En este contexto corresponde al Ministerio de Salud, en ejercicio de su rectoría, desarrollar su liderazgo para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento y/o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. Así, se hace necesario superar las limitaciones institucionales de los sistemas de salud, generalmente caracterizados por la segmentación de los sistemas de cobertura y la fragmentación de los servicios.

El ejercicio de rectoría de la autoridad de salud es una condición necesaria para fortalecer la gobernanza del modelo de financiamiento, los servicios de salud, los recursos humanos, los medicamentos y las tecnologías que modelan el sector. La Rectoría en Salud implica proteger la salud como derecho humano y bien público. La ejerce exclusivamente la Autoridad Nacional de Salud, es decir el Ministerio de Salud. Ninguna otra entidad o autoridad, organismo descentralizado, órgano desconcentrado, órgano o unidad orgánica, puede atribuirse el ejercicio de la Rectoría en materia de Salud".

Para medir el ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud se ha construido el índice de desempeño de la rectoría en los departamentos, el cual consta de la ejecución presupuestal y de nueve indicadores de resultado de programas presupuestales de salud. Los cálculos muestran que 10 departamentos han presentado una reducción en su medición entre el año 2017 y el año 2022, mientras que el departamento de Arequipa, la región Lima y la provincia constitucional del Callao son los territorios que han presentado mayor crecimiento en dicho índice.

El índice de desempeño de la rectoría en departamentos muestra el trabajo que realiza el Ministerio de Salud conjuntamente con las DIRESA y GERESA en la implementación de dichos programas presupuestales y refleja el enfoque territorial de la implementación en cada uno de los departamentos tomando en cuenta los modelos operacionales propuestos en los programas presupuestales. Por ello, el objetivo es que dicho índice tenga un comportamiento ascendente para lo cual el acompañamiento del Ministerio de Salud buscará generar el trabajo articulado en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud y otros documentos rectores.

Dicho índice presenta un valor de 54.31 en el año 2021 por lo que aun mantendría una brecha de 45.69 puntos para llegar al ideal, dicha brecha representa el desarrollo de las metas faltantes en los 9 indicadores analizados.

Asimismo, sobre el indicador complementario sobre el porcentaje de IPRESS organizadas en Redes de Integridad de salud según su jurisdicción, que permite evaluar el cumplimiento de compromisos de los gestores del Sistema Nacional de Salud relacionado a la implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS), dentro de su ámbito territorial, se cuenta con una brecha de 36% por cubrir para mejorar la organización del Sistema Nacional de Salud.

Los factores que inciden en la dinámica de la Rectoría para la Gobernanza en Salud son : la meritocracia, el nivel de disponibilidad de RHUS competentes y comprometidos con los OES, el nivel de implementación del ciclo de la calidad regulatoria en el sistema de salud, la efectividad de la descentralización territorial de la salud, el nivel de participación efectiva en las políticas y planes en salud, el nivel de cumplimiento de la

transparencia y rendición de cuentas dentro del sistema de salud, la protección y restitución del derecho a la salud de las personas.

Desarrollo de la investigación e innovación en salud, la disponibilidad de bienes y servicios estratégicos en salud pública, el nivel de respuesta ante epidemias, pandemias, otros EVISAP, emergencias y desastres y el nivel de adaptación y mitigación ante los efectos del cambio climático en salud.

Los actores más relevantes que inciden en la dinámica de la rectoría para la gobernanza en Salud son: la Presidencia del Consejo de Ministros. , el Ministerio de Economía y Finanzas , el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, el Ministerio del Ambiente, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MINEDU, MIMP, MVCS, MTC, MTPE, MINDEF, MININTER y Sanidades, MINJUSDH, UGIPRESS MINSA, IPRESS públicos y privados, IAFAS, Agentes Comunitarios, Academia, Colegios Profesionales, GORES, GOLOS, entre otros.

3. FASE 2: FUTURO DESEADO

Este capítulo muestra de manera resumida las medidas resultantes del análisis de tendencias, riesgos, oportunidades, escenarios relacionados al Sector Salud, así como de las aspiraciones de los diversos actores del sector. Se sistematizaron un total de 263 medidas primarias para las tres variables prioritarias; del total inicial, se evidenció que muchas de las medidas se repetían en cada variable prioritaria, por lo que se procedió a eliminarlas, resultando 112 medidas en total: 35 para variable prioritaria 1 "Estado de salud de las personas", 24 para variable prioritaria 2 "Acceso a los servicios de salud" y 53 para variable prioritaria 3 "Ejercicio de la rectoría para la gobernanza del Sector Salud", y éstas fueron puntuadas (según impacto y factibilidad), para posteriormente agruparlas por temáticas generales relacionadas a cada variable prioritaria, resultando 33 medidas estratégicas (11 para cada variable prioritaria), puntuadas también según impacto y factibilidad.

3.1. Análisis de futuro

El Grupo de Trabajo Sectorial realizó un análisis del impacto de las tendencias (Tabla 17), riesgos (Tabla 18), oportunidades (Tabla 19) y escenarios (Tabla 20, 21 y 22) relacionadas a cada una de las variables prioritarias (mayor detalle elaborado en los Anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6); teniendo como resultado la identificación de impactos relacionados a cada una de las variables prioritarias y que se detallan a continuación:

Tabla 17. Identificación de impactos y medidas de las tendencias

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
1	Estado de salud de las personas	Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población	En los próximos años se tendrá una mayor población de adultos mayores (PAM), estos presentarán una mayor carga de enfermedades crónicas y de salud mental, con un mayor grado de discapacidad y/o inamovilidad, lo que implicará un mayor requerimiento de atención de salud y de cuidados especiales. Según el INEI, el 2021 a nivel nacional, el 83,9% de la población adulta mayor femenina presentó problemas de salud crónica (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.). En la población masculina, este problema de salud afectó al 70,0%. En el área rural la proporción es de un 82,7% para la población femenina y para la masculina de un 71,4%.68. Asimismo, conllevará a un impacto directo en los cuidadores de esta población, ya que debe estar orientado a la salud física y emocional de la PAM, que origina, muchas veces, una responsabilidad adicional de las laborales y familiares.	1	Fomentar el cuidado de la salud con orientación de estilos de vida saludable, consejería y autocuidado con corresponsabilidad de la persona adulta mayor (PAM), familia y comunidad.
				2	Fortalecer las acciones de prevención, atención y tratamiento de enfermedades crónicas orientadas a las poblaciones más vulnerables.
		Cambios en el patrón de enfermedades	Se incrementará la mortalidad - morbilidad de enfermedades no transmisibles, generando mayor discapacidad o mortalidad prematura en la población; que genera un incremento de la discapacidad en esta población afectada, que a su vez conlleva a un incremento del gasto de bolsillo en las familias, incrementando su vulnerabilidad socioeconómica y el riesgo social de esta población. Entre las principales enfermedades no transmisibles que afecta a la población tenemos al sobrepeso, donde los mayores porcentajes de personas de 15 y más años de edad con sobrepeso residen en Arequipa (43,2%), Áncash (40,2%), Lambayeque, Lima Metropolitana (39,3%) y Provincia Constitucional del Callao (38,9%); mientras que el mayor porcentaje de personas de 15 y más años de edad con obesidad se encuentra en Ica (38,2%), Moquegua (36,1%), Tacna (34,7%) y Madre de Dios (33,0%).[69]	1	Incrementar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
				2	Fortalecer los programas relacionados al uso adecuado de antimicrobianos.
				3	Fortalecer las acciones de atención y tratamiento de enfermedades no transmisibles a las poblaciones más vulnerables.

[68] Situación de la Población Adulta Mayor – INEI, 2021
[69] Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2022 – INEI, 2023

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		Mayor aseguramiento de la salud	Contar con una mayor población afiliada conlleva a una sobredemanda de atención de los servicios de salud, creando una falsa expectativa en la misma, que podría resultar insatisfecha por la no cobertura de la atención, sumado al estado de salud afectado en la población. Esta sobredemanda impacta en la oferta y en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, que se traducen en tiempos de espera prolongados para la atención de salud de la población: tiempo promedio de programación de citas para dicha atención en el área urbana de 163 horas con 32 minutos, y en el área rural de 59 horas con 47 minutos. 70	1	Fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
				2	Establecer estrategia comunicacional del uso oportuno de los servicios de salud por parte de la población.
		Mayor concentración de la población en centros urbanos	Posibilidad de propagación de enfermedades infectocontagiosas que podría originar brotes o nuevas epidemias, que adicionalmente a un menor uso de los espacios públicos para la recreación saludable y menor actividad física, incremento de la contaminación ambiental generada de la insalubridad de las personas y ruidos generados, mayor necesidad de los servicios básicos por esta concentración urbana no planificada, incluido los servicios de salud, asimismo la inseguridad ciudadana, suma al impacto en la afectación de la salud en la población.[71]	1	Incrementar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades transmisibles.
				2	Incrementar la prevención de las enfermedades no transmisibles originadas por el ruido y por la contaminación.
				3	Desarrollar los enfoques de familias, comunidades y municipios saludables.
		Incremento de la violencia de género	Incremento de los problemas de salud mental en las víctimas con incremento de comportamientos suicidas, autolesión, consumo de sustancias adictivas (alcohol, tabaco y estupefacientes), incremento de la violencia en el hogar con feminicidio. Adicional a ello, el impedimento al acceso y uso de los servicios de salud para las gestantes, pudiendo conllevar al incremento de la morbi-mortalidad materna. En mujeres adolescentes, inicio sexual precoz asociado a embarazos no deseados de alto riesgo, incremento de enfermedades de transmisión sexual, interrupción del proyecto de vida, afectando el desarrollo de su vida. Las regiones que presentan los mayores valores de violencia ejercida contra la mujer son: Madre de Dios (42,9%), mientras que en Apurímac, Arequipa,	1	Desarrollo del enfoque de familias saludables.
				2	Consejería para los adolescentes y sus familiares sobre proyecto de vida de la mujer
				3	Atención integral de los adolescentes y jóvenes, que incorpora obligatoriamente en el paquete de prestaciones, trabajo con psicólogos y otros especialistas

[70] En Essalud demora 6 días conseguir una cita médica. https://diarioep.pe/en-essalud-demora-6-dias-conseguir-una-cita-medica/
[71] Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales – INEI, 2022

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Moquegua y Puno presentan valores superiores a 35%, que se caracterizan por presentar problemas psicológicos por la violencia sufrida.		
		Cambio climático y degradación ambiental	El incremento de la temperatura afectará a todos los grupos etarios, especialmente a los adultos mayores por sus factores de riesgos asociados, alterando el nicho ecológico, que aunado al estrés hídrico provoca la dispersión de vectores propiciando el desarrollo de enfermedades metaxénicas en la población (dengue, malaria, entre otras). Por otro lado, se asocia al incremento progresivo de la frecuencia y duración de las sequías, que afectaría en la calidad nutricional de los alimentos, lo que conllevará a un incremento de la inseguridad alimentaria y desnutrición infantil principalmente. En la actualidad la población de las regiones que se encuentran más vulnerables son Loreto, Ucayali y Madre de Dios, donde se presentará un aumento de temperatura entre +2.8 a +3.2 °C, afectando principalmente a los adultos mayores y niños. Asimismo, el aumento de temperatura en la costa, principalmente en Piura ha conllevado a un incremento de casos de dengue.[72,73]	1	Fomentar la educación sanitaria para alertar a la población de los efectos adversos en salud por el cambio climático
				2	Establecer estrategia comunicacional de los efectos adversos en salud por el cambio climático.
		Incremento del uso de la tecnología relacionada a la salud.	El desarrollo de la salud digital que mejora el acceso de la población a los servicios de salud de manera oportuna, a través de la Telemedicina, manejo de datos a través del desarrollo del Sistema de Historia Clínica Electrónica, la interoperabilidad, la automatización en los procesos sanitarios, la inteligencia artificial para la toma de decisiones, generarán un desarrollo en el sistema de salud, mejorando la salud de la población por la atención oportuna brindada, que se traduce en parte en una reducción del gasto de bolsillo en la población. Sin embargo, este desarrollo podría conllevar a una despersonalización de la atención en salud (relación personal de salud-paciente). Por otro lado, también podría originar un incremento de prácticas que ponen en riesgo su salud: automedicación, procedimientos médicos no autorizados, retos virales	1	Promover el uso adecuado de los dispositivos tecnológicos.
				2	Fomentar el uso adecuado de las aplicaciones digitales.
				3	Sensibilizar a la población de los beneficios del uso adecuado de la Telemedicina.

[72] Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio, SENAMHI – 2021
[73] Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad, La República - 2023

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			difundidos en redes sociales, debido al fácil acceso a la información relacionada en salud. Asimismo, se incrementarán las enfermedades por uso de tecnologías como tendinitis, síndrome de túnel, sequedad ocular entre otros, e incluso puede originar estrés y aislamiento social.		
		Reducción de la capacidad de cobertura de los sistemas previsionales contributivos	Ocasionará un incremento de morbimortalidad de las personas que acuden a los servicios de salud como consecuencia de las deficiencias originadas por la baja contribución de los sistemas previsionales, que limitan su acceso a un seguro de salud de tipo contributivo.	1	Fomentar la promoción de salud y prevención de enfermedades en la población para propiciar un envejecimiento saludable.
			Por otro lado, aunado a la tendencia del incremento de la población adulta mayor que recibe una precaria pensión, y que mayormente no cubre sus necesidades básicas: alimentación adecuada, acceso a servicios públicos básicos, principalmente salud; incrementando la vulnerabilidad de enfermar o presentar alguna complicación de salud en dicha población, que asociado a un mayor riesgo social por la discapacidad o dependencia familiar, contribuirá a una sobredemanda del uso de los servicios de salud. Actualmente un 58,7% (2'770'173) que se encuentran en el régimen pensionario de la Ley N°19990 perciben una pensión igual o inferior a la remuneración mínima vital[74], ello conllevaría a que sean vulnerables ante situaciones que afecten su salud. Asimismo, Madre de Dios (0.4%), Moquegua (0.7%) y Tumbes (0.8%) tienen menos población en dicho régimen, y asociado a los índices altos en pobreza en dichas regiones, genera incremento del gasto de bolsillo en esta población ante el limitado acceso a la atención de sus problemas de salud.	2	Establecer estrategia comunicacional del uso oportuno de los servicios de salud por parte de la población.
		Incremento de la pobreza	El incremento de la pobreza está asociado a una mayor vulnerabilidad de afectación de la salud de la población, generando un incremento de la morbi-mortalidad en las poblaciones con índices de pobreza.	1	Fomentar el desarrollo de estilos y entornos saludables de acuerdo a los recursos con los que cuenta dicha población

[74] Boletín Estadístico – Oficina de Normalización Previsional, 2022

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			Las regiones de Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco y Puno están en riesgo de presentar pobreza, ya que aproximadamente el 36,5% de su población no alcanzó un nivel de seguridad económica adecuada, que sumado a un gasto catastrófico en salud originaría pobreza extrema, que limitaría el acceso a la atención de sus problemas de salud.[75]		
		Incremento del consumo de sustancias ilícitas	El consumo de sustancias ilícitas hace proclive en las personas a comportamientos de riesgos, que conllevarían al incremento de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, accidentes de tránsito, traumatismos sin causa específica; así como otras enfermedades a causa de desgaste del organismo por dicho consumo.	1	Desarrollo de educación de padres de familia y adolescentes y jóvenes sobre los peligros que esconde el consumo de sustancias ilícitas
				2	Fomentar la búsqueda de atención en los Centros de Salud Mental Comunitaria
				3	Brindar orientación especializada a esta población en los espacios generados por los municipios y población (Casa de la juventud entre otros).
		Incremento de uso de agroquímicos	El aumento en el uso de productos para controlar o combatir distintos microorganismos que afectan la producción de alimentos pueden ocasionar un daño irreparable a la salud de la población por el uso de sustancias peligrosas que contienen agentes cancerígenos, alteradoras endocrinas, mutagénicas, neurotóxicas, dañinas en la reproducción, entre otras, que afectaría la salud de la población.	1	Promocionar y fomentar el consumo de alimentos orgánicos.
				2	Fomentar la reducción del uso de agroquímicos en la población
				3	Incrementar la vigilancia de la inocuidad alimentaria.
		Incremento del embarazo en niñas y adolescentes	La gestación en niñas y adolescentes incrementan las condiciones de riesgo a mortalidad materna y neonatal, por la condición de inmadurez del estado de salud de las niñas y adolescentes. Asimismo, afectaría la salud mental en las madres jóvenes (comportamiento suicida, psicosis o depresión postparto, y conducta agresiva, entre otras). El efecto sobre las familias disfuncional generaría un mayor estrés, e impactaría en el estado y la protección de la salud a lo largo del curso de vida de sus integrantes. Por otro lado, en sus hijos/as se incrementaría la prevalencia de las enfermedades como anemia, Enfermedad Diarreica Aguda, Infecciones Respiratorias Agudas y enfermedades inmunoprevenibles, debido a la inexperiencia de la precocidad materna.	1	Promoción de la salud en el escenario de Instituciones Educativas a cargo de los servicios del Primer Nivel de atención
				2	Incrementar el desarrollo de talleres de habilidades para la vida en escolares y para sus familias, cursos de familias fuertes
				3	Fortalecer la orientación en Salud sexual y reproductiva, con enfoque preventivo, a los/as niños/as y adolescentes.

[75] Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022 Informe Técnico – INEI, 2023

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			Las regiones de Amazonas, La Libertad, Loreto y Ucayali presentan el 15% de gestantes o madres adolescentes, siendo Ucayali la región con el mayor número de casos (25,1%), lo cual reduce las posibilidades de desarrollo equitativo de las adolescentes, limitando así la posibilidad de lograr un proyecto de vida e incrementa el riesgo de enfermar de las adolescentes y sus niños.[76]		
		Incremento de la divulgación de noticias falsas (Fake news)	Las noticias falsas podrían ocasionar un aumento del riesgo de enfermedades, propagar rápidamente información incorrecta o engañosa sobre temas de salud, lo que puede conllevar a comportamientos perjudiciales y a decisiones poco saludables sobre la prevención y el tratamiento de estas enfermedades. Además, daña la confianza de la ciudadanía con las instituciones de salud, los profesionales de la salud y la ciencia en general. Asimismo, debilita y obstaculiza las intervenciones de salud pública, como las campañas de vacunación, entre otros.	1	Fortalecer la identificación de los canales oficiales de comunicación del MINSA por parte de la población.
				2	Fomentar en la población la verificación de hechos y desacreditación de la información falsa o engañosa,
				3	Mejorar las estrategias de comunicación en salud, para que la ciudadanía acceda a información clara, precisa y basada en la evidencia.
				4	Fortalecer la vigilancia a los rumores vinculados a la salud.
		Incremento del endeudamiento de los hogares	La ENAHO en el 2017 registró un sobregasto de bolsillo en adultos mayores relacionados a factores como procedencia urbana, mayor nivel de educación, presencia de enfermedades crónicas y mayores gastos per cápita que aumentaron hasta 1,6 veces la probabilidad de dicho gasto. Asimismo, algunos estudios indican que el endeudamiento de los hogares durante la pandemia de COVID-19 trajo consigo para los hogares, el incremento de la probabilidad de complicaciones graves de su salud, incrementando su deterioro físico y mental.	1	En caso estado de emergencia, apoyar a las personas endeudadas facilitando la protección financiera en materia de salud.
		Disminución de la felicidad	La reducción de la capacidad de resiliencia de la persona frente a las dificultades sociales, económicas, individuales, desastres naturales, problemas familiares; llevan a una inminente ruptura de la capacidad de vencer la situación problemática y, en consecuencia, problemas de salud mental como depresión, ansiedad, tendencia al consumo de sustancias dependientes, entre otras. Por otro lado, la disminución de la felicidad se asocia al incremento del estrés, pudiendo incrementar el desarrollo de enfermedades no transmisibles como hipertensión, diabetes, desórdenes alimenticios e inmunes, así como procesos oncológicos.	1	Incrementar la prevención de los daños que ocasiona la disminución de la felicidad por medio de la implementación del Modelo de Cuidados Integrales de la salud a lo largo del curso de vida

[76] Perú Brechas de Genero 2022, Avances hacía la igualdad de mujeres y hombres (2022) - https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1879/libro.pdf

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			En el plano familiar ocasionará disfuncionalidad familiar y sus consecuencias como embarazos no deseados, intentos de suicidio, accidentes domésticos, entre otros. En el escenario de la comunidad pueden producirse conflictos sociales de menor o mayor magnitud, pérdidas de vidas humanas, traumatismos, actividades delictivas, entre otros.		
2	Acceso a servicios de salud	Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población	Existirá un impacto directo en el acceso a los servicios de salud, primariamente relacionada a la organización de los servicios de salud, al modelo de atención sobre todo el aspecto extramural o comunitario. Según el INEI14, el 2021, el 83,9% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 70,0%. En el área rural, la proporción no varía mucho, evidenciándose presencia de problemas de salud crónica en el 82,7% de la población adulta femenina y un 71,4% de la población masculina. A medida que la población siga envejeciendo, se incrementarán las patologías incapacitantes o discapacitantes, generándose la dependencia familiar y social, lo que produciría una sobredemanda de los servicios de salud, evidenciándose el déficit de la gestión de estos servicios de salud. Adicionalmente, la falta de atención en la comunidad para esta población con limitaciones funcionales en su movilidad acentuaría el menor grado de acceso a los servicios de salud; ya que actualmente los mismos de salud no están adecuados para esta demanda incrementada descrita con características propias.	1	Desarrollar servicios de salud en Redes Integradas de Salud (RIS) que faciliten el acceso.
				2	Desarrollar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida, con énfasis en poblaciones vulnerables
				3	Contar con RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población, con énfasis en poblaciones vulnerables
				4	Incrementar la disponibilidad de PF, PS y DM de calidad y acorde con las patologías de esta población vulnerable.
				5	Mejorar la disponibilidad de infraestructura y equipamiento de las IPRESS que conforman las RIS, de acuerdo a la demanda de la población.
				6	Adecuación de los servicios de salud para mejorar el acceso y uso de los mismos de las poblaciones vulnerables
		Cambios en el patrón de enfermedades	El comportamiento epidemiológico en los últimos años denota la aparición de enfermedades emergentes, remergentes y las crónicas no transmisibles como un problema de salud pública global. A ello se le adiciona el comportamiento poblacional que muestra que los adultos mayores serán el grupo etario predominante. Las enfermedades no trasmisibles entre ellas las enfermedades cardio metabólicas, cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales representan el 70% de las muertes globales y el 70% aproximadamente de muertes en el Perú, así como también generará	1	Desarrollar servicios de salud en Redes Integradas de Salud (RIS) que faciliten su acceso
				2	Desarrollar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida
				3	Implementar centro de rehabilitación desde el primer nivel de atención para la población vulnerable
				4	Fortalecer centro especializados como los Centro de hemodiálisis y diálisis peritoneal

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			discapacidad relacionada a dichas enfermedades crónicas y a la afectación de la salud mental en esta población, que conllevará al incremento de la sobredemanda de atención especializada en los servicios de salud. Según el INEI, en el 2019, las personas de 40 a 59 años de edad, residentes en Lima Metropolitana (32,7%) y el resto de la costa (26,1%) presentaron un mayor porcentaje en el despistaje para algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses, en la selva (21,8%) y sierra (22,3%).77	5	Contar RHUS competentes y comprometidos de acuerdo con las necesidades de salud de la población, con énfasis en poblaciones vulnerables y con enfermedades crónicas
				6	Incrementar la disponibilidad de PF, PS y DM de calidad y acorde de las patologías crónicas prevalentes, con énfasis en la población vulnerable
				7	Mejorar la disponibilidad de infraestructura y equipamiento de las IPRESS que conforman las RIS, de acuerdo con la demanda de la población.
		Incremento de la pobreza	Al existir un incremento de la vulnerabilidad del estado de salud de las personas, conllevará a la sobrecarga en el uso de los servicios de salud, que se puede asociar a capacidad resolutiva inadecuada, deficiente calidad de atención, tiempos de espera prolongados para la atención, entre otros. Las regiones de Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco y Puno están en riesgo de presentar pobreza, ya que aproximadamente el 36,5% de su población no alcanzó un nivel de seguridad económica adecuada, que sumado a un gasto catastrófico en salud originaría pobreza extrema, que limitaría el acceso a la atención de sus problemas de salud.[78]	1	Desarrollar servicios de salud en Redes Integradas de Salud (RIS) que faciliten el acceso a salud de las poblaciones vulnerables.
				2	Desarrollar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida, con énfasis en las poblaciones vulnerables.
		Mayor aseguramiento de la salud	A pesar que se cuenta con una cobertura poblacional (población que con un seguro de salud: 99.2%), no se traduce en un mayor acceso a los servicios de salud, debido a las diferentes barreras, principalmente las organizacionales, con una cobertura prestacional aproximadamente del 46% (IAFAS SIS al I Trimestre 2023). Ello se sustenta en el cambio demográfico que muestra una mayor población adulta mayor, asociado a un perfil epidemiológico, que principalmente presentan enfermedades crónicas; sumado a un urbanismo desordenado, crisis socioeconómica y un sistema sanitario fragmentado, conlleva a una oferta de servicios de salud deficiente, que se asocia a altos tiempos de espera para ser atendidos, resultando en un incremento del gasto de bolsillo (gasto empobrecedor) en la población.	1	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad.
				2	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida.
				3	Asegurar la continuidad de la cobertura poblacional, manteniendo las afiliaciones a las principales IAFAS.

[77] INEI. (2019). Programa de Prevención y Control del Cáncer. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/cap02.pdf
[78] *Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022 Informe Técnico – INEI, 2023*

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		Mayor concentración de la población en centros urbanos	La OMS manifiesta que más del 50% de la población mundial vive en zonas urbanas, y prevé que esa proporción aumentará al 68% para 2050 y en el Perú bordea el 65% de la población, principalmente Lima. Casi un 40% de los residentes de zonas urbanas carecen de acceso a servicios de saneamiento gestionados de manera segura, muchos carecen de acceso al agua potable, y respiran aire contaminado. Los sistemas de transporte urbano organizados deficientemente generan una serie de amenazas por accidentes de tránsito, contaminación atmosférica y acústica, así como dificultades para desarrollar actividad física, lo que conllevará al incremento de la carga de enfermedad, creciente riesgo de violencia y traumatismos, que se reflejará en un acceso limitado a los servicios de salud no adecuados a esta sobredemanda.	1	Organizar el Sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso de la población incrementada que vive en la urbe a los servicios de salud.
				2	Contar RHUS competentes de acuerdo con las necesidades emergentes de salud de la población vulnerable a este urbanismo no planificado.
				3	Mejorar la Infraestructura y equipamiento de las IPRESS en las RIS acorde a la necesidad de la población relacionado al crecimiento urbano.
				4	Mejorar la disponibilidad de productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos relacionados a las patologías de la población vulnerable por el urbanismo no planificado.
		Cambio climático y degradación ambiental	En la actualidad, las regiones de Loreto, Ucayali y Madre de Dios presentan un aumento de temperatura entre +2.8 a +3.2 °C, y esto puede ocasionar principalmente problemas dermatológicos en adultos mayores y niños, así como el desarrollo de otras patologías relacionadas. El cambio climático influye en los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la salud, el impacto negativo en la salud pública es inevitable. La OPS manifiesta que el cambio climático impacta directa e indirectamente en la salud de la población, se sabe que contaminantes atmosféricos como el ozono, materia particulada, materia solida o liquidas (cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen) pueden exacerbar enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Asimismo, el aumento de temperatura en la costa, principalmente en Piura y Tumbes, presentará un incremento de casos de Dengue, relacionado a este aumento de temperatura que altera el nicho ecológico del vector.	1	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad
				2	Contar RHUS competentes de acuerdo con las necesidades emergentes de salud de la población vulnerable al cambio climático
				3	Mejorar la Infraestructura y equipamiento de las IPRESS en las RIS acorde a la necesidad de la población relacionado al cambio climático
				4	Mejorar la disponibilidad de productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos relacionados a las patologías de la población vulnerable
				5	Mejorar la cobertura prestacional incluyendo patologías asociadas al cambio climático en el PEAS
				6	Incorporar en la infraestructura y prestación de servicios enfoques de sustentabilidad y economía circular.
		Incremento del uso de la tecnología relacionada a la salud.	Al 2021, el 88,4% de los hogares peruanos contaban con teléfonos inteligentes (smartphones); asimismo, existe un desarrollo sostenido de nuevos aplicativos y dispositivos electrónicos para la prevención de enfermedades. Se ha evidenciado que el uso de la telemedicina en el monitoreo de pacientes diabéticos, permite una mayor adherencia al tratamiento disminuyendo el	1	Organizar el Sistema Nacional de Salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que incluya la implementación de la salud digital

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
			ingreso a urgencia y hospitalizaciones; además, la rehabilitación a través de la telemedicina reduce la incidencia de amputaciones. Por otro lado, el uso de dispositivos como relojes inteligentes o dispositivos contadores de pasos se asocia a una disminución de riesgos previstos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Diversas investigaciones demuestran que los cuidados paliativos mediante telesalud tienen un desarrollo prometedor para mejorar la calidad de la atención de enfermedades crónicas; esto generará una mayor demanda de personal de salud capacitado en Salud digital para cumplir estas expectativas. Existen experiencias exitosas de interoperabilidad como Sistema de Certificado de Nacido Vivo, realizado por MINSA - RENIEC, registrando al RN en la IPRESS donde nació, generando su partida de nacimiento y DNI respectivo. Este sistema se encuentra en establecimientos de salud del MINSA, EsSalud, Sanidades y Privados, los que nutren a una base de datos importante para la toma de decisiones sanitarias entre otras. La demanda de TICs orientadas a salud es muy útil para la realización de diversas prestaciones en salud, contribuyendo al diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos de la población afectada.	2	Desarrollar diversas e innovadoras modalidades de oferta de servicios móviles y satelitales en salud
				3	Expandir el desarrollo de la salud digital a nivel nacional, priorizando las zonas alejadas y de difícil acceso.
				4	Implementar estrategias de monitoreo de pacientes mediante la salud digital.
		Reducción de la capacidad de cobertura de los sistemas previsionales contributivos	De acuerdo a la estructura de los sistemas previsionales con pensiones mínimas que no cubren las necesidades básicas adicionado a los recursos insuficientes asignados a los servicios de salud para la atención de esta población jubilada o cesante, se suma la presencia de enfermedades crónicas que generan altos costos de atención y sobredemanda de los servicios, ocasionando el acceso limitado a los mismos por una precaria oferta de servicios de salud especializada que se asocia al incremento del gasto de bolsillo de la población vulnerable que no accede a la seguridad social. Asimismo, Madre de Dios (0.4%), Moquegua (0.7%) y Tumbes (0.8%) tienen menos población en dicho régimen, y asociado a los índices altos en pobreza en dichas regiones, genera incremento del gasto de bolsillo en esta población ante el limitado acceso a la atención de sus problemas de salud.	1	Fortalecer mecanismos orientados a la autogestión de riesgos en la prestación y gestión de Servicios de Salud por parte de las IPRESS y UGIPRESS.
				2	Impulsar el intercambio prestacional entre las IAFAS que cubran las necesidades de esta población con limitada oferta de servicio por su IAFAS respectiva.
			La ENAHO en el 2017 registró un sobregasto de bolsillo en adultos mayores relacionados a factores como procedencia urbana, mayor nivel de educación,	1	Organizar el Sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS).

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		Incremento del endeudamiento de los hogares	presencia de enfermedades crónicas y mayores gastos per cápita que aumentaron hasta 1,6 veces la probabilidad de dicho gasto. Asimismo, algunos estudios indican que el endeudamiento de los hogares durante la pandemia de COVID-19 trajo consigo para los hogares, el incremento de la probabilidad de complicaciones graves de su salud, incrementando su deterioro físico y mental. Según la ENAHO 2019, existe un prolongado tiempo de espera para la atención en los diversos servicios de salud (consulta, apoyo al diagnóstico, cirugías, hospitalización entre otros), en las diferentes IPRESS públicas; que contribuyen al gasto empobrecedor de la población vulnerable.	2	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida, con énfasis en la población vulnerable.
				3	Impulsar el cumplimiento del PEAS en las poblaciones vulnerables en las diferentes IAFAS.
		Incremento de las demandas sociales ante la desigualdad e inequidad.	Según la Encuesta Nacional de percepción de Desigualdades - ENADES - 2022 elaborada por el Instituto de Estudios Peruanos - IEP contempla a los servicios de salud como la segunda en percepción de desigualdad de acceso; además según INEI en el 2016, el 6,8% de la población se siente maltratada al acudir a un establecimiento de salud. Además, según la misma institución en el 2021, afirmó que el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud interfiere en la respuesta al VIH, debido a que el paciente VIH positivo no obtiene los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y cumplimiento de este, lo que los hace vulnerables a otras enfermedades como TBC, entre otras; evidenciando el incremento de la vulnerabilidad de esta población en el acceso a los servicios de salud.	1	Contar RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población vulnerable.
				2	Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural, de derechos humanos, de género, entre otros.
3	Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud	Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población	El aumento de la demanda de los servicios de la salud por parte de la PAM requiere un mayor financiamiento, formación de los recursos humanos y fortalecimiento de los servicios de salud orientado a esta población. Además, esta población se encontraría propensa a generar trastornos en su salud mental, debido a la afectación física de su salud, discriminación, exclusión social y laboral.	1	Incrementar la formación de RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población, con énfasis en la atención de poblaciones vulnerables.
				2	Promover la gestión integrada, participativa y multisectorial pública y privada sobre el acceso y uso de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.
				3	Promover, vigilar y monitorizar el uso racional de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos a nivel nacional a través de las buenas prácticas de prescripción, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico, con énfasis en la atención de poblaciones vulnerables.
				4	Desarrollar normatividad relacionada a la atención de la PAM.

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
				5	Fomentar la investigación sobre salud, bienestar y envejecimiento de la población.
				6	Articular con el MIDIS y otros sectores para el incremento de la cobertura y asignación de recursos para la PAM.
				7	Contribuir en la implementación de la Política Nacional de la PAM que fomenta el enfoque de envejecimiento saludable.
				8	Promover con instituciones educativas la formación de cuidadores para personas adultas mayores.
				9	Promover y contribuir con el MIMP, EsSalud y gobiernos locales para el desarrollo de Centros Integrales de Atención del Adulto Mayor y Casas del Adulto Mayor.
		Cambios en el patrón de enfermedades	Según el INEI, el 2021, el 83,9% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico; este incremento conlleva a una sobredemanda de los servicios de salud, dificultando su acceso por la falta de adecuación de los mismos, lo que conllevaría a un posterior incremento del gasto de bolsillo en la población, así como el aumento de la desigualdad en el uso de los servicios de salud, por las condiciones estructurales de vulnerabilidad en la población.	1	Articular con el MINEDU para fomentar los hábitos, comportamientos y entornos saludables en la población.
				2	Promover e incrementar el financiamiento en investigación en Salud Pública e investigación "traslacional"(facilitar la aplicación de los hallazgos obtenidos de la investigación del laboratorio a los pacientes).
				3	Gestionar el incremento del financiamiento en salud.
				4	Fomentar el uso eficiente de los recursos en salud.
				5	Aumento de la inversión en la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud.
		Mayor aseguramiento de la salud	Ante el incremento de la población afiliada a un seguro de salud se requiere una mayor asignación presupuestal para atender a esta población, principalmente mediante el desarrollo de un enfoque de atención primaria en salud. Este escenario representaría un reto para la cobertura universal de salud en la población. Por otro lado, la Cobertura financiera del SIS para el 2022 representó el 54% del presupuesto asignado por el MEF en función al requerido, evidenciando la existencia de una brecha financiera para la cobertura prestacional según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.	1	Gestionar el incremento de recursos para cubrir la brecha existente en los servicios de salud para la atención de la población.
				2	Desarrollar mecanismos de transferencias de recursos que incentiven la prestación de servicios de salud.
				3	Fortalecer mecanismos orientados a la autogestión de riesgos en la prestación y gestión de servicios de salud por parte de las IPRESS y UGIPRESS.
				4	Fortalecer los mecanismos de evaluación y mejora de la calidad en los procesos de gestión de recursos que contribuyan a una prestación de servicios de salud.
				5	Definir los paquetes prestacionales garantizados de acuerdo al MCI.

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		Mayor concentración de la población en centros urbanos	El incremento de enfermedades transmisibles y no transmisibles originadas por el incremento de enfermedades infectocontagiosas, contaminación ambiental, deterioro nutricional de la población, insalubridad en las viviendas y afectación de la salud mental que generarán una mayor demanda de los servicios de salud, debido a un urbanismo desordenado y no planificado que provoca hacinamiento poblacional, déficit de espacios para recreación y actividad física, sobredemanda de servicios básicos que conlleva al limitado acceso a los mismos.	1	Articulación con los municipios y sociedad civil organizada (comedores de madres, vasos de leche, asociaciones de vecinos) para el desarrollo de comunidades, municipios saludables y articular la atención de población potencialmente vulnerable.
				2	Vigilancia de riesgos en municipios y localidades de manera articulada con INDECI, MINAM, PNP y otros.
		Incremento de la violencia de género	Los fenómenos de violencia de género se asocian con el incremento de problemas de salud mental, demandan la adecuación de los servicios de salud con atención diferenciada y especializada, por ende se requiere la preparación de RHUS e intervenciones multisectoriales que intervengan ante estos fenómenos y factores de riesgo.	1	Articulación con los sectores educación y poblaciones vulnerables (MIMP y MINEDU) para la educación a las niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, cursos de habilidades para la vida y mejora de su capacidad laboral.
				2	Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural, de derechos y de género.
				3	Articulación para el trabajo del abordaje de las mujeres víctimas de violencia de género.
		Cambio climático y degradación ambiental	Incremento de la ocurrencia de desastres naturales que afectan el acceso a la salud por parte de la población afectada, así como la interrupción y saturación de los servicios ante la ocurrencia de estos eventos, asociado a un mayor requerimiento de financiamiento para coberturar la sobredemanda de los servicios de salud.	1	Fomentar la educación sanitaria para alertar a la población de los posibles efectos adversos en salud por el cambio climático
				2	Fortalecimiento de la incorporación de la gestión integral del cambio climático en todas las entidades del Sector Salud, a fin de incorporar dentro de las funciones de estas, aquellas orientadas a desarrollar e implementar las medidas de adaptación y mitigación en salud frente al cambio climático.
				3	Fortalecer la capacidad de resiliencia de los establecimientos de salud en sus componentes estructural, no estructural y funcional frente al riesgo de desastres y efecto del cambio climático
				4	Implementación de tecnologías de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero en la construcción y/o adecuación de establecimientos de salud en el contexto de cambio climático.
				5	Fortalecimiento de la incorporación de las medidas de adaptación frente al cambio climático en los documentos de gestión y en los documentos de planificación de todas las entidades del Sector Salud.
				6	Fortalecimiento e integración de los diversos sistemas de información multisectoriales con la información disponible de las

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
					variables climáticas para la oportuna toma de decisiones en el marco de la adaptación y mitigación frente a los efectos del cambio climático en salud.
		Incremento del uso de la tecnología relacionada a la salud.	Este incremento del uso de la tecnología de la información y comunicación en el marco del gobierno abierto, el manejo de grandes datos generados por parte del sistema de salud, a partir del desarrollo de la historia clínica electrónica, big data, entre otros, lo que conllevaría al desarrollo de competencias del RHUS en salud digital y tecnologías sanitarias, requiriendo un financiamiento adicional para el mismo.	1	Desarrollar normativa que permita el mayor uso de la Telemedicina.
				2	Priorizar los proyectos de inversión que incluya el uso de la Telesalud en zonas de difícil acceso.
				3	Normar y gestionar con las entidades educativas, la inclusión de las modalidades de oferta de servicios de telesalud en el aprendizaje de los estudiantes
				4	Gestionar con el MTC para el despliegue de conectividad en las IPRESS públicas y en las zonas rurales.
				5	Promover e incrementar las prácticas saludables en el trabajo, relacionada al uso de las tecnologías, en coordinación con el MTPE.
				6	Promover las condiciones para el desarrollo de nuevas tecnologías en salud a nivel nacional en colaboración con los institutos del Sector Salud, Concytec, Innóvate Perú - PRODUCE y otros.
				7	Fomentar el uso de *bigdata* para la toma de decisiones relacionadas a la atención en salud, financieras y elección de tecnologías sanitarias.
		Reducción de la capacidad de cobertura de los sistemas previsionales contributivos	La baja cobertura pensionaria de la población adulta mayor, generará un empeoramiento de las condiciones de salud de esta población y empobrecimiento de sus hogares, conllevando a un gasto de bolsillo, que muchas veces limita el acceso a la prestación de los servicios de salud.	1	Gestionar con el MIDIS, el incremento de los beneficiarios de población vulnerable a los programas sociales para ampliar su cobertura.
				2	Gestionar el incremento de financiamiento en salud para la atención de población adulta mayor jubilada.
				3	Generar mecanismos para el uso eficiente de los recursos en salud.
		Incremento de la pobreza	Incremento de la demanda de financiamiento para los servicios de salud, por empobrecimiento de la población y encarecimiento de las tecnologías y productos sanitarios, a causa de la inflación y los costos logísticos de distribución internacional de bienes, sugiere un acceso limitado a la atención en salud en la población vulnerable.	1	Gestionar eficientemente los recursos públicos del Sector Salud.
				2	Articular con los diversos sectores que abordan programas sociales dirigidos a la población vulnerable y en riesgo de pobreza, a fin de que cuenten con seguridad alimentaria, empleos temporales, bonos, entre otros mecanismos para mejorar sus condiciones de salud.
		Incremento de la divulgación de	La propagación de noticias falsas debilita y obstaculiza las intervenciones de salud pública, ocasionando desconfianza hacia las instituciones del Sector	1	Fomentar la confianza en ciudadana mediante la mejora continua de los procesos de comunicación, promoción de la salud, transparencia de la información y rendición de cuentas a la ciudadanía.

N°	Variable Prioritaria	Tendencia	Impactos sobre las variables prioritarias	N°	Medidas
		noticias falsas (*Fake news)*	Salud y a sus profesionales, así como la disminución de la veracidad de los resultados de las investigaciones y evidencias científicas en salud. Esto resultaría en la intervención del Estado en la regulación de este tipo de noticias en las diversas plataformas informativas.	2	Fomentar la simplificación de trámites administrativos para la mejorar la experiencia de los usuarios en el uso de servicios de salud, así como por parte de los operadores del sistema.
		Mayor percepción de corrupción	La ausencia de condiciones laborales y remunerativas son un factor de riesgo para el desarrollo de prácticas de corrupción en los trabajadores. La corrupción en salud reorienta el gasto del sistema a nivel prestacional y de inversión (obras) impidiendo el abordaje de las prioridades del sistema de salud en donde se requiere. La cultura de corrupción política reproduce la corrupción e impacta en los diferentes niveles (gran corrupción a micro corrupción) de las necesidades de salud (obras) y la calidad de los servicios (atención). Los sistemas de calidad no han evolucionado para promover una cultura organizacional anticorrupción y la incorporación de tecnologías anticorrupción. Este fenómeno genera prácticas como la derivación de atenciones al sector privado por mal uso de los recursos públicos o corrupción de los mismos funcionarios de la IPRESS que hacen práctica privada durante su horario de trabajo o derivan a los pacientes a sus propias instituciones particulares, entre otras acciones inadecuadas.	1	Fortalecer la identificación de las posibles redes de corrupción en los sistemas de salud.
				2	Fortalecer las acciones de control internas, concurrentes y posteriores relacionadas a los procesos en salud.
				3	Sensibilizar al personal en el cumplimiento del Código de Ética Pública.
				4	Impulsar la gestión del talento humano en base a perfiles de puesto orientado al desempeño.
				5	Fortalecimiento de las tecnologías aplicadas a la anticorrupción, sistemas de integralidad y políticas de calidad.
		Incremento de las demandas sociales ante la desigualdad e inequidad.	El incremento de la desigualdad es un factor asociado con la mortalidad materna, la discapacidad, entre otras condiciones de vulnerabilidad (pacientes con TB, VIH y otras), ello generará el incremento de la demanda de servicios de salud y un mayor costo social, principalmente en salud; que conlleva a generar cambios en las prioridades de financiamiento e incremento del gasto público en salud.	1	Promover el enfoque de "Salud en todas las políticas" para el abordaje de los determinantes sociales de salud.
				2	Fortalecer la investigación en los determinantes sociales de salud para identificar e intervenir multisectorialmente en los factores asociados a las desigualdades en salud permitiendo la toma de decisiones basadas en evidencia a favor de la población.
				3	Establecer estrategia comunicacional sobre el trato digno en la atención a la salud de la población.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

Tabla 18. Identificación de impactos y medidas de los riesgos

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
1	Estado de salud de las personas	Daños ambientales de origen antrópico	La exposición a la contaminación del aire se ha relacionado con una serie de problemas de salud, como enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC, entre otras), enfermedades cardiovasculares, exacerbación de alergias, entre otras. Por otro lado, el consumo de agua contaminada puede llevar a enfermedades gastrointestinales. Además, el consumo de alimentos contaminados puede aumentar el riesgo de exposición a sustancias peligrosas y afectar la salud a largo plazo. Asimismo, la eliminación de los residuos resultantes de diversas actividades de la minería, de la práctica en salud, entre otras, muchas veces es realizada de manera inadecuada, lo que conlleva a la contaminación de ambientes, generando una probabilidad de afectación de la salud de las personas. Además, la pérdida de biodiversidad y la degradación de los ecosistemas pueden afectar la disponibilidad de alimentos y recursos naturales, lo que puede llevar a la inseguridad alimentaria y desnutrición; asimismo puede aumentar el riesgo de exposición a nuevas enfermedades infecciosas que provienen de transmisión vectorial y/o zoonótica. Las principales regiones afectadas por los daños ambientales de origen antrópico son Loreto, Ucayali, Huánuco, Madre de Dios y Puno, debido a que éstas presentan la menor cobertura de los servicios de agua y saneamiento, lo cual aumenta exponencialmente el riego de contraer las enfermedades antes descritas.	1	Fomentar la educación sanitaria para alertar a la población de los daños ambientales de origen antrópicos que afectan la salud.
				2	Incrementar la vigilancia en salud ambiental en áreas mayormente expuestas.
		Incidencia de eventos climáticos extremos	Las olas de calor más intensas pueden aumentar el riesgo de golpes de calor y agotamiento por calor, especialmente en poblaciones vulnerables como los ancianos y los niños; asimismo, puede incrementar la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue, ya que los mosquitos y otros insectos se expanden hacia nuevas áreas debido al aumento de la temperatura. Respecto al incremento de enfermedades transmitidas por vectores, las regiones más afectabas son las pertenecientes a la costa norte del país, siendo Piura la que presenta mayor vulnerabilidad, así como las regiones	1	Fomentar la educación sanitaria para alertar a la población de los posibles efectos por los eventos climáticos extremos que pueden afectar la salud.

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
			de la Selva, por las condiciones precarias de saneamiento básico de la población y la limitada red de agua y desagüe. El cambio climático puede aumentar la concentración de contaminantes y otros elementos como el ponen en la atmosfera, que exacerban los episodios de alergias, asociado a un aumento de casos de asma y otras enfermedades respiratorias. Además, los eventos climáticos extremos (sequías, inundaciones, entre otros) afectan la producción de alimentos, lo que conduce a la escasez de alimentos y malnutrición. Estos eventos extremos también pueden impactar significativamente en la salud mental de las personas. Las zonas especialmente vulnerables a huaicos e inundaciones del Perú experimentarán lluvias por encima de lo normal en el verano del 2024, según el último informe del Escenario probabilístico del Servicio Nacional de Meteorología e hidrología del Perú (Senamhi), afectando a Piura (369 mil 207 personas), Ica (330 mil 105 personas) y Cajamarca (237 mil 744 personas); por otro lado, las afectadas por las sequías serían la sierra sur principalmente[79].		
		Ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes (Brotes y epidemias)	La rápida propagación de enfermedades infectocontagiosas conlleva a la afectación masiva de la salud de la población, causando incremento de la morbilidad y mortalidad; esto también incluye a los trastornos mentales y complicaciones del estado de salud de las personas con comorbilidades y que puede conllevar a discapacidad o incapacidad como consecuencia. Ello originaría una sobredemanda en los servicios de salud, que puede ocasionar que la población acceda a la atención privada u otros establecimientos no9 médicos, que resultarían en un incremento del gasto de bolsillo en salud. Este riesgo tendría un impacto crítico en las ciudades más pobladas del país, como Lima, Arequipa, Trujillo, Cusco y Chiclayo, que son las ciudades que presentan mayor densidad poblacional, lo cual es un factor incrementador para la propagación de estas enfermedades.	1	Incrementar la promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles mediante campañas de educación y concientización sobre hábitos y conductas saludables, inmunización, higiene y detección temprana de enfermedades.
				2	Incrementar la sensibilización del uso adecuado del uso de antibióticos en la población.
			Este tipo de crisis se evidencia por el déficit de recursos para la realización de las intervenciones sanitarias, lo que limita a un acceso adecuado a los	1	Fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la población.

[79] https://www.infobae.com/peru/2023/09/25/fenomeno-el-nino-14-regiones-del-peru-seran-afectadas-por-lluvias-mas-intensas-en-el-2024/

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
		Crisis del sistema de salud	servicios de salud por las brechas existentes, causando incremento de la morbilidad y mortalidad de la población debido a una intervención tardía e insuficiente, así como la presencia de complicaciones. Por otro lado, la necesidad de incurrir en gastos de atención privada u otros, aumenta el riesgo de empobrecimiento de los hogares, sobretodo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, como el 27,5% de la población que presenta pobreza extrema.	2	Establecer estrategia comunicacional del uso oportuno de los servicios de salud por parte de la población.
2	**Acceso a servicios de salud**	**Daños ambientales de origen antrópico**	La OMS estima que la contaminación del aire por la emisión de contaminantes atmosféricos, como partículas finas, dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno y ozono troposférico, puede afectar negativamente la calidad del aire, y está relacionado a daños en la salud exacerbando enfermedades, cardiorrespiratorias, dermatológicas, entre otras. El agua contaminada y el saneamiento deficiente están relacionados con la transmisión de enfermedades como el cólera, otras diarreas, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis. Si no hay servicios de agua y saneamiento, o si estos son insuficientes o están gestionados de forma inapropiada, la población estará expuesta a riesgos prevenibles para su salud. Además de los agentes contaminantes o fuentes de la contaminación del agua están los metales pesados, pesticidas, hidrocarburos, radiactividad. Con respecto a la contaminación del suelo con productos químicos y residuos tóxicos puede afectar la calidad de los alimentos cultivados en esas áreas. El consumo de alimentos contaminados puede aumentar el riesgo de exposición a sustancias peligrosas y afectar la salud a largo plazo. Como se observa todos estos daños en el ambiente afectan la salud de las personas conllevando a la demanda incrementada en el uso de servicios de salud no adecuados a este riesgo lo que conllevaría a la mejora de la oferta de servicios. Las principales ciudades que presentan los mayores índices de contaminación del aire como Lima, Ica, Trujillo, Pucallpa y Arequipa, generan una carga en la demanda de los servicios de neumología, así mismo se verá un aumento de la demanda del servicio de gastroenterología en las regiones de Ucayali, Huancavelica, Pasco, Loreto y Amazonas, ya	1	Prevención y manejo oportuno de las enfermedades agudas y crónicas resultantes de la contaminación ambiental, a través de la oferta fija y móvil.
				2	Organización de los servicios de salud en Redes Integradas de Salud
				3	Desarrollar el MCI por curso de vida en persona, familia y comunidad
				4	Contar RHUS competentes de acuerdo con las necesidades de salud de la población

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
			que estas ciudades carecen de redes de agua y saneamiento optimas, también perjudica la atención en los establecimientos de salud de esas regiones.		
		Incidencia de eventos climáticos extremos	Las olas de calor más intensas pueden aumentar el riesgo de golpes de calor y agotamiento por calor, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores y los niños, principalmente estos grupos pertenecientes a las regiones de la Loreto, Ucayali y Madre de Dios, donde se presentará un aumento de temperatura entre +2.8 a +3.2 °C, que demande de atención por dermatología en estas regiones. El incremento de la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue, ya que los mosquitos y otros insectos se expanden hacia nuevas áreas debido al aumento de las temperaturas. Las regiones más afectadas por los casos de dengue son Lima, Ica, Ucayali, Loreto y Piura, siendo está ultima la región donde se concentran los mayores casos de Dengue (30.45%), y por el aumento de temperatura que también sufrirán estás regiones a causa del Fenómeno del Niño y el cambio climático, que, sumado a la brecha de recursos humanos competentes, así como una infraestructura y equipamiento adecuado para atender dichos casos, resultará en el deterioro de su salud.	1	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud
				2	Contar RHUS competentes ante la ocurrencia de emergencias y desastres por eventos climáticos extremos
				3	Fortalecer la capacidad de respuesta de la atención prehospitalaria en condiciones normales y frente a epidemias, pandemias, emergencias y desastres.
				4	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida con enfoque a gestión de riesgos
		Ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes (Brotes y epidemias)	Durante una epidemia, los recursos para la atención médica pueden estar centrados en la rápida propagación de enfermedades infecciosas, lo que resulta en la interrupción de servicios de salud no relacionados, como cirugías programadas, controles regulares y tratamientos para otras enfermedades y condiciones. Estos eventos generan una mayor demanda de equipos biomédicos e insumos para brindar una atención adecuada y segura. Esta propagación rápida de las enfermedades infecciosas puede llevar a que el personal de salud también se afecte por la enfermedad, que representa una merma de la fuerza laboral disponible para atender la sobredemanda. Asimismo, los profesionales de la salud que trabajan en primera línea durante una pandemia pueden enfrentar altos niveles de estrés y agotamiento emocional, que sumado a la carga física afecta su bienestar. Este riesgo afectaría mayormente a las ciudades con mayor densidad poblacional (Lima, Arequipa, Trujillo, Cusco y Chiclayo).	1	Organizar el Sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad
				2	Fortalecer la capacidad de respuesta de la atención prehospitalaria y hospitalaria de las IPRESS en condiciones normales y frente a brotes y epidemias.
				3	Contar con RHUS competentes de acuerdo a las necesidades de salud de la población, en brotes y epidemias.
				4	Disponer de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en brotes y epidemias, según la necesidad de la población.
				5	Adecuar la infraestructura y equipamiento en brotes y epidemias, según la necesidad de la población.

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
		Crisis del sistema de salud	La fragilidad de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe antes de la pandemia se asocia a su sub-financiamiento, fragmentación y segmentación (CEPAL/OPS, 2020). La región se caracteriza por tener un gasto público en salud inferior al acuerdo regional del 6% del PBI y un gasto en salud per cápita muy por debajo de las otras regiones que tienen sistemas de salud más robustos, como los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). La OPMI Salud proyectó que en el año 2021 el 96% del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, presentaría capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Callao, Ica, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali presentan 100% de sus establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.	1	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad
				2	Desarrollar el modelo de cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad, por curso de vida.
				3	Contar con RHUS competentes y humanizados de acuerdo con las necesidades de salud de la población
				4	Mejorar la disponibilidad de infraestructura y equipamiento de las IPRESS de acuerdo con su capacidad resolutiva y oferta.
				5	Mejorar el acceso a productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos.
	Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud	**Daños ambientales de origen antrópico**	La afectación y/o pérdida de los ecosistemas ocasionados de origen antrópico afectará a la salud de las personas; que van a demandar servicios de salud, requiriéndose mayor financiamiento para brindar dicha atención. Este contexto generará una mayor demanda de recursos de los distintos niveles de gobierno para el abordaje de manera integral de dichos eventos.	1	Implementar políticas y estrategias bajo el enfoque "Una Salud", promoviendo la colaboración multidisciplinaria para abordar problemas de salud de manera integral.
				2	Fortalecer el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para detectar y responder de manera oportuna ante enfermedades emergentes, reemergentes y otros eventos de importancia para la salud pública.
				3	Aumento de la inversión en la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud para garantizar una atención integral.
				4	Impulsar las investigaciones de los centros de investigación e institutos para la prevención de los efectos ocasionados por la contaminación ambiental de origen antrópico.
		Incidencia de eventos climáticos extremos	El aumento de la carga de enfermedades y lesiones por la ocurrencia de emergencias y desastres por eventos climáticos extremos generará una saturación de los servicios de salud y pueden ejercer una presión adicional sobre los sistemas de salud, especialmente en regiones vulnerables donde hay escasez de recursos y personal de salud. Todo lo antes descrito	1	Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública para prevenir saturación de los servicios de salud ante las consecuencias de eventos climáticos extremos.
				2	Fortalecimiento de competencias y capacidades del RHUS en gestión integral y estrategias de adaptación y mitigación, vinculadas al cambio climático en salud.

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
			incrementará la necesidad de recursos en salud para la intervención frente al incremento de estas enfermedades ocasionadas por efectos climáticos.	3	Desarrollo de normativa, herramientas e instrumentos que orienten las acciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) para la adaptación y mitigación frente al cambio climático.
				4	Incorporación de la gestión integral del cambio climático en la infraestructura de los establecimientos de salud mediante medidas de adaptación y mitigación frente al cambio climático
				5	Gestión del financiamiento para garantizar la sostenibilidad de los servicios ante eventos climáticos extremos.
				6	Gestionar el abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos biomédicos en el contexto de una gestión integral para la adaptación y mitigación frente a efectos del cambio climático.
		Ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes (Brotes y epidemias)	La propagación rápida de enfermedades infecciosas conlleva a una necesidad de coordinación y comunicación entre los diversos actores para la toma de decisiones efectivas, que no son adecuadas al presentarse dichas ocurrencias. Ante la existencia de dichos eventos, se demandarán más equipamiento biomédico, insumos y del personal de salud para brindar una atención adecuada y segura. Todo ello representa un impacto económico significativo para el Estado, afectando el financiamiento y la capacidad del sistema de salud para operar de manera eficiente.	1	Implementar el Plan Nacional de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias, que incluya la evaluación de riesgo del Reglamento Sanitario Internacional.
				2	Articulación intersectorial e intergubernamental para la realización de sus Planes regionales y locales de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias.
				3	Adecuar la normativa intersectorial e intergubernamental para la implementación de los Planes de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias.
				4	Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en salud pública ante los brotes y epidemias.
		Crisis del Estado	La falta de capacidad del Estado para enfrentar los conflictos internos y demandas insatisfechas de la población genera una crisis social, impactando en gran medida en el sistema de salud, afectado la provisión de sus servicios y la atención de las demandas de la población para atenderse. Asimismo, ocasionaría crisis sectorial por la rotación de los altos funcionarios, afectando la oportuna toma de decisiones e interrupción de los procesos en curso relacionados a la salud.	1	Contar con Planes de contingencia y garantizar su implementación ante la ocurrencia de una crisis del Estado.
			Acorde con la OCDE (2023) los sistemas de salud, ante la ocurrencia de la pandemia por SARS Cov-2, no fueron lo suficientemente resilientes. Las	1	Garantizar la continuidad de los servicios de salud como atención médica, incluyendo la provisión de medicamentos

N°	Variable prioritaria	Riesgos	Descripción del impacto	N°	Medidas
		Crisis del sistema de salud	crisis de los sistemas de salud evidencian la falta de planificación para enfrentar una crisis y mitigar las consecuencias negativas que ocasionan y que impide la resiliencia del sistema para recuperarse y adaptarse rápidamente, con un mejor desempeño de la fuerza laboral, mayor uso de la tecnología que permita la continuidad de la atención, entre otros temas, incluidos los cuidados a largo plazo, las cadenas de suministro y la cooperación internacional.		esenciales, no se vean interrumpidos durante las crisis de gobernanza.
				2	Proporcionar capacitación, en respuesta ante condiciones de crisis, al personal de salud en la gestión de situaciones de críticas y en la prestación de atención en condiciones adversas.
				3	Brindar oportunamente servicios de salud mental y apoyo psicológico a la población afectada por la crisis, dado que tensiones sociales pueden impactar en dicha condición de salud.
				4	Contar con un inventario adecuado de suministros médicos y equipos esenciales para hacer frente a situaciones de emergencia, con la debida reposición en caso de vencimiento.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

Tabla 19.: Identificación de impactos y medidas de las oportunidades

N°	Variable prioritaria	Oportunidades	Descripción del impacto	N°	Medidas
1	**Estado de salud de las personas**	Tecnología e innovación en salud	El incremento de tecnología e innovación en salud puede tener un impacto significativo en el estado de salud de las personas de diversas maneras, surgiendo beneficios importantes en la prevención en salud, como la concientización relacionada a la educación en salud y búsqueda de atención en salud. Asimismo, relacionada a la atención en salud, puede mejorar un diagnóstico temprano y preciso, monitoreo y seguimiento continuo de pacientes, inclusión de nuevos tratamientos con mayor adaptabilidad de los pacientes con menores dosis o intervenciones no invasivas. Además, el uso de telemedicina incrementaría el acceso a los servicios de salud, que favorece a un tipo de atención oportuna de las personas.	1	Sensibilizar a la población sobre el uso de los servicios digitales en salud.
				2	Fomentar el uso adecuado de la tecnología relacionada a salud.
		Desarrollo de la ingeniería y biología sintética para la creación de tejidos artificiales	El desarrollo de la ingeniería y la biología sintética para la creación de tejidos artificiales impacta en la salud de las personas. Estas tecnologías están en constante avance, ofreciendo soluciones innovadoras para abordar problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas, ello conllevaría a la reducción del rechazo de tejido y órganos, terapias regenerativas, modelos para investigación y desarrollo de medicamentos, personalización de tratamientos según las necesidades de los pacientes. Esto tendría un mayor impacto en los pacientes de enfermedades no transmisibles, principalmente los que padecen de algún tipo de cáncer, que a la fecha superan las 175000 personas.	1	Sensibilizar a la población para la donación voluntaria de órganos, tejidos, hemocomponentes y células.
				2	Sensibilizar a la población para el uso de robótica relacionada a la salud.
2	**Acceso a servicios de salud**	Tecnología e innovación en salud	Los servicios de salud tienen el desafío de incorporar constantemente la tecnología a sus procesos, optimizando recursos y avanzando en la innovación, investigación y el desarrollo de la inteligencia artificial en salud. Según un estudio sobre hospitales en el 2022, existen cuatro tendencias tecnológicas transformadoras, la supervisión remota de pacientes que nos permite que el estado de salud de las personas pueda ser monitoreado constantemente y en línea; la	1	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad.

N°	Variable prioritaria	Oportunidades	Descripción del impacto	N°	Medidas
			telemedicina a través del uso de dispositivos móviles que permiten mejorar la experiencia de atención hacia los pacientes. La innovación tecnológica con el advenimiento de la IA, relacionada al análisis predictivo permitiría detectar de manera temprana las alteraciones de salud de las personas convirtiéndose en un aliado el manejo de las enfermedades. Los registros de salud electrónicos y tecnología en la nube refuerzan la operatividad y ejecución de los establecimientos de salud, a través de los registros de salud electrónicos en la nube, el manejo de grandes datos de manera rápida y efectiva, que permite una mayor centralización, productividad y trazabilidad. En ese contexto la oportunidad en el desarrollo de la TICs en salud remarca en los ejes establecidos que se implementan en la mejora de procesos sanitarios de manera continua, y que impactará a la población que usa el servicio de salud.	2	Desarrollo del georefencia, SIHCE/RENHICE, interoperabilidad, en el marco de la implementación de Redes Integradas de Salud.
				3	Impulsar el desarrollo de la Telemedicina a nivel nacional, priorizando las zonas rurales y de difícil acceso.
		Desarrollo de la ingeniería y biología sintética para la creación de tejidos artificiales	El desarrollo de la ingeniería y de la biología sintética para la creación de tejidos artificiales, su masificación permitirá una mayor accesibilidad al tratamiento sustitutorio, implantes, cirugías reconstructivas entre otros en beneficio de la salud de la población.	1	Implementar servicios que utilicen la biotecnología y robótica para el abordaje terapéutico y rehabilitador de los pacientes.
3	**Rectoría para la gobernanza en salud**	Tecnología e innovación en salud	La tecnología e innovación en salud impactará de diversas formas en la gobernanza y rectoría del Sector Salud, al contar con medios tecnológicos para fortalecer y ampliar la interconexión entre todos los actores del sector, tanto públicos como privados, desde los gobiernos regionales y locales, las IPRESS, las IAFAS, entre otros. Los resultados de la investigación en tecnología en salud efectuados por la academia serán un gran insumo para la toma de decisiones y mejorar las intervenciones en materia de salud. La disponibilidad de recursos informáticos más avanzados permitirá el desarrollo del gobierno abierto para compartir datos en materia de salud, por lo que la población podrá acceder a la información pública mediante el uso de TICs, lo cual promoverá la transparencia sobre las	1	Gestionar con el MEF el incremento del presupuesto público al Sector Salud para financiar las inversiones relacionadas a la salud digital.
				2	Articulación con las instituciones formadoras de educación superior (Universidades) para definir el perfil de competencias esenciales en tecnología e innovación orientado a la formación de RHUS.
				3	Fomentar la participación de la población en el diseño y seguimiento de políticas mediante el uso de tecnologías de la información relacionadas a salud.
				4	Promover y gestionar la colaboración intergubernamental en la transferencia tecnológica en salud.

N°	Variable prioritaria	Oportunidades	Descripción del impacto	N°	Medidas
			acciones que desarrolla el Sector Salud, previniendo la corrupción. No obstante, dichas tecnologías podrían afectar a la red y la base de datos del sector, considerando el almacenamiento de información sensible y confidencial de los usuarios del sistema de salud. Sin perjuicio de ello, se optimizará el adecuado uso de los recursos, mejorando la ejecución de inversiones en salud y los procesos que allí intervienen, entre otros. Asimismo, las instituciones de educación superior contarán con herramientas innovadoras para la formación del recurso humano en salud en estas nuevas tecnologías.	5	Promover y gestionar la integración del Sector Salud a nivel nacional a través de la interoperabilidad.
				6	Impulsar la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías relacionadas a salud.
				7	Desarrollo de capacidades al RHUS en TICs.
				8	Sensibilizar y promover la alfabetización digital a la población de los beneficios del uso efectivo de la Telemedicina.
		Desarrollo de la ingeniería y biología sintética para la creación de tejidos artificiales	El desarrollo de la ingeniería y de la biología sintética para la creación de tejidos artificiales, incrementando la accesibilidad a un tratamiento sustitutorio (implantes, cirugías reconstructivas entre otros) en beneficio de la salud de la población; a partir de la inversión en la investigación e innovación de nuevas tecnologías.	1	Formar al RHUS en biotecnología médica y robótica vinculada a la salud.
				2	Impulsar el funcionamiento de centros de investigación biotecnología médica y robótica vinculada a la salud.
				3	Elaborar el marco normativo para la implementación y el adecuado uso de la biotecnología médica y robótica vinculada a la salud.

Tabla 20. Narración de escenarios y medidas: Escenario 1. Ocurrencia desastre mayor

Variable prioritaria	Impacto probable Impacto de la disrupción para cada variable prioritaria	Medidas Posibles medidas que se pueden implementar para evitar o aprovechar los impactos de la disrupción
Estado de la salud de las personas	Se generaría un incremento de las tasas de mortalidad y morbilidad, asociada al desastre como consecuencia de sus efectos sobre la salud de la población, medios y modos de vida, generando un incremento de los AVISAS. Así mismo, se generará incremento de los trastornos de salud mental en la población afectada. También habrá deterioro y colapso de la infraestructura de los Establecimientos de Salud y de las viviendas lo que podría generar un incremento en la morbimortalidad por la falta de atención oportuna y adecuada, asociado con el aumento de la de la reagudización de las enfermedades crónicas de la población vulnerable afectada. Del mismo modo, la afectación de las estructuras productivas y zonas de cultivo determinará en la falta del abastecimiento de alimentos para la población, por ende se incrementará los problemas de malnutrición en la población, afectando principalmente a las poblaciones más vulnerables.	Impulsar la información, educación y comunicación en salud a la población sobre acciones de intervención inicial ante emergencias y desastres. Fomentar ejercicios de simulación y simulacros periódicos para fortalecer la capacidad de respuesta de la población ante emergencias y desastres. Fomentar las campañas preventivo promocionales enfocadas en el riesgo potencial epidémico. Implementar estrategias de resiliencia frente a emergencias y desastres, en base a la autoayuda a la familia y comunidad.
Acceso a los servicios de salud	Ante un desastre, los servicios de salud se verían considerablemente impactados: daños en la infraestructura de los establecimientos de salud, en consecuencia, los centros de salud y hospitales quedarán inoperativos, afectación de su capacidad instalada reduciendo aún más el acceso a la atención en salud para la población afectada sumado a la ausencia del acceso a servicios básicos como agua, electricidad, manejo de residuos sólidos comunes y biocontaminados. Asimismo, se evidenciará la afectación del personal de salud por daño a causa del desastre o ausencia en el servicio de salud por asumir la atención a sus familias también afectadas. Se debe considerar que toda la cadena de suministros (productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos) y la provisión de servicios (de diagnóstico y tratamiento), se han perdido o colapsados ante el gran desastre. La falta de estos recursos dificulta aún más el acceso a la atención y manejo oportuno de los afectados. La caída estructural como ciudad, también dificulta el transporte afectando también el acceso a los servicios de salud. Por tanto, resumiendo, los desastres presentan un amplio impacto en los servicios de salud, por la saturación de la demanda en los servicios de atención, así como la escasez de recursos, daños en infraestructura y por ende el aumento de enfermedades.	Fortalecer la capacidad de respuesta de la atención prehospitalaria y hospitalaria de las IPRESS frente a desastres. Adecuación de los servicios de salud, ampliando la oferta móvil en un contexto de desastres. Organización y desarrollo de protocolos de respuesta frente a la ocurrencia de desastres.

Variable prioritaria	Impacto probable	Medidas
	Impacto de la disrupción para cada variable prioritaria	**Posibles medidas que se pueden implementar para evitar o aprovechar los impactos de la disrupción**
Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud	Los desastres tienen amplio impacto en los servicios de salud en el Perú, desde la sobrecarga y saturación de los servicios de salud por la sobredemanda hasta la escasez de recursos, daños en infraestructura y el aumento de las enfermedades. Al respecto, se identifican impactos relacionados al acceso a los servicios de salud, por los daños estructurales de los establecimientos de salud, que disminuye o anula su capacidad operativa, así también genera pérdida de la cadena de suministros y servicios. Asimismo, en relación con el ejercicio de la rectoría y la gobernanza en salud la ocurrencia de un gran desastre recae en el colapso de los sistemas de salud que conllevaría a una actuación inmediata organizacional que permita una rápida reanudación de la oferta de salud, como la puesta en ,archa de establecimientos de salud itinerantes, oferta móvil y flexible de los servicios de salud, requiriéndose para ello un trabajo articulado con los subsistemas de salud con los otros sectores, así como lo gobiernos subnacionales y la cooperación internacional. **Afectación hacia otras regiones** Pérdida total o parcial de las comunicaciones. Riesgo de sunami en toda la costa peruana. Sobrecarga de pacientes en servicios de salud en las regiones limitantes con la región epicentro del desastre mayor.	Conformar equipos técnicos multidisciplinarios para la prevención y atención integral de las personas en riesgo y afectadas frente a emergencias y desastres, considerando a los tres niveles de gobierno.
		Fortalecer competencias especializadas y habilidades del RHUS en gestión del riesgo de desastres
		Contar con planes de contingencia actualizados para la prevención y respuesta ante desastres, con énfasis en la población más vulnerable.
		Fortalecer la capacidad de resiliencia de los establecimientos de salud, ante emergencias y desastres.
		Implementar los planes de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura, equipamiento y transporte de los establecimientos de salud.
		Establecer convenios y afines con entidades públicas y privadas a fin de garantizar la provisión de los servicios básicos esenciales (agua, alcantarillado, electricidad, etc.), insumos, recursos, etc. en los establecimientos de salud.
		Fortalecer la gestión de la información durante la atención de la emergencia por desastre (inventario y disponibilidad de recursos, evaluación de daños de la salud de las personas y del establecimiento de salud)

Tabla 21. Narración de escenarios y medidas: Escenario 2 – Disrupción Ambiental

Variable prioritaria	Impacto probable	Medidas
	Impacto de la disrupción para cada variable prioritaria	**Posibles medidas que se pueden implementar para evitar o aprovechar los impactos de la disrupción**
Estado de la salud de las personas	Las consecuencias pueden ser directas, daños a la salud por eventos climáticos extremos como, olas de calor extremas, inundaciones, movimientos en masa y las sequías y de manera indirecta a través de los efectos sobre los sistemas ecológicos como las pérdidas agrícolas, la propagación de vectores y las condiciones ambientales para su transmisión; los sistemas sociales como los desplazamientos de la población y los conflictos derivados de ello, y los sistemas económicos deficitarios e inaccesibles. El impacto por el cambio climático se traduce por el incremento de la morbimortalidad asociadas a enfermedades metaxénicas y zoonóticas, además de enfermedades de respiratorias y dermatológicas aunado al problema de la malnutrición (desnutrición crónica, anemia, sobrepeso y obesidad).	Promoción de prácticas saludables en las poblaciones más vulnerables, según las características particulares de cada población, así como de los peligros asociados al cambio climático y degradación ambiental al cual están expuestos.
		Implementar programas de sensibilización y educación para la población ante los riesgos que implica el cambio climático en la salud.
		Implementar estrategias de mitigación, como la descarbonización, en la cual se priorice el transporte público y el uso de bicicletas, benefician la salud y el medio ambiente al reducir el consumo de combustibles fósiles y la contaminación.
Acceso a los servicios de salud	El cambio climático ocasiona impacto negativo en la salud de todas las poblaciones, estos efectos como el aumento de la temperatura, eventos meteorológicos extremos, causan enfermedades a través de la contaminación ambiental de partículas por incendios forestales, la contaminación del agua debido a las inundaciones, incrementando las infecciones transmitidas por vectores, como el dengue, la malaria, entre otros. Todo lo descrito conlleva al incremento de la necesidad de acceder a la atención en salud de manera urgente y oportuna, frente a una oferta inexistente o fracturada que no puede satisfacer la necesidad de la población afectada. Además, como se mencionó con antelación, la pérdida o afectación estructural de los servicios de salud que impide el acceso, la inestabilidad política, social y económica acompañada de una débil gobernanza climática amplifican los riesgos, amenazan la salud global y el bienestar de la población mundial y por tanto la peruana de manera significativa.	Organizar los servicios de salud en Redes Integradas de Salud que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención frente a una crisis climática.
		Contar con RHUS competentes en relación con el cambio climático.
		Mejorar la infraestructura y equipamiento de las IPRESS de la RIS a fin de que estén preparadas ante el cambio climático y a la necesidad sanitaria de la población.
		Garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los establecimientos de salud en función a la necesidad de la población, en el contexto del cambio climático.
Ejercicio de la rectoría para	La inestabilidad política, social y económica a raíz del cambio climático, adicionando una débil gobernanza climática que amplifican los riesgos, amenazan la salud global y el bienestar de la población mundial manera significativa.	Implementación del enfoque de “Una Salud” para abordar integralmente las consecuencias del cambio climático y la degradación ambiental.

la gobernanza en salud	En este contexto se incrementará la exigencia social para la atención de la salud de las personas que serán afectadas ante el cambio climático, así como la necesidad de diversos actores públicos y privados para atender sus demandas relacionadas al componente social, político y económico demandarán de manera urgente la participación e interacción de los diversos actores de la sociedad, públicos y privados, de distintos niveles de gobierno y de la cooperación internacional, y el sistema de salud inmerso; para actuar sobre los determinantes sociales incluida la salud como tal.	Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, incluyendo la incorporación de variables climáticas y ambientales para una mejor toma de decisiones.
		Intervención en la adaptación de los establecimientos de salud vulnerables al cambio climático.
		Uso de tecnologías para reducir emisiones de gases de efecto invernadero en la operación de los establecimientos de salud.
		Promoción de la investigación, en colaboración con la academia, sobre el impacto del clima en la salud y la mejora de la gobernanza climática para una respuesta efectiva al cambio climático.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

Tabla 22. Narración de escenarios y medidas: Escenario 3 - Incremento de las amenazas globales para la salud (Pandemia)

Variable prioritaria	Impacto probable Impacto de la disrupción para cada variable prioritaria	Medidas Posibles medidas que se pueden implementar para evitar o aprovechar los impactos de la disrupción
Estado de la salud de las personas	Se producirá el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad según la gravedad de los casos, así como un incremento de los trastornos de la salud mental en la población afectada. Asimismo, la sobredemanda de los servicios de salud y el miedo de la población de ser contagiada generaría un incremento en la morbimortalidad por la falta de atención oportuna, asociada con el incremento de la progresión de enfermedades trasmitidas por vectores, las crónicas reagudizadas y las remergentes.	Incrementar la educación en salud y prevención de enfermedades infectocontagiosas en la población.
		Fomentar la búsqueda oportuna de atención en salud en la población para evitar incremento de casos.
		Sensibilizar a las personas en el uso adecuado de medicamentos.
		Fomentar el consumo de alimentos orgánicos
		Promover alianzas con los medios de comunicación, entre otros, para mantener actualizada a la población, en caso de ocurrencia de una amenaza, a fin de fortalecer la confianza hacia sistema de salud.
	Desde que se inició la pandemia del SARS CoV- 2, es comprensible que persista su impacto en los sistemas de salud de América Latina, que han sido muy afectados por esa crisis sanitaria. La región mostraba progresos en esa vieja normalidad previa a la pandemia.	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS), que faciliten el acceso a servicios de salud acreditados, integrales y de calidad
Acceso a los servicios de salud	El acceso a la atención y la protección contra riesgos financieros mejoraron en muchos países, pero quedaron sin resolverse problemas relacionados con la creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, con el gasto ineficiente en salud y con la baja calidad de la atención. También se registraban debilidades en funciones básicas de los sistemas de salud, como los sistemas de pago, la disponibilidad de recursos humanos en salud, las compras de suministros y el control de enfermedades. La post-pandemia nos muestra las amenazas como el COVID persistente (aún no medido en su debida dimensión), el deterioro de la salud mental y los efectos del cambio climático como los tres principales problemas de salud global que hay que priorizar. Así lo indica un panel de expertos del centro independiente de investigación de salud global de la Universidad de Washington, las personas con COVID prolongado necesitan apoyo diagnóstico y de rehabilitación adecuado y oportuno desde primer nivel de atención. Se necesita incrementar las investigaciones para encontrar tratamientos efectivos y oportunos, así como implementar medidas preventivas para reducir el riesgo de desarrollar COVID prolongado. En concreto, comprender el impacto de la pandemia del COVID-19 en la carga de diversos trastornos incluidos los mentales y cómo los países adaptan su respuesta sanitaria, nos conlleva a la necesidad de una mejor comprensión de los factores de riesgo de los diversos trastornos y también de los de salud mental, cómo varían entre las diferentes poblaciones y cómo ofrecer las mejores oportunidades para la prevención a nivel de la población. En ese sentido un escenario de amenaza global como una pandemia, en el marco de los vivido por el SARS CoV-2, muestra una muy débil organización de la oferta de servicios de salud frente a una carga	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la P, F y C por curso de vida en servicios de salud organizados en redes integradas de salud.
		Fortalecer la atención primaria con énfasis en la prevención y promoción de la salud en la comunidad
		Contar RHUS competentes de acuerdo a la amenaza global y sus repercusiones en la salud de la población
		Fortalecer la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de las IPRESS para el mejoramiento de su capacidad resolutiva y oferta.
		Mejorar el acceso a productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos que incluyan aquello para manejo de las enfermedades mentales.

Variable prioritaria	Impacto probable Impacto de la disrupción para cada variable prioritaria	Medidas Posibles medidas que se pueden implementar para evitar o aprovechar los impactos de la disrupción
	incrementada de atención por una nueva amenaza, remarcándose la débil gestión de los recursos del propio servicio tanto de diagnóstico y de tratamiento, la cadena de suministros como la gestión del recurso humano, de la seguridad en el trabajo y la interacción con la comunidad para la repuesta en el cuidado de la salud.	Fortalecer los Centros Comunitarios de Salud Mental
Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud	Las amenazas globales pueden tener un impacto significativo en la organización de los sistemas de salud. Estas amenazas en la salud global, como ya se evidenció en la pandemia del SARS CoV-2, afectan la rectoría y la gobernanza del sistema de salud, entre las que destacan: **Presión sobre los recursos.** Las crisis sanitarias mundiales como las pandemias pueden ejercer una presión adicional sobre los recursos de salud, incluyendo personal médico, equipos y suministros. conllevando a decisiones críticas para la asignación de recursos necesarios que requiere una gobernanza sólida y transparente para garantizar una distribución equitativa y eficiente. **La necesidad de coordinación internacional.** Para abordar las amenazas globales, es esencial la cooperación y coordinación entre países. Esto puede desafiar la gobernanza de los sistemas de salud, ya que requiere acuerdos y protocolos de colaboración efectivos a nivel internacional. **Cambios en las prioridades de salud.** Las amenazas globales a menudo cambian las prioridades de salud de un país. Esto puede requerir una rápida planificación y adaptación de la estrategia incidiendo en la rectoría y la gobernanza en salud al exigir una toma de decisiones ágil y eficaz. **Desafío para la comunicación y la confianza pública.** Las crisis sanitarias globales pueden generar desinformación y pánico público. La rectoría y la gobernanza de la salud deben abordar estos desafíos comunicacionales y garantizar que la información sea accesible, veraz, oportuna y precisa, al tiempo que la hace sólida y mantiene la confianza en el sistema de salud. **Evaluación y aprendizaje.** Después de enfrentar una pandemia, es fundamental llevar a cabo evaluaciones oportunas para aprender de la experiencia. Esto puede requerir cambios en la estructura de la rectoría y de la gobernanza e incorporar desde las lecciones aprendidas acciones de mejora contínua en la organización el sistema de salud para la preparación del mismo en una acción futura.	Fomentar la investigación y desarrollo en salud para abordar amenazas globales. Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública e inteligencia sanitaria, enfocado en la prevención y promoción de la salud. Implementar planes de respuesta a nivel nacional y mejorar la evaluación del reglamento sanitario internacional a nivel internacional para una mejor preparación ante amenazas globales.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

3.2. Aspiraciones para el sector

A continuación, se muestra la información sobre la recolección de las aspiraciones de los diferentes actores para el Sector Salud.

Tabla 23. Identificación de valores deseables y medidas en base a las aspiraciones

N°	Variable prioritaria	Indicador	Valor actual del indicador	Valor deseable del indicador	Medidas para alcanzar la situación deseada
1	Estado de salud de las personas	Razón de AVISA por 1000 habitantes	180.6	171.57	1. Promoción de la salud y prevención primaria, y secundaria de riesgos de ET y ENOT. 2. A nivel multisectorial mejorar condiciones sanitarias (provisión de agua y desagüe y programas de viviendas saludables) a la población, aunado a un plan de difusión sobre lavado de manos e higiene respiratoria 3. Modernización del equipamiento e infraestructura, y financiamiento para el mantenimiento de equipamiento e infraestructura sanitaria. 4. Redistribución de especialistas acorde al perfil epidemiológico, establecimientos de salud resilientes ante emergencias y desastres (seguro, inclusivo, que se adapta a la emergencia, eco amigable) 5. Detección oportuna de riesgos y debilidades en la atención de los servicios de salud 6. Campañas de prevención y atención en coordinación con aliados estratégicos (instituciones religiosas, centros educativos, clubes deportivos, negocios, constructoras, mercados). Mejora de los servicios de agua, alcantarillado y recojo de basura. 7. Fortalecer capacidades y competencias de los equipos de gestión a todo nivel, de DIRESA y REDES. Implementar la RIS, un sistema de salud con enfoque territorial. 8. Cerrar brechas de primer nivel de atención de infraestructura, recurso humano; coordinar articuladamente con los diferentes actores sociales tanto en los GORE como GOLOS, priorizando el intercambio prestacional de tal forma que puedan brindarse atenciones universales, independiente de las IAFAS a las que están inscritas las personas. 9. Diseñar políticas de salud orientadas a trabajar 3 escenarios: Persona, buscando el autocuidado; Familia, buscando la Paternidad Responsable; y en la Comunidad, buscando un Municipio saludable.

N°	Variable prioritaria	Indicador	Valor actual del indicador	Valor deseable del indicador	Medidas para alcanzar la situación deseada
2	Acceso a Servicios de Salud	Porcentaje de la población con algún problema de salud crónico que accede a la atención en salud	31%	34%	1. Impulsar el desarrollo de la telemedicina priorizada en áreas alejadas y rurales, así como tecnologías móviles, laboratorios, oferta móvil. 2. Mejoramiento de la infraestructura y equipamiento. 3. Mejorar los servicios y atención en los servicios de salud – RIS y MCI. 4. Mejorar la organización de los servicios de salud y competencias en personal de salud, formación especializada, adaptación y especialización de RH. 5. Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural – Humanización de la atención en salud. 6. Restructurar el SERUMS, no sólo con enfoque asistencial. 7. Incrementar en el intercambio prestacional. 8. Aumentar la Cobertura de atención prehospitalaria, ambulancias disponibles en todos los tipos de transporte. 9. Estrategias de absorción tecnológica sanitaria y generación de datos e interoperabilidad, generación de datos para la toma de decisiones, uso de la inteligencia artificial. 10. Innovación tecnológica e investigación, calidad de información y datos y articulación de los datos(interoperabilidad). 11. Establecimientos de salud resilientes, (adaptación, áreas complementarias, fortaleciendo algunos servicios, inclusiva en GRD, Seguridad, Sostenibilidad del accionar hospitalario), servicios de ambulancias operativas y disponibles. 12. Fortalecer el mercado nacional de medicamentos (acceso). 13. Incorporar a los privados en el abastecimiento de medicamentos.
		Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud	28.3%	28%	
3	Ejercicio de la Rectoría para la Gobernanza en Salud	Índice de desempeño de la rectoría en las regiones	54.8%	56.2%	1. Acuerdos de trabajo conjunto. 2. Acompañamiento de la gestión administrativa y sanitaria de los GORE Y GOL. 3. Iniciativas legislativas que hagan viables la fiscalización de políticas de salud. 4. Implementación de convenios de incentivos a la gestión en salud para los GORE y GOL. 5. Incentivo a la Responsabilidad social de GOL a favor de personas vulnerables. 6. Plantear objetivos de acuerdo a las necesidades y realidad de cada región con asistencia técnica, seguimiento y evaluación constante. Y adecuación multicultural. 7. Realizar mesas de concertación con las Regiones por cada propuesta de decreto supremo que financia una determinada intervención. 8. Que el MINSA asuma a cabalidad su función y que asuma el liderazgo técnico y de conducción que le corresponde, es decir, tener muy claro cuáles son sus funciones y las funciones de los gobiernos regionales. 9. Organizar el sistema de salud teniendo claro cuál será su población objetivo, cual la de ESSALUD y de cada uno de los subsectores.
		Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción	64%	81%	

N°	Variable prioritaria	Indicador	Valor actual del indicador	Valor deseable del indicador	Medidas para alcanzar la situación deseada
					10. Conducir reuniones periódicas con los subsectores para asegurarse que cada subsector atienda bien a la población que le corresponde. 11. Monitorizar el cumplimiento de las políticas y los planes operativos de cada subsector y gobiernos regionales los que a su vez deben contribuir con el logro de los indicadores sanitarios al 2030. 12. Monitorear la ejecución presupuestal del MINSA y de los gobiernos regionales 13. Negociar con el MEF el presupuesto necesario para financiar las acciones de salud a cargo del MINSA y abogar por el presupuesto para los gobiernos regionales.

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

3.3. Construcción del futuro deseado

Del análisis realizado, se sistematizaron las medidas resultantes de las tendencias, riesgos, oportunidades, escenarios y aspiraciones de los pasos anteriores, haciendo un total de 263 medidas primarias para las tres variables prioritarias. Del total inicial, se evidenció que muchas de las medidas se repetían en cada variable prioritaria, por lo que se procedió a eliminarlas, resultando 112 medidas en total: 35 para variable prioritaria 1 "Estado de salud de las personas", 24 para variable prioritaria 2 "Acceso a los servicios de salud" y 53 para variable prioritaria 3 "Ejercicio de la rectoría para la gobernanza del Sector Salud".

Cabe señalar que estas 112 medidas fueron puntuadas (según impacto y factibilidad) por el Grupo de Trabajo Sectorial, y se acordó agruparlas por temáticas generales relacionadas a cada variable prioritaria, que asimismo se puntuaron y que finalmente se decidió seleccionar las medidas agrupadas debido a sus elevados niveles de factibilidad e impacto; resultando en 33 medidas estratégicas (11 para cada variable prioritaria), las cuales se listan a continuación.

Tabla 24. Selección de medidas priorizadas

N°	Variable prioritaria	N°	Medidas estratégicas
1	Estado de salud de las personas	1	Realizar intervenciones de autocuidado para la prevención y cuidado de enfermedades no transmisibles y transmisibles
		2	Promover intersectorial e intergubernamentalmente, la generación de entornos saludables y seguros.
		3	Fomentar en la población, la donación voluntaria de órganos, tejidos, hemocomponentes y células.
		4	Educar y sensibilizar a la población de los beneficios del uso de la Salud Digital.
		5	Consejería y educación para los adolescentes y sus familiares sobre "Proyecto de vida".
		6	Fortalecer el reconocimiento y accesibilidad por parte de la población de los canales oficiales de comunicación del MINSA
		7	Fortalecer la organización y entrenamiento de comunidades en habilidades en salud frente al riesgo de desastres.
		8	Incrementar los ejercicios de simulación y simulacros periódicos de capacidad de respuesta ante emergencias y desastres.
		9	Educar a la población de los riesgos del uso de productos farmacéuticos y afines de procedencia ilegal
		10	Implementar medidas ecosostenibles para las intervenciones sanitarias (control vectorial, manejo de residuos sólidos, entre otros).

N°	Variable prioritaria	N°	Medidas estratégicas
		11	Fortalecer el diálogo intercultural en Salud con los Pueblos Indígenas u originarios y afroperuanos para el reconocimiento de sus derechos y sus saberes ancestrales.
2	Acceso a los Servicios de Salud	1	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la P, F y C por curso de vida.
		2	Organizar el sistema Nacional de salud en Redes Integradas de Salud (RIS).
		3	Contar RHUS competentes y humanizados de acuerdo a las necesidades de salud de la población
		4	Fortalecer la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de las IPRESS.
		5	Mejorar el acceso a productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos de calidad.
		6	Fortalecer la capacidad de respuesta de la atención prehospitalaria y hospitalaria de las IPRESS en condiciones normales y frente a epidemias, pandemias, emergencias y desastres.
		7	Adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural, de derecho y de género
		8	Incrementar las modalidades de oferta de servicios de salud.
		9	Expandir el desarrollo de la salud digital a nivel nacional, priorizando las zonas alejadas y de difícil acceso.
		10	Fortalecer los mecanismos de evaluación y mejora de la gestión de procesos en salud.
		11	Fortalecer los mecanismos de supervisión y monitoreo del cumplimiento del PEAS por parte de las IAFAS.
3	Ejercicio de la rectoría para la gobernanza" en salud	1	Impulso del Sector Salud para mitigar los efectos del cambio climático
		2	Preparación de los servicios de salud ante desastres
		3	Modernización del Sector Salud a través de la gestión por resultados y la transformación digital.
		4	Desarrollo de la función salud en las regiones
		5	Articulación intersectorial e intergubernamental para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
		6	Incremento y gestión eficiente del financiamiento en salud.
		7	Participación y empoderamiento ciudadano en el Sector Salud
		8	Formación y desarrollo del potencial humano en salud
		9	Ciberseguridad y protección de datos en materia de salud
		10	Gestión del conocimiento en materia de salud
		11	Impulso de la transparencia y lucha contra la corrupción en el sistema de salud

Fuente: Grupo de Trabajo Sectorial

3.4. Redacción de la imagen del futuro deseado del Sector Salud

En base al análisis realizado en el desarrollo de la Fase 2: Futuro deseado, se describe la imagen del futuro deseado del Sector Salud:

"Cursa el año 2030, en el país se observan rasgos de mejoría significativa en los diferentes sectores, los cuales han tenido un impacto positivo para los logros del Sector Salud. En el caso del Sector la implementación de una serie de medidas preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación a nivel nacional dan como resultado innumerables avances sanitarios y un mejor desarrollo de las

instituciones del sector. Esta mejoría se evidencia en la disminución de la razón de AVISA (años de vida saludables perdidos) que existe por cada 1000 habitantes, pasando de 180.6 en el 2019 a 162.1 para el 2030, enfatizando las intervenciones orientadas a reducir el impacto de las causas evitables priorizadas de mayor impacto para el país.

Los gestores del país toman decisiones relacionadas a la implementación de una serie de acciones en diferentes áreas del sector para fortalecer su desarrollo, optimizando los mecanismos que promueven la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población. El sector público, el sector privado y las comunidades se unen en la misión de educar a la población sobre la importancia de una vida saludable. Por lo tanto, en tan sólo unos años, los índices de malnutrición, deficiencias nutricionales y enfermedades crónicas disminuyen, permitiendo que las familias disfruten de una vida más activa, productiva y sana.

La salud de la población ha mejorado debido al abordaje de los principales determinantes sociales de la salud, de acuerdo a sus características socio culturales y con mejora en el acceso a los servicios de la población más vulnerable, considerando la articulación de la medicina convencional con la medicina tradicional y medicina complementaria que permite el diseño de políticas para incrementar la equidad en salud. Por otra parte, la concientización sobre el cambio climático y la degradación ambiental se extiende a lo largo del país. La población se une para tomar medidas contra la contaminación ambiental y el agotamiento de los recursos naturales; así como para la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero, fomentando uso de energías renovables y el reciclaje, y se recompensa a las empresas que adoptan prácticas sostenibles. La relación entre la salud del planeta y la salud humana se hace más evidente.

El porcentaje de la población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud según sus planes de aseguramiento en salud, se incrementa de 31.2% a 34.6%, reflejándose en la disminución del gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud, alcanzando un valor de 27%.

El país muestra procesos mejorados, gracias al fortalecimiento de los mecanismos de evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Los establecimientos de salud brindan un servicio oportuno e integral, lo cual genera que la población se sienta satisfecha con la reducción del tiempo de espera relacionado a salud, debido a una adecuada gestión del Sistema de salud. La implementación del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida orientado a la persona, familia y comunidad, y la organización de los servicios de salud en Redes Integradas de Salud, con énfasis en la Atención Primaria de la Salud, fortaleciendo el primer nivel de atención que significa la puerta de entrada al sistema sanitario y representa aproximadamente el 80% de la carga de prestaciones de todo el sistema. Esto permite una atención integral y continua en la población, en todos los niveles de atención, incluyendo la atención prehospitalaria y hospitalaria, orientada al bienestar de la salud de la población. Así mismo en el fortalecimiento de la atención primaria se fortalece el recurso humano en salud, propiciando la conformación de los equipos multidisciplinarios de salud que brindan prestaciones de salud intra y extramural principalmente, según las necesidades de la población, sus características demográficas y epidemiológicas. La implementación de la historia clínica electrónica facilita la atención y seguimiento de los pacientes, lo cual ayuda en su bienestar.

Se fortalece las instituciones prestadoras de servicios de salud principalmente del primer nivel de atención, que disponen de infraestructura y equipamiento de acuerdo a su capacidad resolutiva y demanda de la población, cuyo funcionamiento y operatividad está garantizada por el mantenimiento preventivo y correctivo que reciben de manera oportuna. Asimismo, se logra garantizar que la población tenga acceso oportuno a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, seguros, eficaces, de calidad y usados racionalmente, a través de establecimientos farmacéuticos que cumplen las buenas prácticas y las disposiciones sanitarias. Respecto al recurso humano en salud se reducen progresivamente las brechas en el territorio nacional, que brindan atenciones integrales de acuerdo a las necesidades de salud de la población principalmente en la atención primaria.

En el año 2030, el índice de desempeño de la rectoría en Sector Salud alcanza un valor de 56.2%, asimismo, la organización del Sistema Nacional de Salud incluye la implementación de la Redes integradas de salud, fortaleciendo principalmente la Atención Primaria de Salud; por tanto el porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según las aspiraciones de cada ámbito territorial (jurisdicción) consultado se encuentra en 81%; gracias a la mejora de las acciones de articulación con los diferentes actores involucrados en la gestión del Sistema de Salud, que incluye estrategias para la adaptación y mitigación frente al cambio climático y el cuidado del ambiente. Por otra parte, la confianza en el sector se fortalece debido al trabajo de transparencia y empoderamiento realizado por el sector con la población.

La gestión del recurso humano en salud se ha visto fortalecida, y se cuenta con personal competente y comprometido reafirmándose como un pilar fundamental del Sistema de salud, como resultado del fortalecimiento de las capacidades y la mejora de sus condiciones laborales.

El Sector Salud implementa el sistema y el registro nacional de historias clínicas electrónicas, que agiliza el flujo de la información de los pacientes. El desarrollo de los sistemas de información y su interoperabilidad incluye mecanismos y procedimientos de ciberseguridad y la protección de datos del sistema, el país ha aprendido a utilizar la tecnología con precaución y responsabilidad, asegurando que los avances no comprometan la confidencialidad de información de los pacientes. Asimismo, esta etapa de modernización aborda las barreras culturales y limitantes que existen a lo largo del país, por lo cual se implementan planes para mejorar la accesibilidad de la población en general, habiéndose mejorado el registro de la pertenencia étnica a nivel nacional que permiten la elaboración de planes focalizados para atender a la población más vulnerable.

En la búsqueda constante de financiamiento y recursos para reducir las brechas de acceso a los servicios de salud y para la atención integral, se suma la participación del sector privado a través de diversos mecanismos como las obras por impuestos y las asociaciones público-privadas; en ese sentido el Estado Peruano realiza esfuerzos para fortalecer el financiamiento destinado a los servicios de salud que recibe la población, logrando aumentar el porcentaje del gasto público en salud medido en proporción al PBI del país.

Al 2030 se logra realizar acciones articuladas con la ciudadanía y el sector privado, en materia de educación, participación en la toma de decisiones, así como en la transparencia y responsabilidad de la prestación de los servicios de salud. La participación se convirtió en un puente entre la comunidad y el sistema de salud, tejiendo una red de confianza y colaboración que disminuye significativamente la ineficiencia en el uso de los recursos y los casos de corrupción.

La preparación ante emergencias de salud pública nacionales e internacionales, se convierten en una prioridad nacional. El sector cuenta equipos de respuesta rápida fortalecidos en los diferentes niveles en el territorio nacional, entrenados para el control de las emergencias, además el Estado cuenta con equipos de respuesta rápida multisectorial y multidisciplinarios, bajo el enfoque "Una salud", para la intervención de dichas emergencias liderados por el Sector Salud. Asimismo, se implementaron planes de intervención para reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud y planes en gestión de riesgos de desastres para reducir daños en salud pública. Asimismo, la población capacitada en primeros auxilios y evacuación contribuyó a la reducción de daños en la salud de la población, y la pérdida de vidas frente a emergencias y desastres. Las comunidades están organizadas y han sido capacitadas para enfrentar desastres, gracias a la eficiente gestión de riesgos y la resiliencia del sistema de salud. Los planes de preparación y respuesta son flexibles y ágiles, lo cual permite ejecutar soluciones efectivas cuando se presentan eventos disruptivos.

El país cuenta con un sistema de vigilancia en salud pública fortalecido e interoperable con los diferentes sistemas de información, capaz de anticiparse, detectar e investigar de forma oportuna eventos de salud pública, asegurando la respuesta rápida y efectiva del sistema de salud. Este sistema genera evidencias científicas que permite formular y mejorar políticas e intervenciones que priorizan el bienestar de la población. Asimismo, el sistema de inteligencia sanitaria, mediante el uso de nuevas tecnologías y basado

en el análisis de la situación de salud, los determinantes sociales, las desigualdades, y los cambios mundiales genera escenarios futuros en términos de bienestar y equidad, e información clave para la planificación y mejora continua en la salud pública. Además, el país viene trabajando en la implementación efectiva de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional para mejorar su preparación ante cualquier amenaza global.

En el marco del desarrollo del gobierno electrónico, en materia de salud digital, se han implementado herramientas tecnológicas y sistemas de información que interoperan para disponer de información en tiempo real y hacer que la atención de salud sea más accesible, oportuna, eficiente y personalizada; permitiendo mejorar la calidad de atención en salud. Para ello, se concientiza a la población de los beneficios del uso de la tecnología en salud y de su uso adecuado. En el caso de personas pertenecientes a grupos de mayor vulnerabilidad, hay un acompañamiento especializado y de mayor cercanía que garantiza acceso a servicios de salud con equidad. Asimismo, las plataformas en línea y aplicaciones móviles permiten a las personas acceder a información en salud, programar citas y recibir atención de salud personalizada; además el uso de la telemedicina acerca a la población a los servicios de salud.
El país desarrolla un sistema de investigación e innovación en salud, que promueve el desarrollo de tecnologías, métodos y herramientas en salud, además de la transferencia tecnológica que permite modernizar las entidades del Sector. Asimismo, se desarrollan investigaciones e innovaciones en salud necesarias para abordar las prioridades sanitarias, extendiendo acciones coordinadas a nivel nacional, con la academia, sector productivo y organizaciones civiles.

Al 2030, el Sector Salud se adecuó gradualmente al cambio del patrón de enfermedades, gracias al fortalecimiento de su capacidad operativa e innovación tecnológica en su infraestructura y equipamientos, gracias a esto los problemas de accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población se vio reducida, principalmente en el primer nivel de atención. Por otro lado, se promovieron y realizaron campañas para promover una cultura de estilo de vida saludable en la población, principalmente en niños, adolescentes y personas adultas mayores, reduciendo así los casos de obesidad, sobrepeso en estos grupos, y promoviendo un envejecimiento saludable en la sociedad. Las estrategias coordinadas y flexibles para la atención de la población que reside en zonas vulnerables a eventos climáticos (precipitaciones, incendios, desplazamientos, etc.), así como las campañas de actuación ante este tipo de eventos en la población, permitieron al Sector actuar de manera coordinada y ordenada para atender de manera oportuna a los pobladores de esta zona, el apoyo en instrumentos tecnológicos facilito en gran medida la realización de los trabajos. Mediante todas estas acciones descritas es que el Sector Salud pudo contribuir con el Objetivo Nacional 1 "Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás", mejorando su capacidad resolutiva en el primer nivel de atención, asegurando sus recursos humanos y logísticos para la prestación de los servicios y desarrollando estrategias de prevención y anticipación ante futuras enfermedades o pandemias que podrían afectar a la población.

4. FASE 3: POLÍTICAS Y PLANES COORDINADOS

En este capítulo se describen los objetivos estratégicos sectoriales y las acciones estratégicas sectoriales con sus respectivos indicadores.

4.1. Objetivos Estratégicos Sectoriales

Los Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) se formularon en base a las 3 variables prioritarias identificadas y a la imagen del futuro deseado, productos de la Fase 1 y Fase 2, que se describen a continuación:

- ***Objetivo Estratégico Sectorial N°1: "Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano"***

  Este objetivo está orientado a incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población, con la finalidad de mantener la salud, disminuir los factores modificables causales de la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, lo largo de nuestras vidas, así como del abordaje de los determinantes sociales que afectan nuestra salud.

- ***Objetivo Estratégico Sectorial N° 2: "Mejorar el acceso a los servicios de salud a la población"***

  A partir del constructo de acceso a los servicios de salud, este objetivo permitirá asegurar el goce del derecho de la población al uso de servicios de salud de calidad, integrales, humanizados, con pertinencia cultural, con capacidad resolutiva, a través de oferta de salud suficiente en sus diferentes modalidades, organizadas en Redes Integradas de Salud, con prestaciones en el cuidado de salud individual y de salud colectiva, por curso de vida con disponibilidad de recursos para garantizar la atención en salud, de esta manera se da la protección financiera a la población vulnerable, mitigando las barreras de acceso como las organizacionales; basado en la evaluación de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad según lo propuso T. Tanahashi en su modelo de equidad para la cobertura eficaz de salud a la población, donde el servicio de salud adecuará su organización y modo de operar en función a las necesidades de la población, tomando en cuenta que esta tendrá claro cuáles son esas necesidades que requiere sean atendidas; orientada a una cobertura efectiva cuando, tanto la demanda como la oferta han equiparado las necesidades y la adecuación, dando seguridad, satisfacción y protección a los usuarios de los servicios de salud.

- ***Objetivo Estratégico Sectorial N° 3: "Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud"***

  Este objetivo se fundamenta en la necesidad de mejorar la capacidad de conducción y articulación del Sector Salud como función ineludible y exclusiva de la Autoridad Nacional de Salud para el ejercicio del buen gobierno del sistema de salud.
  El proceso de gobernanza en salud es la forma en que los diferentes actores del sistema de salud se organizan, toman decisiones, determinan a quiénes implican en ello, e identifican la manera de garantizar la responsabilidad e implementación de las medidas tomadas. Estas funciones se operativizan en la conducción del Sector Salud para la ejecución de diferentes intervenciones que buscan promover, proteger y respetar la salud, la vida y el bienestar de la población.

Los objetivos estratégicos sectoriales formulados en el presente Pesem contribuyen al marco estratégico nacional, con la Visión del Perú al 2050, el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050, en su Objetivo Nacional 1 "Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás" y su Objetivo Específico 1.2 "Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital"; así como al Objetivo Nacional 2 "Gestionar

el territorio de manera sostenible a fin de prevenir y reducir los riesgos y amenazas que afectan a las personas y sus medios de vida, con el uso intensivo del conocimiento y las comunicaciones, reconociendo la diversidad geográfica y cultural, en un contexto de cambio climático" y su Objetivo Específico 2.7 "Aumentar la resiliencia y adaptación de la población y sus medios de vida ante el cambio climático con énfasis en el tránsito hacia una economía baja en carbono y el monitoreo inteligente de fenómenos geológicos, hidro climáticos y glaciológicos y la planificación".

Asimismo, se encuentran enmarcadas dentro de las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, en particular a la 13ª Política de Estado: "Acceso y Cobertura Universal de los Servicios de Salud y a la Seguridad Social", con la búsqueda de la mejora de la salud de las personas y de la mejora del acceso a los servicios de salud.

De la misma manera, lo estipulado en el presente Pesem se articula con la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable" y su Plan Estratégico Multisectorial, en cuanto al cumplimento de sus 3 objetivos prioritarios; así como a las Políticas Nacionales: Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030, Política Nacional Multisectorial de Seguridad Vial al 2030, Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores al 2030, Política Nacional de la Juventud, Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030, Política Nacional de Igualdad de Género, Política Nacional Multisectorial para las niñas, niños y adolescentes al 2030; así como con la Política General de Gobierno al 2026.

Por otro lado, en el marco de los compromisos internacionales del país, el Pesem se corresponde con la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030, principalmente con el ODS 3 "Salud y Bienestar" que reconoce que "la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible".

Para el desarrollo de los indicadores de los objetivos estratégicos sectoriales, se tomó en cuenta los indicadores desarrollados en las Fases 1 y 2 del presente Pesem, indicadores establecidos en PEDN, e incluye el planteamiento de los nuevos indicadores, con sus valores basales y las metas programadas hasta el 2030.

4.2. Acciones Estratégicos Sectoriales

Las Acciones Estratégicas Sectoriales (AES) constituyen los cambios que contribuyen al logro de los OES, permiten obtener un determinado logro y generar efectos en la población en un corto plazo y se ubican a nivel de resultado inicial dentro de la cadena de resultados. En ese sentido, se cuentan con las siguientes AES como se describen a continuación:

OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano

- **AES 1.1 Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población**
  Está orientado a incentivar el desarrollo de hábitos, conductas y estilos de vida saludables que nos permita mantener la salud y prevenir las enfermedades, a lo largo de nuestras vidas, así como participar activa y positivamente en la recuperación de nuestra salud o de nuestros familiares y personas cercanas.

- **AES 1.2 Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población**
  Está orientada a prevenir, controlar y reducir el impacto de los riesgos modificables atribuidos a la pérdida de años de vida saludables por discapacidad o por muerte prematura, así como a la recuperación de la salud de las personas afectadas por enfermedades transmisibles, no transmisibles, condiciones o patologías materno-neonatales, nutricionales, entre otros.

OES 2: Mejorar el acceso a servicios de salud a la población

- **AES 2.1 Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.**
  Es asegurar la capacidad de las IPRESS que cuente con la provisión de recursos como productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; infraestructura y equipamiento; recursos humanos en salud; salud digital (telemedicina, inteligencia artificial, historia clínica electrónica, interoperabilidad, entre otros), necesarios para la atención de salud a la persona, familia y comunidad.

- **AES 2.2 Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población**
  Corresponde a la capacidad de uso del servicio de salud a partir de la reducción de las barreras de acceso geográfico, organizacional y administrativo financiero de los servicios de salud por la población, cuando lo requiera, de manera oportuna.

- **AES 2.3 Mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud.**
  Referida al incremento del deseo en el uso de los servicios de salud por la población, abordando la percepción de las necesidades de salud, influenciada por factores sociales, ccreencias sobre la salud y la enfermedad religiosos, normas y valores, trato y privacidad, adecuación de los servicios a la edad, sin discriminación entre otros.
- **AES 2.4 Incrementar el uso de los servicios de salud de la población.**
  Es el contacto contacto real entre el servicio de salud y el usuario/paciente cuando los servicios están disponibles, accesibles y aceptables. Es la continuidad de la atención de salud en relación con la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población.

- **AES 2.5 Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población**
  Esta Acción Estratégica se refiere a coberturar el cuidado integral por curso de vida (refiérase a cada etapa de vida) en los diferentes servicios de salud, indistintamente al seguro de salud al que pertenecen de acuerdo con las expectativas de las necesidades de salud de la población, con énfasis en la población más vulnerable de acuerdo a la cobertura universal de salud.

OES 3: Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud

- **AES 3.1 Fortalecer la función reguladora y fiscalizadora en el sistema salud**
  Esta acción busca fortalecer la aplicación y cumplimiento de normas y procedimientos para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de los servicios de salud. Esta acción estratégica está expresa las funciones exclusivas de rectoría enmarcada en las Funciones Esenciales en Salud Pública – FESP, establecidas por la Organización Panamericana de la Salud. De modo específico la número 4, relacionada con la "Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población". Esta función desarrolla de forma dos componentes: a) el desarrollo de las capacidades de las autoridades de salud para formular e implementar políticas sectoriales que aborden los problemas de salud de la población y estén informadas por el mejor conocimiento disponible y relevante, y b) el fortalecimiento de su influencia sobre la producción de un cuerpo legislativo que defina una estructura institucional formal y regulatoria del sector de la salud. Ambos componentes deberían estar guiados por los valores, las premisas y los objetivos de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de la salud a través del fortalecimiento de la estructura institucional del sector de la salud como respuesta a los desafíos y problemas de salud de la población.

- **AES 3.2 Incrementar el nivel de cumplimiento de los mecanismos de articulación intergubernamental en el sistema de salud**
  Mediante esta acción se propone promover la cooperación y coordinación entre los diferentes niveles de gobierno y actores de la sociedad civil para el logro de los objetivos en salud. En este proceso es en la cual se producen reglas de juego para una institucionalidad en las que se haga posible el

conjunto de interacciones e intercambios que mejoran la capacidad de gobierno. Estas interacciones de los actores estratégicos del sistema de salud dan como resultado a la definición de políticas, la forma en la que estas de diseñan y su implementación. Estos procedimientos posibilitan la interacción horizontal entre el ámbito público, el privado y los actores sociales, en el contexto más amplio de una institucionalidad que permita avanzar sobre acuerdos sociales. Creando una estructura de toma de decisiones a través de redes multinivel de actores gubernamentales y no gubernamentales. A su vez, es relevante para estos procesos la forma y estilo de gobierno, que es democrático y descentralizado cuya propuesta se orienta a nuestro gobierno del sistema de salud a permitir grados crecientes de cooperación e interacción entre los diferentes actores del territorio, previamente descritos.

- **AES 3.3 Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud**
  La acción seleccionada busca la promoción y el involucramiento en gestión pública de la ciudadanía y organizaciones sociales mediante la transparencia y rendición de cuentas en el Sector Salud. Este fortalecimiento del gobierno abierto se entiende como las acciones de involucramiento en la gestión pública de organizaciones sociales y ciudadanos, virtual y no virtual. Con las nuevas herramientas que nos brinda el internet las propuestas de gobierno abierto se pueden materializar y es al día de hoy uno de los principales ejes transversales de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Esta política es fundamental en la transformación y mejora del sector de la salud en aspectos relacionados con la salud digital, la gestión de recursos humanos y el financiamiento, lo que conduce a una atención médica más eficiente y de mayor calidad para la población.

- **AES 3.4 Mejorar la gestión de riesgos ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población.**
  Esta acción desarrolla el proceso de mejora para identificar, evaluar y responder a los riesgos que pueden afectar la salud de la población. En dicho contexto la Organización Panamericana de la Salud conceptualiza este proceso como el marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud (MRM), donde se abordan diferentes tipos de amenazas e impactos en contextos en los que los sucesos peligrosos pueden producirse de uno en uno, simultáneamente, en cascada o de forma acumulativa con el tiempo, y teniendo en cuenta los posibles efectos relacionados entre sí para la población. Esta propuesta articulada busca crear también un sistema de alerta temprana de amenazas múltiples con capacidad para advertir de una o más amenazas aumentando la eficiencia y coherencia de las alertas mediante mecanismos y capacidades coordinados y compatibles, en los que intervienen múltiples disciplinas para una identificación de amenazas actualizada y precisa y para la vigilancia de amenazas múltiples.

A continuación, se muestran los indicadores relacionados a cada OES y AES:

Tabla 25. Matriz de objetivos estratégicos sectoriales y acciones estratégicas sectoriales

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano	Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades no transmisibles	127.7 (2019)	125.1	125.1	125.1	123.2	123.2	123.2	121.3	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
		Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	33.9 (2019)	32.9	32.9	32.9	31.9	31.9	31.9	30.5	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
		Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para accidentes y lesiones	18.9 (2019)	18.3	18.3	18.3	17.9	17.9	17.9	17.1	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
AES 01.1	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población	Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	65.7% (2019)	67%	69%	71%	73%	75%	77%	80%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
		Porcentaje de personas de 15 o más años que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.	10.5% (2022)	10.65%	10.85 %	11.00 %	11.25 %	11.50 %	11.75 %	12.00 %	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
		Porcentaje de la población que practica regularmente actividad física moderada o alta, al menos 30 minutos diarios	25% (2019)	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
		Porcentaje de hogares rurales que realizan prácticas adecuadas en el lavado de manos	2.2% (2022)	2.50%	3.00%	3.50%	4.00%	4.50%	5.00%	5.50%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
		Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fuman cigarrillos diariamente en los últimos 12 meses	16.2% (2022)	16%	15.9%	15.7%	15.5%	15.3%	15%	14.9%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
		Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que en los últimos 30 días consumen alguna bebida alcohólica	36.1% (2022)	36%	35%	34%	33%	32%	31%	30%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
AES 01.2	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población	Fracción atribuible poblacional de sobrepeso como factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2	41.9% (2022)	40.60%	40.60 %	40.60 %	39.40 %	39.40 %	39.40 %	37.70 %	CDC-MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades)
		Fracción atribuible poblacional de obesidad como factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2	58.1% (2022)	56.40%	56.40 %	56.40 %	54.60 %	54.60 %	54.60 %	52.30 %	CDC-MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades)
		Fracción atribuible poblacional del no uso de preservativo en última relación sexual como factor de riesgo para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	94.2% (2022)	94.20%	94.20 %	94.20 %	94.00 %	94.00 %	94.00 %	93.80 %	CDC-MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades)
		Porcentaje de contactos de tuberculosis que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis	3% (2022)	30%	60%	70%	80%	90%	90%	90%	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.	Porcentaje del gasto de directo en salud de los hogares	28.3% (2019)	28.4%	28.3%	28%	27.8%	27.5%	27.3%	27%	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud	31.2% (2022)	32.4%	32.7%	33%	33.4%	33.8%	34.2%	34.6%	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - Ministerio de Salud (MINSA)

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
		Tiempo promedio de espera de pacientes con cáncer para el inicio de tratamiento oncológico	≤ 60 días (2022)	≤ 60 días	≤ 55 días	≤ 50 días	≤ 45 días	≤ 30 días	≤ 30 días	≤ 30 días	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
AES 02.1	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.	Porcentaje de disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) en los Establecimientos de Salud (EESS)	80% (2023)	82%	84%	86%	87%	88%	89%	90%	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Tasa de médicos por 100 habitantes	1.72 (2023)	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	2.0	2.0	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)
		Tasa de enfermeras por mil habitantes	2.2 (2023)	2.2	2.3	2.4	2.4	2.5	2.6	2.7	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)
AES 02.2	Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población.	Porcentaje de IPRESS que brindan prestaciones de telemedicina a la población.	65% (2023)	70%	75%	80%	85%	90%	95%	99%	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)
AES 02.3	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población	Porcentaje de usuarios satisfechos en consulta externa	62% (2022)	63%	64%	65%	67%	68%	70%	72%	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
		Porcentaje de usuarios satisfechos en hospitalización	64% (2022)	65%	67%	69%	70%	72%	73%	74%	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
		Porcentaje de usuarios satisfechos en emergencia	55% (2022)	58%	60%	62%	65%	67%	68%	70%	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
AES 02.4	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población	Porcentaje de atenciones prehospitalarias oportunas de emergencias y urgencias médicas de prioridades I y II	44% (2022)	52%	56%	60%	64%	68%	72%	76%	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de atenciones en los servicios de telemedicina que recibe la población	7.31% (2022)	7.3%	7.4%	7.4%	7.4%	7.5%	7%	7.7%	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA) (revisar ficha)

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
		Porcentaje de afiliados al SIS atendidos en el primer nivel de atención	46% (2022)	48%	55%	60%	63%	65%	67%	69%	Seguro Integral de Salud - SIS
AES 02.5	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población	Porcentaje de recién nacidos que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud	26.4% (2022)	31.5%	36.5%	41.5%	46.5%	51.5%	56.5%	61.5%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud	38% (2022)	43%	48%	53%	58%	63%	68%	73%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de adolescentes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud	10.5% (2022)	11%	11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%	14%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de jóvenes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud	1.4% (2022)	1.3%	1.5%	2%	2.5%	3%	4%	5%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de personas adultas que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud.	0.18% (2020)	0.8%	1.3%	1.8%	2.3%	2.8%	3.3%	3.8%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de personas adultas mayores que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud.	5.93% (2019)	6.8%	7.3%	7.8%	8.3%	8.8%	9.3%	9.8%	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
OES 03	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud	Índice de ejecución de las decisiones en salud	0 (2023)	0.35	0.42	0.49	0.56	0.68	0.74	0.82	Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
		Índice de coberturas alcanzadas en salud	0 (2023)	0.42	0.49	0.56	0.63	0.7	0.77	0.84	
AES 03.1	Fortalecer los mecanismos de cumplimiento de la	Porcentaje de controversias en materia de salud atendidas y/o resueltas de manera oportuna	89% (2022)	91%	92%	93%	94%	95%	96%	97%	Superintendencia Nacional de Salud - Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR.

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
	función reguladora y fiscalizadora en salud.										
AES 03.2	Incrementar el nivel de cumplimiento de los mecanismos de articulación intergubernamental en el sistema de salud.	Porcentaje de compromisos asumidos en los mecanismos de articulación intergubernamental implementados por los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Salud	68% (2022)	60%	65%	70%	72%	75%	78%	81%	Oficina General de Descentralización (OGDESC) - Ministerio de Salud
AES 03.3	Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud	Índice de Capacidad Preventiva Sectorial frente a la Corrupción (ICP)	0.64 (2023)	0.71	0.76	0.82	0.88	0.94	1	1	Oficina de Transparencia y Anticorrupción (Otrans) del Ministerio de Salud
		Porcentaje de IPRESS públicas que ofrecen servicios digitales.	0% (2022)	5%	10%	20%	30%	40%	50%	55%	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) - Ministerio de Salud (MINSA)
		Porcentaje de recursos humano en salud con capacidades fortalecidas	0% (2022)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud
AES 03.4	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales.	Porcentaje de capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud	35% (2021)	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Dirección de Respuesta a Brotes, Epidemias, Emergencias Sanitarias en Salud Global - RSI del MINSA.
		Porcentaje de establecimientos de salud a nivel nacional que implementan la gestión del riesgo de desastres en salud.	0% (2022)	5%	10%	15%	20%	25%	35%	50%	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud - DIGERD del Ministerio de Salud
		Porcentaje de regiones con ofertas móviles implementadas, para la respuesta	0% (2022)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y

Código	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES) / Acción Estratégica Sectorial (AES)	Indicador	Línea base	Logros esperados							Responsable del Indicador
				2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
		oportuna a emergencias y desastres en salud.									Defensa Nacional en Salud. Unidad de Movilización en Salud. - DIGERD del Ministerio de Salud
		Porcentaje de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en beneficio de la salud pública.	12% (2022)	20%	40%	60%	72%	80%	88%	100%	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud. - cambio climático del Ministerio de Salud

4.3. Contribución del Pesem a los instrumentos que orientan el desarrollo

Se elaboró la Matriz de articulación del Pesem con el PEDN 2050 y el PEM de la PNMS 2030, y matriz de vinculación del Pesem con las Políticas Nacionales, como se detalla a continuación:

Matriz de articulación del Pesem con el PEDN

Tabla 26. Matriz de articulación del Pesem con el PEDN.

PEDN					Pesem			Breve explicación de la contribución con OE u AE
Objetivo Nacional (ON)		Objetivo Específico (OE) / Acción Estratégica (AE)			Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)			
Código	Enunciado	Código	Enunciado	Indicador	Código	Enunciado	Indicador	
ON 1	Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás.	OE 1.2	Reducir los niveles de mortalidad y morbilidad garantizando el acceso universal a la salud de la población,	*Esperanza de vida a los 65 años *Tasa de mortalidad materna evitable por cada 100,000 mujeres en edad fértil	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano	Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades no transmisibles	La disminución de la carga de enfermedad, asociada a una disminución de la mortalidad y morbilidad de la población entre otros aspectos relevantes, es el

PEDN					Pesem			Breve explicación de la contribución con OE u AE
Objetivo Nacional (ON)		Objetivo Específico (OE) / Acción Estratégica (AE)			Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)			
Código	Enunciado	Código	Enunciado	Indicador	Código	Enunciado	Indicador	
			con énfasis en los grupos más vulnerables y que las personas adopten hábitos y estilos de vida saludables, impulsando la salud digital.	*Tasa de mortalidad prematura por Enfermedades no Transmisibles			Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	resultado de la mejora del estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano; ello, aunado al incremento de la adopción de estilos y hábitos de vida saludables contribuye a que la población esté más saludable o con menores riesgos de presentar una enfermedad o complicación, de esta manera podrá desarrollarse plenamente en la sociedad.
				*Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos			Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para accidentes y lesiones	
ON 1	Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás.	AE 1.2.1.	Elevar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables, alimentación nutricional, de manera progresiva y extendida en toda la población; mediante practicas educativas, la detección e intervención precoz sobre factores de riesgo, las enfermedades y daños, con énfasis en las prioridades nacionales.	*Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano	Porcentaje de personas de 15 o más años que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.	El incremento de la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables contribuye a que la población esté más saludable o con menores riesgos de presentar una enfermedad o complicación. Asimismo, la identificación y el abordaje oportuno de estos factores de riesgo, y de las enfermedades y daños en la salud de las personas, contribuye a evitar mayores años saludables perdidos o vividos con discapacidad en la población, de esta manera
				*Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fumaron cigarrillos en los últimos 12 meses			Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fuman cigarrillos diariamente en los últimos 12 meses	

PEDN					Pesem			Breve explicación de la contribución con OE u AE
Objetivo Nacional (ON)		Objetivo Específico (OE) / Acción Estratégica (AE)			Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)			
Código	Enunciado	Código	Enunciado	Indicador	Código	Enunciado	Indicador	
								podrá desarrollarse plenamente en la sociedad.
ON 1	Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás.	AE 1.2.2.	Asegurar la detección oportuna de las distintas enfermedades causantes de la morbilidad en el país, mediante la implementación de laboratorios regionales y la incorporación de nuevas pruebas diagnósticas en el lugar de la atención y para el autotesteo, garantizando los recursos presupuestales y logísticos.	*Porcentaje de diagnósticos de cánceres prevalentes según estadios clínicos tempranos.	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.	Tiempo promedio de espera de pacientes con cáncer para el inicio de tratamiento oncológico	La mejora en el acceso de la población a los servicios de salud permitirá realizar diversas intervenciones sanitarias de manera oportuna para la identificación y manejo de los diversos factores de riesgo y enfermedades que ocasionan la morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población.
				*Porcentaje de diagnósticos de cánceres prevalentes según estadios clínicos tardíos.				
				*Porcentaje de personas diagnosticadas con cánceres prevalentes que inician tratamiento oncológico con quimioterapia.				
				*Porcentaje de muestras procesadas oportunamente para el diagnóstico de enfermedades con impacto en salud pública				
				*Porcentaje de casos nuevos de infección VIH en estadío avanzado según recuento inicial de linfocitos T CD4				
				*Porcentaje de casos nuevos de infección VIH en estadío sida según recuento inicial de linfocitos T CD4				

PEDN					Pesem			Breve explicación de la contribución con OE u AE
Objetivo Nacional (ON)		Objetivo Específico (OE) / Acción Estratégica (AE)			Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)			
Código	Enunciado	Código	Enunciado	Indicador	Código	Enunciado	Indicador	
				*Porcentaje de personas de 15 años a más con obesidad				
ON 1	Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás.	AE 1.2.3.	Alcanzar el acceso universal y equitativo a cuidados y atenciones de salud integrales y de calidad por curso de vida, centrados en la persona, familia y comunidad en el marco del Aseguramiento Universal de Salud, y en base a redes integradas de salud con capacidad resolutiva suficiente e interconectados tecnológicamente; y la participación de los agentes comunitarios, con especial énfasis en el primer nivel de atención.	*Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año protegidos con vacuna pentavalente	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.	Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud Porcentaje de adolescentes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud Porcentaje de personas adultas mayores que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud. Porcentaje de usuarios satisfechos en consulta externa	La mejora en el acceso de la población a los servicios de salud, a través del cuidado integral por curso de vida de la población en la persona, familia y comunidad; así como la cobertura integral de los diversos factores de riesgo y enfermedades que ocasionan la morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población; conllevando a reducir el gasto de bolsillo que realiza el usuario para mejorar su salud, mantenerse sano o evitar que su condición crónica pueda empeorarse.
				*Porcentaje de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión, paperas y rubeola				
				*Porcentaje de niñas de 5to grado de primaria y/o de 9 a 13 años protegidas con vacuna contra VPH				
				*Porcentaje de Usuarios de Consulta Externa satisfechos				
				Porcentaje de Establecimientos de Salud Autoevaluadas				
				Porcentaje de personas Adultas Mayores con Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)				
				Índice de concentración de prevalencia de uso de servicios de atención materna según Índice de Desarrollo Humano (IDH) regional.				
				Porcentaje de gestantes con anemia que reciben tratamiento.				

PEDN					Pesem			Breve explicación de la contribución con OE u AE
Objetivo Nacional (ON)		Objetivo Específico (OE) / Acción Estratégica (AE)			Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)			
Código	Enunciado	Código	Enunciado	Indicador	Código	Enunciado	Indicador	
				Porcentaje de gestantes con 6 o más controles prenatales				
				Porcentaje de personas mayores de 60 años con vacuna contra influenza				
ON 1	Alcanzar el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, sin dejar a nadie atrás.	AE 1.2.7.	Mejorar los niveles de articulación de los actores intersectoriales e intergubernamentales, con una organización eficiente de los recursos y orientación a una cobertura y acceso universal a los servicios de salud, y la acción multisectorial sobre los determinantes sociales de la salud.	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan acciones en materia de establecimientos de salud seguros. Porcentaje de regiones con Ofertas Móviles implementadas para la respuesta a emergencias y desastres.	OES 03	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud	Porcentaje de establecimientos de salud a nivel nacional que implementan la gestión del riesgo de desastres en salud. Porcentaje de regiones con ofertas móviles implementadas, para la respuesta oportuna a emergencias y desastres en salud.	El fortalecimiento de la rectoría y gobernanza en salud, incluye las acciones relacionadas a la participación y articulación intersectorial e intergubernamental, permitirán la mejora en la eficiencia del uso de recursos orientados a coberturar los cuidados en salud, así como primordialmente el abordaje de los diferentes determinantes sociales de la salud, lo cual tendrá como resultado el bienestar de la población.

Matriz de vinculación del Pesem con las Políticas Nacionales

Tabla 27. Matriz de vinculación del Pesem con las políticas nacionales

Política nacional	Política Nacional de Multisectorial de Salud		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 1	Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
OP 2	Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
OP 3	Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud	OES 03	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud
Política nacional	Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social al 2030		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 1	Mejorar el desarrollo infantil temprano para asegurar su inclusión social	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
OP4	Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores para asegurar su inclusión social.	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Política nacional	Política Nacional Multisectorial de Seguridad Vial al 2030		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 6	Incrementar la capacidad de respuesta frente a siniestros viales para las y los usuarios viales	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Política nacional	Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores al 2030		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP. 02	Promover el envejecimiento saludable en las personas adultas mayores	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Política nacional	Política Nacional de la Juventud		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 3	OP3. Incrementar la atención integral de salud de la población joven	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Política nacional	Política Nacional Multisectorial en Discapacidad para el Desarrollo al 2030		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 3	Asegurar el acceso y cobertura de servicios integrales de salud para las personas con discapacidad	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Política nacional	Política Nacional de Igualdad de Género		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 2	Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres	OES 02	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población

Política nacional	Política Nacional Multisectorial para las niñas, niños y adolescentes al 2030		
Objetivo Prioritario (OP)		**Objetivo Estratégico Sectorial (OES)**	
Código	**Enunciado**	**Código**	**Enunciado**
OP 1	Mejorar las condiciones de vida saludables de las niñas, niños y adolescentes	OES 01	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano

5. FASE 4: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA

El responsable técnico del seguimiento y evaluación del Pesem es la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (Ogppm) del Ministerio de Salud, velando por su cumplimiento y aplicando los lineamientos establecidos en la Guía para el seguimiento y evaluación de políticas nacionales y planes del SINAPLAN (2023) y sus actualizaciones

5.1. Seguimiento

El CEPLAN (2023) señala que la etapa de seguimiento de los planes en el SINAPLAN comprende cuatro pasos. Inicia con la recolección de datos e información que, tras su sistematización, permite obtener productos como los reportes de seguimiento a través de los cuales se facilita la identificación de alertas sobre el progreso de las políticas y planes.

La Ogppm realiza el proceso de seguimiento del Pesem anualmente, de acuerdo con las pautas metodológicas establecidas, asimismo establece su verificación y/o registro en el aplicativo informático CEPLAN V.01.

Este proceso culmina cuando la Ogppm realiza la emisión del Reporte de Seguimiento del aplicativo informático CEPLAN V.01 de acuerdo con la información remitida, asegura su publicación en el Portal de Transparencia Estándar (PTE) del MINSA y envía el reporte a los titulares de los pliegos.

5.2. *Evaluación*

La evaluación del Pesem es una valoración objetiva, integral y metódica sobre su diseño, implementación y resultados, donde se identifican y analizan los factores que han contribuido o limitado el logro de lo planificado, generando recomendaciones basadas en evidencia. Durante la evaluación se revisa, reflexiona y emiten juicios valorativos con fundamento, principalmente, sobre la pertinencia, eficacia y eficiencia de nuestras intervenciones y los logros que obtenemos. Asimismo, dependiendo de las necesidades de evidencia, se analizan los impactos (previstos y no previstos) y la sostenibilidad de estos.

Evaluación de los resultados: La evaluación de los resultados valora el cumplimiento y efectos, esperados y no esperados del Pesem. Es integral al contrastar la implementación con los resultados obtenidos, identificando cómo se viene alcanzando la situación futura deseada que motivó la elaboración de dicho documento. Se valoran elementos como:

1. Cumplimiento de objetivos prioritarios o estratégicos
2. Consistencia entre resultados obtenidos e implementación
3. Revisión de resultados como contribución al logro de la situación futura deseada
4. Factores que contribuyen o dificultan alcanzar los logros esperados
5. Otros efectos no esperados

5.3. Productos del proceso de seguimiento y evaluación

Los principales productos del proceso de seguimiento y evaluación son el reporte de seguimiento, el informe de evaluación y su correspondiente matriz de compromisos para implementar las recomendaciones resultantes del proceso. Asimismo, estos productos deben ser publicados en el Portal de Transparencia Estándar (PTE).

La publicación del reporte de seguimiento para el Pesem se realiza con frecuencia anual. En cuanto a la evaluación, para el presente documento se realizará la publicación del informe junto con su matriz de compromisos se realiza cada dos años.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

Álvarez-Miño, L., & Taboada-Montoya, R. (2022). Efectos del cambio climático en la salud pública, 2015-2020.

AMR reviwe (2016): Mundo cantidad estimada de muertes atribuidas a la resistencia a los antimicrobianos infecciosas y no infecciosas.

André N. et. Al (2013) Rectoría y Gobernanza en Salud Pública. Revista de Salud Pública. Volumen 15 (1).

Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev. Panam. Salud Publica. 2020;44:e100. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.100

Carbon Brief (2022) Extreme Weather. Consultado en diciembre de 2023 ://www.carbonbrief.org/mapped-how-climate-change-affects-extreme-weather-around-the-world/.

Cárdenas E., Juárez C., Moscoso R. & Vivas J. (2017). Determinantes sociales en salud. ESAN ediciones. https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/determinantes-sociales-en-salud

Celis, K. y Farías, C. (2018). Determinación e implementación de indicadores de calidad para mejorar la atención en el área de emergencias de una clínica (Tesis para optar el título de Ingeniero Industrial y de Sistemas). Universidad de Piura. Facultad de Ingeniería. Programa Académico de Ingeniería Industrial y de Sistemas. Piura, Perú.

Cortés E., Ramírez E., Olvera J. & Arriaga Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. Alternativas en Psicología, 14(20), 78-88. Departamento de Salud de Vasco

CEPLAN (2021) Reporte 2021. Riesgos globales y nacionales para el Perú 2021-2031. 3ra edición. Lima. Perú.

CEPLAN (2022) Listado referencial de escenarios de corto y largo plazo. Lima, Perú.

Diaz, J. J., & Valdivia, M. (2012). The Vulnerability of the Uninsured. Obtenido de: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/MV_JJD_Financ inghealth.pdf

Encuesta Nacional de Hogares (2021). Condiciones de vida en el Perú Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2019-2020-2021-2022

Gómez et col. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. Rev Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca ene.2011.

ICEX (2018). Estudio de mercado de la biotecnología en Estados Unidos 2018.

ICEX (2019). Estudio de mercado de la biotecnología en Reino Unido 2019.

INEI (2019). Programa de Prevención y Control del Cáncer. Lima, Perú.

INEI (2020) Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico. Lima, Perú.

INEI (2021) Situación de la Población Adulta Mayor. Lima, Perú.

INEI (2022) Perú Brechas de Genero 2022, Avances hacía la igualdad de mujeres y hombres. Lima, Perú.

INEI (2022) Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales. Lima, Perú.

INEI (2023) Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. Lima, Perú.

INEI (2023) Perú: Evolución de la Pobreza Monetaria 2011-2022. Informe Técnico. Lima, Perú.

Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Suplemento 2. Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, 85-95. Obtenido de https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5031

Launay, C. (2005) La Gobernanza: Estado, ciudadanía y renovación de lo político. Política y Sociedad.

La República (2023) Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad. Consultado en diciembre de 2023. Lima, Perú

Lozada, M. (2010). Riesgo de familias peruanas en incurrir en gasto catastrófico en salud. Obtenido de http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1513?locale-attribute=en

M. Estrada (2019) El 70% de las viviendas son informales y muy vulnerables a sismos, aseguró el ministro de vivienda, Consultado en diciembre de 2023 R. Noticias, Lima, Perú.

Ministerio de Salud (2015) Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995 - 2012. Lima, Perú.

Ministerio de Salud (2022) Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud. Lima, Perú.

Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1223-49.

Naslund-Hadley E., Ramos M., Paredes J., Bolivar A. & Wilches-Chaux G. (2015). Garantizar entornos saludables.Ministerio de Salud de Colombia

ONP (2022) Boletín Estadístico – Oficina de Normalización Previsional. Lima, Perú.

Organización Meteorológica Mundial (2021) El estado del clima en América Latina y el Caribe. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).

Organización Mundial de la Salud. (2019). Fortalecimiento de la formación de recursos humanos para la salud: plan estratégico 2018-2023

Organización Panamericana de la Salud(2020) Las funciones esenciales de la salud pública en las américas, Una renovación para el siglo XXI Marco conceptual y descripción.

Organización Panamericana de la Salud (2010). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía de Buenas Prácticas Regulatorias para la Región de las Américas

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. una renovación para el siglo XXI. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (3.a ed.).

Organización Mundial de la Salud (2021) Guidance for Health Information System Governance

Organización Mundial de la Salud (2021) Cobertura sanitaria universal. Recuperado el 19 de 06 de 2023, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Organización Panamericana de la Salud. (s.Año) Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Ainhoa Ruiz-Azarola, Lilisbeth Perestelo-Pérez. Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1. páginas 158-161 (Marzo 2012).

Pedraza, C. &. Prieto, L. (2012). El gasto de bolsillo en Salud: El caso de Chile, 1997 y 2007.

Robles, L. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. An. Fac. med. v.74 n.1 Lima ene. 2013.

Ruiza-Azarola, A et. Al (2012) Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012 Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Núm. S1.páginas 158-161 (Marzo 2012)

S. Yauri (2017) «Escenario sísmico para Lima Metropolitana y Callao: Sismo 8.8Mw,» INDECI - DIPRE, Lima, Perú.

SENAMHI (2021) Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio. Lima, Perú.

SENAMHI (2023) Sistema de Monitoreo y pronóstico de sequías hidrológicas. Obtenido de: https://www.senamhi.gob.pe/?p=monitoreo-pronostico-sequias

SUSALUD (2022) Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional, Lima Perú.

Talavera, G. (2019) Interview, Hospitales en riesgo ante eventual terremoto, advierte Federación Médica. [Entrevista].Lima, Perú.

Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 17 de octubre de 2020;396(10258):1204-22.

Tanahashi T.(1978) Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organizatio.Geneva, Switzerland.

Ugarte, O. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica vol.36 no.2 Lima jun./set. 2019.

WHO (2018) Updated WHO projections of mortality and causes of death 2016-2060. Geneva, Switzerland.

World Health Organization. Good governance for health. Geneva: WHO; 1998.

Xu, K. (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626

Anexo 1: Análisis de las tendencias y su impacto en las variables del Sector Salud

Tendencia N° 1 Cambios en la estructura etaria y envejecimiento de la población (CEPLAN, 2021)
En el Perú al 2030, aproximadamente el 13% de la población total pertenece al grupo etario de mayores de 60 años (4.3 millones de personas).
Este importante número de personas de la población de adultos mayores padece la carga de enfermedades crónicas, de salud mental, y sus secuelas, originando una mayor demanda por servicios de salud. Según el INEI80, el 2021, el 83,9% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico; en la población adulta masculina, los problemas de salud crónicos afectan al 70,0%. En el área rural, la proporción no varía mucho, evidenciándose presencia de problemas de salud crónicos en el 82,7% de la población adulta femenina y un 71,4% de la población adulta masculina. Para el año 2070 la población adulta mayor alcanzará el 30% de la población total, siendo los adultos de 80 años de edad o más la que crece más rápidamente.
El proceso de envejecimiento de la población mundial y nacional, asociado al aumento de la esperanza de vida de la población y al cambio en el perfil epidemiológico que supone el incremento de las enfermedades crónicas no trasmisibles como el cáncer, enfermedades mentales, enfermedades cardio metabólicas como la diabetes y la hipertensión arterial, entre otras, también incrementarán las secuelas incapacitantes y/o discapacitantes, lo cual exigirá un mayor soporte familiar y social (mayor dependencia).
Así, el envejecimiento con incremento de la carga de enfermedad por enfermedades crónicas y degenerativas generará un impacto directo de mayor demanda por servicios de salud que atiendan dicho perfil epidemiológico. En la actualidad, los servicios de salud no están disponibles en cantidad suficiente ni son adecuados para este tipo de demanda incrementada, la infraestructura y el equipamiento biomédico es obsoleto e insuficiente; el personal de salud es insuficiente y no cuenta con la formación especializada y es carente de ciertas competencias que se requieren para un manejo integral del adulto mayor con múltiples patologías, con la necesidad de múltiples productos farmacéuticos de manejo farmacológico complejo con posibles interacciones medicamentosas relacionados al manejo de patologías concomitantes, la demanda por dispositivos médicos diversos de calidad.
Por otra parte, este nuevo panorama clínico epidemiológico exigirá de un sistema de salud con capacidad resolutiva suficiente en el primer nivel de atención y de referencia y contrarreferencia oportuno y eficaz. El modelo de cuidados integrales de servicios de salud para la población adulta mayor requerirá abordar la atención de la dependencia de las personas ya sea por discapacidad o incapacidad física y/o mental, resolviendo las barreras socioeconómicas, culturales y geográficas existentes en el Perú.

Tendencia N°2. Cambios en el patrón de enfermedades (CEPLAN, 2023 (b))
Una mayor carga de enfermedad en el sistema de salud a causa del incremento de la morbimortalidad de enfermedades transmisibles, no transmisibles. condiciones maternas, perinatales y neonatales, así como los traumatismos o lesiones de diversas causas; muchas de estas que generan discapacidad, generan incremento en los costos en salud, incremento del gasto de bolsillo (sobre manera el gasto empobrecedor del hogar) y del presupuesto del sistema de salud. También se observa un Incremento en la desigualdad en la atención de salud, ya que los grupos socioeconómicamente desfavorecidos de bajos ingresos suelen ser los más vulnerables y menos atendidos bajo estas condiciones.
La pandemia ha visibilizado y agudizado aún más las grandes desigualdades sociales, así como las marcadas brechas y debilidades estructurales institucionales en salud, en el Perú. Las enfermedades remergentes, emergentes y las crónicas no trasmisibles, representan un problema de salud pública global. Sumado a que el comportamiento poblacional muestra mayor longevidad, los adultos mayores serán el grupo etario predominante. Las enfermedades no trasmisibles entre las que destacan las enfermedades cardiometabólicas, el cáncer, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales, como responsables del 70% de las muertes globales y en el Perú, sin dejar de mencionar las secuelas de la infección por el SARS CoV-2, principalmente las respiratorias; así mismo se hace relevante evidenciar la discapacidad relacionada a las enfermedades crónicas no trasmisibles y la salud mental. Lo expuesto preocupa más cuando se conoce los datos INEI acerca de la realización de algún chequeo o despistaje de cáncer por parte de la población, en 2019 mostró que las personas de 40 a 59 años de edad, residentes en Lima Metropolitana (32,7%) y Resto Costa (26,1%) presentaron un mayor porcentaje en la realización de un chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses que el porcentaje en la Selva (21,8%) y en la Sierra (22,3%).
El sector sanitario peruano afronta retos significativos en la rectoría, el abastecimiento de productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos, el desarrollo de tecnologías de la información y comunicación para lograr la cobertura prestacional y financiera para todos los peruanos. Bajo este escenario la influencia de esta tendencia es variable.

Tendencia N°3. Mayor aseguramiento en salud de la población
La implementación de la Cobertura Universal de Salud, que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento fue reforzada a través de la aprobación de decretos de urgencia y otras normas, que generan mecanismos que han facilitado la afiliación de las personas a un seguro de salud, la cobertura prestacional y la cobertura financiera.
En el año 2019, el Decreto de Urgencia N°017-2019, estableció medidas para la Cobertura Universal en Salud que garantiza la protección del derecho a la salud a través del cierre de la brecha de población sin cobertura de seguro en el territorio nacional. Este DU autorizó a la IAFAS SIS a afiliar a toda la población residente en el país que no cuente con un seguro de salud independientemente de su clasificación socioeconómica, garantizando la cobertura gratuita al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En ese sentido, antes de la publicación del decreto de urgencia mencionado, el 88,12% de la población estaba afiliada a un seguro de salud, identificando que más del 12% del total de la población residente en el Perú no contaba con un seguro de salud, viéndose beneficiada con la aprobación de dicho dispositivo legal, de esta manera se logró incrementar la afiliación a algún seguro de salud en el país. A la fecha la cobertura poblacional está por encima del 99.12% (Evaluación POI SIS. Abril

[80] Situación de la Población Adulta Mayor. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf

2023). Teniendo una distribución de las dos IAFAS principales, el SIS 69.2%, ESSALUD 24.5%, las sanidades de las fuerzas policiales y armadas 1.3%, y entidades privadas el 5%.
Una cobertura poblacional alta del SIS que no se traduce en un mayor acceso a los servicios de salud, debido a las diferentes barreras desde las socioculturales, geográficas, económicas y las organizacionales, hasta la deficiente protección financiera que se refleja en el gasto de bolsillo que al 2021 está en 28,3% del gasto corriente en salud, por encima de lo que propone la OMS, un valor no mayor al 20% y que puede representar un gasto catastrófico o empobrecedor del hogar.
La cobertura prestacional, definida como aquel asegurado que ha accedido por lo menos una vez a un servicio de salud durante el periodo de evaluación, en el caso del Seguro Integral de Salud fue de 46.10% en el 2022. Para ese mismo año, el SIS recibió el 54% del presupuesto de lo solicitado al Ministerio de Economía y Finanzas según lo que estimó necesario para cubrir el conjunto básico de prestaciones de la población beneficiaria del SIS para dicho año.
El actual funcionamiento del Seguro Integral de Salud tiene problemas de eficiencia generadas por la falta de orientación al usuario final y al personal de salud (usuario intermedio), que no conocen bien los alcances y límites del paquete básico de atención, las reglas para el pago y el reembolso para los establecimientos de salud según el nivel de atención. Asimismo, la ausencia de un proceso de inducción para los funcionarios, que incluya el conocimiento de las reglas generales del Seguro Integral de Salud, sus alcances, beneficiarios, cobertura, procesos básicos, alcances del PEAS, presupuesto, entre otros, limita la capacidad de gestión del sistema.
Otros de los aspectos a considerar como dificultad es el llenado de los Formatos Únicos de Atención (FUA) del SIS, manejado de manera inadecuada por los profesionales de salud que ingresan al sistema, por falta o una pobre inducción, evidenciando un mal o incompleto llenado, que resulta en la afectación de los reembolsos a los establecimientos que ya brindaron la atención.
Por otra parte, para garantizar una atención gratuita se debe garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios; infraestructura y equipamiento adecuado; acceso a estudios por imágenes y de patología clínica desde el primer nivel de atención, reduciendo la carga hospitalaria por atenciones de capa simple y evitando el gasto de bolsillo del usuario.

Tendencia N°4. Mayor concentración de la población en centros urbanos (CEPLAN, 2021 (c))
Como lo reporta el Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú, BID, BM y CEPAL, al año 2000, la población total que accede o no a un servicio de salud en distribución porcentual entre el área urbana y rural son similares, el 30,9% del total de la población reportada, con enfermedad o que sufrió un accidente vial en la urbe, no accedió a los servicios de salud y el 33,6% del total de esta población descrita, sí accedió. Es decir que el 64,5% de la población con problemas de salud está en la urbe, de esto el 63,4% del total de la población enferma o accidentada, está en las urbes de la sierra y en Lima Metropolitana. La OMS a octubre del 2021, manifiesta que más población mundial vive en zonas urbanas, y se prevé que esa proporción aumentará al 68% para el 2050. Aproximadamente el 40% de los residentes de las zonas urbanas carecen de acceso a servicios de saneamiento gestionados de manera segura y muchos carecen de acceso al agua potable.
En las zonas urbanas, según estimaciones, el 91% de las personas respira aire contaminado. Los sistemas de transporte urbano organizados deficientemente generan una serie de amenazas, tales como traumatismos por accidentes de tránsito, contaminación atmosférica y acústica además de la dificultad para desarrollar actividad física sin riesgos; todo esto da lugar a mayor riesgo de padecer una enfermedades no trasmisibles y traumatismos. Se prevé que la constante urbanización sin planificación convertirá a las ciudades en epicentros de propagación de enfermedades, en particular enfermedades transmitidas por vectores.
En ese sentido el incremento de la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, la persistente amenaza que plantean los brotes de enfermedades infecciosas, y el creciente riesgo de violencia y traumatismos son problemas cruciales de salud pública en las zonas urbanas. Esta creciente demanda exigirá de la disponibilidad a un mayor número y tipos de servicios de salud, que deberán de contar con infraestructura, equipamiento, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, personal de salud y otros elementos del sistema suficientes y de calidad para sostener la atención de dicho incremento de la demanda.
En ese sentido, la influencia de esta tendencia sobre el acceso al servicio de salud es negativa por la aparición de enfermedades emergentes, reemergentes y nuevas, problemas de salud mental y la modificación de los hábitos de vida vinculados a la inactividad física, el consumo de alimentos con alto contenido graso, consumo de alcohol, consumo de tabaco, entre otros.

Tendencia N°5. Mayor evidencia de la violencia de género
A pesar de que la tendencia demuestra un sentido descendente, aún persisten los casos de violencia de género, lo cual ocasiona la reducción de los derechos de las personas al acceso de los servicios de salud, ya que el agresor interfiere con la libertad de desplazamiento de sus víctimas; esto a su vez incrementa los problemas de salud mental en las victimas, la muerte materna en mujeres que no pueden acceder a sus controles perinatales, incremento de alcoholismo en mujeres y suicidios, daños físicos en el hogar y asesinatos de mujeres y niños.
En mujeres adolescentes en unión, la violencia de género puede traer una disfuncionalidad en su rol materno, problemas mentales y suicidios, así como la obstrucción total o parcial del proyecto de vida de la adolescente, llevándola a total dependencia del victimario y su introducción en el ciclo de pobreza.
Es una tendencia de efecto negativo, que impactará no solamente en la mayor utilización de los servicios de la salud, sino también en el desarrollo de las familias como escenario, donde en lugar de promocionar la salud, se crean posturas individuales en contra de la salud de las personas.
Es esencial que los sistemas de salud adopten un enfoque integral que incluya la capacitación del personal médico en la detección y el manejo de la violencia de género, la creación de espacios seguros y libres de estigma para las víctimas, y la colaboración con organizaciones y servicios especializados en violencia de género. Además, es fundamental trabajar en la prevención de la violencia de género a través de la educación, la promoción de la igualdad de género y el cambio cultural.

Tendencia N°6. Cambio climático y degradación ambiental (CEPLAN, 2021 (c))

El cambio climático afecta negativamente a la salud, ya que como lo menciona la OPS afecta impactando directa e indirectamente, se sabe que contaminantes atmosféricos como el ozono, materia particulada, materia solida o liquidas (cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen) pueden exacerbar enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Los gases de efecto invernadero en la atmosfera producen el aumento de la temperatura, estas generan olas de calor frecuentes, causando incendios forestales, cambios en el patrón de precipitación, provocan el desplazamiento forzado de las poblaciones ante la pérdida de bienes, perdidas de cosechas, impactando en costos y tiempos, incidiendo en la nutrición de la población, el aumento de los alergenos además de la acidificación de los océanos, blanqueamiento de los corales, pérdida de biodiversidad marina, entre otros.

Según OMS, se producirán aproximadamente 250 mil defunciones adicionales entre el 2030 y el 2050, 38 mil por la exposición al calor de personas adultas mayores, 48 mil por diarrea, 60 mil por paludismo y otras 95 mil por desnutrición infantil. Estos datos solo han podido considerar algunos efectos en la salud, además de dar por sentado que el desarrollo económico y el sanitario serán continuos a nivel global.

El cambio climático influye en los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la salud, los impactos negativos en la salud pública son inevitables. El Sector Salud debe ser el protagonista en la recomendación, diseño e implementación de las estrategias y normativas orientadas a mitigar y prevenir los efectos del cambio climático en la salud.

El incremento de la temperatura afectará a todos los grupos etarios especialmente a los adultos mayores por sus comorbilidades y factores de riesgo. Asimismo, la aptitud del ambiente para la transmisión de enfermedades infecciosas seguirá incrementando.

Se encuentra una tendencia de incremento progresivo de la frecuencia y duración de las sequías, lo cual aunado a la disminución en la calidad nutricional de los alimentos puede llevar a un incremento de la inseguridad alimentaria y desnutrición infantil principalmente.

De igual manera, se estima el impacto en los determinantes sociales de la salud como el caso del impacto económico, pues, los costos asociados al daño a la salud al 2030 estarán entre los 2,000 y 4,000 millones de dólares.

El estrés hídrico estaría provocando que se produzca enfermedades gastrointestinales, asimismo, el calentamiento global provoca la dispersión de vectores propiciando enfermedades metaxénicas (dengue, malaria, chikunguya, entre otras), proyectando que al 2030 alcance el 80% del territorio nacional.

Todo esto exige a que el sistema de salud se organice eficiente y eficazmente y que se permita el acceso oportuno de la población a los servicios de salud y que estos puedan atender a este incremento de demanda por las diferentes tendencias descritas como el cambio del patrón poblacional, epidemiológico y del cambio climático y ambiental.

Tendencia N° 7. Incremento del uso de la tecnología relacionada a salud.

En nuestro país, la transición de la firma manuscrita a firma digital abre la posibilidad de realizar diversos documentos vía online, de acuerdo con normativas como la transformación del sistema público (Ley de Firmas y certificados digitales N°27269 - reglamento bajo DS N° 029-2019-PCM). El MINSA a través del Documento Técnico "Plan Nacional de Implementación del SIHCE-IPRESS del primer nivel de atención 2019-2021", se impulsa la utilización de firma digital. Cabe resaltar según RENIEC, en el reporte anual de población identificada con DNI electrónico por edad y sexo a diciembre del 2022, identificó que 1 788 313 personas en el país cuentan con DNI electrónico, de los cuales, 1 749 731 son mayores de 18 años (968 323 varones y 781 408 mujeres). Lo expuesto nos indica, que aún pocas personas han migrado del DNI físico al virtual, a su vez indica que solo esta cantidad de personas tiene una identidad propia y firma digital, además pueden acceder al voto electrónico, debido a que proporciona confidencialidad y seguridad en Internet.

Según el informe de GSMA Intelligence, para el año 2025, se estima que, la tasa de adopción de smartphones por persona seria de 70% en comparación al 2019 que fue del 57%. Cabe mencionar que, hasta el año 2021, el 88,4% de los hogares peruanos contaron con los teléfonos inteligentes (smartphones), mostrando una tendencia creciente sostenida de 66,3 % en 2016 a 88,4 % en 2021.

Se desarrolla nuevos aplicativos y dispositivos electrónicos para la prevención a todo nivel. Cabe señalar que, se ha comprobado que el telemonitoreo de los pacientes diabéticos permite un mayor empoderamiento de los pacientes con una mayor adherencia el tratamiento, disminución de ingresos a urgencia y hospitalización. Además, la rehabilitación mediante telemedicina reduce la incidencia de amputaciones. También, la utilización de dispositivos como relojes inteligentes o dispositivos contadores de pasos se asocia a una disminución de riesgo previsto de enfermedades metabólicas y circulatorias. Diversas investigaciones demuestran que los cuidados paliativos mediante telesalud tienen un futuro prometedor para mejorar la calidad y los resultados de la atención de enfermedades crónicas. Esto generaría una mayor demanda de personal de salud capacitado en telemedicina para cumplir estas expectativas.

Existen experiencias exitosas de interoperabilidad como el Sistema del Certificado del Recién Nacido Vivo (CNV), realizado por el MINSA y la RENIEC, con el objetivo de registrar al recién nacido en el mismo establecimiento de salud donde nació, se registra con los datos de la madre facilitando la generación de la partida de nacimiento y el DNI respectivo. Este sistema se puede encontrar en establecimientos de salud del MINSA/GORES, EsSalud, Sanidades, Privados, y nutren una base de datos importante para el registro, manejo de la información y la toma de decisiones.

Cabe mencionar que, el principal problema de las fake news es el engaño. Durante el contexto de la pandemia por COVID-19 se divulgaban rumores, propaganda, teorías de conspiración, mediante las redes sociales, usando mensajería, videos, imágenes, entre otros. Además, durante este periodo, existió una relación significativa entre la cantidad de noticias falsas y el número de dosis de vacunación administradas. Ante esto la inteligencia artificial contribuye a la detección automática de estas.

La demanda de Tecnologías de la Información y Comunicaciones orientadas a salud se incrementó durante el confinamiento por la pandemia del COVID -19. Estas representan sin duda una herramienta muy útil para la realización de diversas prestaciones y otras actividades relacionadas a salud. Con ayuda de convenios de cooperación internacional se podrían ofrecer prestaciones con IPRESS a nivel mundial, lo que contribuye al diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos a nuestros usuarios (Ejemplo: Enfermedades raras y huérfanas de alto costo). Lo que haría necesaria la regulación del derecho penal de los delitos de fraude cibernético orientados a la protección de la información personal de los ciudadanos.

Impacto Positivo:

- Mayor oportunidad y acceso de la población a los servicios de salud a través de la Telemedicina.
- Reducción de costos de los servicios de salud para la población (Reducción del gasto de bolsillo).
- Mayor acceso al fortalecimiento de capacidades para el personal de salud.
- Mejor evidencia científica que permite una mejor toma de decisiones en salud, formulación de políticas e implementación de intervenciones de salud.

Impacto Negativo:

- Las personas acceden a información relacionada en salud no oficial y realizan prácticas que ponen en riesgo su salud (automedicación, procedimientos médicos no autorizados).
- Despersonalización de la atención en salud (relación médico-paciente)
- Incremento de la inseguridad de información sensible en salud (datos personales, base de datos).
- Incremento de enfermedades por uso de tecnologías como tendinitis, síndrome del túnel carpiano, sequedad ocular entre otros.
- Hay que considerar que sólo con la tecnología se pueda brindar una adecuada atención y no considerar el contexto con un enfoque sistémico.

Se comporta como amenaza laboral para el personal de salud principalmente el administrativo, adulto y adulto mayor sin competencias digitales.

Tendencia N°8. Reducción en la cobertura de los sistemas previsionales contributivos (CEPLAN, 2022)

El diseño y la manera como se organizan los sistemas de pensiones depende del contexto y situación de cada país, en particular de aquellos aspectos que se refieren a la dinámica demográfica interna, las condiciones laborales, el rol del Estado en cuanto a la recaudación y administración de los recursos, y el nivel de desarrollo económico e institucional. Asimismo, su diseño requiere considerar las distintas alternativas existentes en torno a las fuentes de financiamiento, modalidad de gestión financiera, prestaciones o beneficios, administración del sistema, entre otros (CEPAL, 2019).

El sistema previsional peruano tiene dos componentes, el contributivo y no contributivo; en el contributivo encontramos al sistema público y privado de pensiones; por otra parte, en el componente no contributivo tenemos al programa Pensión 65. Las pensiones en el Perú tienen una cobertura muy pequeña, menos de la mitad de la población en edad de trabajar está inscrita en alguno de los dos sistemas, peor aún, menos del 40% de inscritos hace aportes regularmente para sus pensiones. Como resultado, en el sistema de la ONP gran parte (casi dos tercios) de los inscritos no recibirá pensión alguna porque se les requiere haber aportado durante al menos 20 años. En el sistema privado todos los inscritos recibirán una pensión, pero esta puede ser muy pequeña si no aportaron consistentemente durante toda su vida laboral. (Abusada, 2020).

Esto conlleva a que sean muy pocas las personas que recibirán una pensión que se acerque al menos a la mitad de lo que ganaban al momento de jubilarse, si sumamos a esto, el 72% de la fuerza laboral se desempeña en la informalidad (las personas informales están sometidas a mayores riesgos de salud y al enfermar se encuentran desprotegidos) y que en la vejez, los gastos en salud tienden a incrementarse considerablemente pudiendo concluir que existe una gran brecha de cobertura previsional, la cual aumenta significativamente la vulnerabilidad de la población adulta mayor, un empeoramiento de las condiciones de salud de la población adulto mayor sin pensión, un incremento de los niveles de morbimortalidad de la población adulto mayor, con mayor carga familiar, con daño en el cuidador, sobremanera problemas de salud mental, como depresión y ansiedad, todo ello conlleva a una mayor necesidad de financiamiento en salud.

Tendencia N°9. Incremento del endeudamiento de los hogares (CEPLAN, 2022)

Esta tendencia se comportaría de la siguiente manera.

Dificultad al acceso a los servicios de salud: Si los hogares se ven obligados a destinar una parte significativa de sus ingresos para el pago de deudas, podrían enfrentar dificultades para pagar por servicios de salud, incluyendo consultas médicas, medicamentos y exámenes auxiliares. Esto podría llevar a un acceso reducido a la atención necesaria.

Insuficiencia en la cobertura. Las familias endeudadas podrían tener dificultades para pagar primas de seguros de salud, lo que podría resultar en una cobertura insuficiente o la falta de seguro de salud. Esto a su vez aumentaría el gasto en caso de necesitar una atención médica de alto costo.

Postergación de atención: Las personas endeudadas podrían retrasar o evitar buscar atención médica o de salud, incluso cuando la necesiten, especialmente si los costos asociados son elevados. Esto podría conllevar a un diagnóstico tardío de enfermedades y a tratamientos más complejos y costosos en el futuro.

Desigualdades de salud: El endeudamiento podría afectar de manera desproporcionada a segmentos de la población con menos recursos financieros, lo que incrementa las desigualdades en salud. Aquellos con más recursos podrían continuar accediendo a atención en salud de calidad, mientras que otros podrían enfrentar mayores barreras.

Aumento de la demanda de servicios de salud: Si un gran número de personas no pueden pagar por atención en salud debido a su endeudamiento, podría aumentar la carga sobre los sistemas de salud pública. Esto podría llevar a una mayor demanda de servicios de salud gratuitos o subsidiados, lo que podría afectar la capacidad de respuesta y calidad de dichos servicios.

Aumento de problemas salud mental: Estudios indican que el endeudamiento de los hogares durante la pandemia por COVID-19, trajo consigo para las personas más probabilidades de tener problemas graves de salud mental e inclusive ideas suicidas.

Tendencia N° 10. Incremento de las amenazas globales para la salud

Esta tendencia generaría como primer efecto un mayor número de lesionados, heridos, discapacitados, desaparecidos, daños a la infraestructura y arquitectura de los establecimientos de salud, así mismo existirán más establecimientos de salud con infraestructura inadecuada que superaran su tiempo de vida útil, y que, por su condición de patrimonio cultural, no es posible realizar reforzamiento o reconstrucción de este.

La Alteración de los ecosistemas (Inseguridad alimentaria, patrones cambiantes de vectores, la contaminación ambiental), de las economías y de la estructura social (migración interna y conflicto social) lo cual genera enfermedades de riesgo potencial epidémico como son las metaxénicas, zoonosis, entre otras. El incremento de la vulnerabilidad y los daños en la salud frente a emergencias y desastres puede ejercer una presión significativa en el sistema de salud. Estas situaciones extremas pueden abrumar los recursos sanitarios y aumentar la exposición a riesgos para la salud, tanto para los afectados directamente por el evento como para la población general. Algunos de los factores que contribuyen a este incremento de la vulnerabilidad y daños en salud son:

- **Aumento de la demanda de servicios de salud**: Durante una emergencia o desastre, la cantidad de personas que requieren atención de salud puede sobrepasar rápidamente la capacidad del sistema de salud local. Lesiones, enfermedades relacionadas con el evento y afecciones preexistentes pueden requerir atención urgente, lo que ejerce una presión adicional sobre los servicios de emergencia.
- **Dificultades de acceso**: Los desastres naturales o eventos de emergencia pueden dañar infraestructuras claves, como hospitales, centros de salud y carreteras. Esto dificulta el acceso de las personas a los servicios de salud y la llegada de suministros médicos esenciales, lo que puede retrasar la atención y empeorar las condiciones de salud.
- **Desplazamiento de población**: En muchas ocasiones, los desastres obligan a las personas a abandonar sus hogares y buscar refugio en áreas más seguras. El desplazamiento masivo de población puede provocar hacinamiento en albergues temporales y campamentos, aumentando el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas y condiciones de salud precarias.
- **Falta de recursos y personal de salud**: Las emergencias y desastres a menudo agotan los recursos médicos disponibles, como medicamentos, equipo médico y personal de salud. Además, los propios trabajadores de la salud pueden verse afectados por el evento, lo que disminuye aún más la capacidad de respuesta del sistema.
- **Impacto psicológico**: Los desastres y emergencias pueden tener un impacto psicológico significativo en las personas afectadas, lo que puede resultar en trastornos de salud mental. La atención psicosocial se vuelve fundamental, pero también puede ejercer presión adicional sobre los servicios de salud.
- **Riesgo de brotes de enfermedades**: En situaciones de emergencia, las condiciones de higiene pueden deteriorarse, el acceso a agua potable puede ser limitado y la exposición a vectores de enfermedades (mosquitos, roedores, etc.) puede aumentar. Todo esto crea un entorno propicio para el surgimiento de brotes de enfermedades infecciosas.
- **Sistemas de vigilancia desbordados**: La recopilación y el análisis de datos de salud se tornan más difíciles durante una emergencia o desastre, lo que puede dificultar la identificación temprana de enfermedades y la toma de decisiones informadas para la respuesta.

Para hacer frente a estos desafíos, es fundamental una preparación adecuada y una respuesta coordinada entre los diferentes actores involucrados en la atención de salud y la gestión de emergencias. Los planes de contingencia, el entrenamiento del personal, la disponibilidad de suministros y la comunicación eficaz son aspectos clave para mitigar el incremento de la vulnerabilidad y daños en salud durante estas situaciones críticas. Además, es fundamental el apoyo y la colaboración de la comunidad y los organismos internacionales para fortalecer la capacidad de respuesta y recuperación del sistema de salud.

Tendencia N° 11. Incremento de la pobreza y percepción de las desigualdades sociales.

La pobreza tiene un impacto significativo en el estado de salud de las personas y puede contribuir a una serie de problemas de salud tanto físicos como de salud mental. A continuación, se enumeran algunas de las formas en que la pobreza afecta la salud:

- **Acceso limitado a la atención de salud.** Las personas en situación de pobreza a menudo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud de calidad debido a la falta de recursos financieros. Esto puede conllevar a la intervenciones sanitarias preventivo promocionales así como retrasar el diagnóstico y tratamiento de patologías, empeorando las condiciones de salud y reduciendo las posibilidades de recuperación.
- **Malnutrición.** La pobreza puede limitar el acceso a una alimentación adecuada. Las personas con bajos ingresos pueden depender de alimentos poco saludables y de bajo costo, lo que puede resultar en deficiencias nutricionales y problemas de salud a largo plazo.
- **Vivienda inadecuada.** Las personas pobres a menudo viven en condiciones de hacinamiento y en viviendas precarias, lo que aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas y problemas respiratorios debido a la falta de higiene y la exposición a elementos nocivos.
- **Mayor exposición a factores de riesgo.** Las personas en situación de pobreza pueden tener un mayor riesgo de estar expuestas a factores ambientales y laborales peligrosos, como la contaminación del aire, la falta de acceso a agua potable segura y trabajos peligrosos sin protección adecuada.
- **Acceso limitado a educación y conocimientos de salud.** La falta de recursos económicos puede afectar la alfabetización y la educación en salud. Esto puede llevar a una falta de conocimiento sobre prácticas saludables y cómo prevenir enfermedades, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en el estado de salud.
- **Estrés y problemas de salud mental.** La pobreza puede estar asociada con altos niveles de estrés debido a la inseguridad financiera y la falta de oportunidades. El estrés crónico puede tener efectos adversos en la salud mental y aumentar el riesgo de trastornos como la depresión y la ansiedad.
- **Acceso limitado a saneamiento básico.** Las personas en situación de pobreza pueden tener dificultades para acceder a servicios básicos de saneamiento, lo que aumenta el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y enfermedades relacionadas con la falta de higiene.
- **Falta de acceso a productos farmacéuticos.** Los costos de los medicamentos pueden resultar inaccesibles para las personas en situación de pobreza, lo que puede resultar en la falta de cumplimiento de tratamientos médicos y empeorar las condiciones de salud.

En resumen, la pobreza crea un entorno desfavorable para el abordaje de la salud exacerbando las desigualdades socioeconómicas en salud. Abordar la pobreza y sus efectos en la salud requiere una combinación de políticas públicas que promuevan el acceso a una atención médica asequible y de calidad, así como medidas que aborden las condiciones sociales y económicas subyacentes que contribuyen a la pobreza.

Tendencia N° 12. Incremento del consumo de sustancias ilícitas

El efecto de la tendencia del incremento del consumo de sustancias ilícitas es muy negativo para la salud, porque lleva a la población al sufrimiento de enfermedades discapacitantes, que son difíciles de ser tratadas y requieren muchos recursos financieros e infraestructura, así como personal especializado para la atención en salud mental, como psicólogos, psiquiatras y otros profesionales cuya disponibilidad es muy baja en el país. Asimismo, existe el potencial riesgo de incremento de los intentos de suicidios y muertes por sobredosis, que recargan las emergencias en el II nivel de atención y otros servicios de salud, así como conflictos familiares. El consumo de sustancias ilícitas puede contribuir al incremento de embarazos no deseados, accidentes de tránsito, traumatismos, así como otras enfermedades a causa de desgaste del organismo por las sustancias ilícitas, incremento de comportamiento de riesgo, que llevarán al incremento de enfermedades transmisibles (ej. ITS) y no transmisibles durante las subsiguientes etapas de vida adulta y adulta mayor.

El incremento del consumo de sustancias ilícitas puede tener efectos devastadores en el estado de salud de las personas. Estas sustancias como la cocaína, heroína, metanfetaminas, LSD, éxtasis, entre otras, son altamente adictivas y tienen el potencial de causar daños físicos, mentales y sociales significativos.

A continuación, se describen algunos de los impactos más importantes en la salud:

- **Problemas de salud física**: El consumo de sustancias ilícitas puede causar una serie de problemas físicos, que varían dependiendo del tipo de droga utilizada. Por ejemplo, el consumo de drogas inyectables puede aumentar el riesgo de contraer infecciones como el VIH y la hepatitis. El abuso de sustancias también puede dañar órganos vitales como el hígado, corazón, pulmones y cerebro.
- **Trastornos mentales y emocionales**: Muchas drogas tienen efectos en el sistema nervioso central, lo que puede llevar a trastornos mentales y emocionales. La depresión, ansiedad, psicosis y el deterioro cognitivo son algunos de los problemas de salud mental asociados al consumo de sustancias ilícitas.
- **Adicción y dependencia**: El consumo repetido de drogas puede llevar al desarrollo de adicción y dependencia. Las personas adictas tienen dificultades para dejar de consumir la droga, a pesar de los problemas que esto pueda causar en su salud y vida cotidiana.
- **Aumento del riesgo de lesiones y accidentes**: El consumo de drogas puede afectar la coordinación motora y la percepción, lo que aumenta el riesgo de accidentes y lesiones, tanto para la persona que consume como para otros individuos alrededor.
- **Problemas sociales y laborales**: El abuso de sustancias puede tener un impacto negativo en las relaciones familiares y sociales, así como en el desempeño laboral y académico. El deterioro en estas áreas puede llevar a la alienación y el aislamiento social.
- **Riesgo de sobredosis**: El consumo de sustancias ilícitas conlleva el riesgo de sufrir una sobredosis, especialmente cuando se utilizan en dosis elevadas o en combinación con otras sustancias. Las sobredosis pueden ser mortales o dejar secuelas graves en la salud.
- **Problemas económicos**: El consumo de sustancias ilícitas puede llevar a problemas económicos debido al alto costo de mantener el hábito y las posibles consecuencias legales y financieras asociadas al tráfico o posesión de drogas.
- **Daño a la comunidad**: El aumento del consumo de drogas puede afectar negativamente a toda la comunidad, aumentando la criminalidad y generando cargas adicionales en los servicios de salud y asistencia social.

Es importante destacar que el consumo de sustancias ilícitas es un problema complejo que afecta a personas de todas las edades, géneros y estratos socioeconómicos. Abordar esta problemática requiere de enfoques integrales que incluyan la prevención, tratamiento y rehabilitación, así como políticas de reducción de daños y acciones para abordar las causas subyacentes del consumo de drogas. La educación sobre los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas también juega un papel fundamental para prevenir el inicio y desarrollo de esta problemática.

Tendencia N° 13. Incremento de uso de agroquímicos

El incremento en el uso de agroquímicos, como herbicidas, pesticidas e insecticidas, puede tener un impacto significativo en la salud de las personas que están expuestas directa o indirectamente a estas sustancias. Estos productos químicos se utilizan en la agricultura para proteger los cultivos de plagas y enfermedades, pero su uso puede tener consecuencias negativas en la salud humana. Algunos de los efectos más preocupantes son los siguientes:

- **Toxicidad aguda**: La exposición directa o accidental a agroquímicos puede causar toxicidad aguda en las personas. Los síntomas pueden variar desde irritaciones cutáneas y respiratorias hasta náuseas, vómitos, dolores de cabeza, mareos e incluso convulsiones o coma, dependiendo del tipo y la cantidad de agroquímico involucrado.
- **Toxicidad crónica**: La exposición a agroquímicos a largo plazo, especialmente en niveles bajos pero constantes, puede tener efectos crónicos en la salud. Se ha vinculado el uso prolongado de algunos agroquímicos con problemas neurológicos, trastornos endocrinos, cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, entre otros.
- **Contaminación del agua y alimentos**: Los agroquímicos pueden filtrarse en el suelo y las aguas subterráneas, lo que lleva a la contaminación del agua potable. También pueden permanecer en los cultivos y alimentos que consumimos, lo que significa que las personas pueden estar expuestas a través de su dieta diaria.
- **Efectos en poblaciones vulnerables**: Los niños, mujeres embarazadas y personas con sistemas inmunitarios debilitados pueden ser más susceptibles a los efectos negativos de los agroquímicos. La exposición en etapas tempranas de desarrollo puede afectar el desarrollo cognitivo y físico de los niños.
- **Resistencia a los agroquímicos**: El uso excesivo e indiscriminado de agroquímicos puede llevar al desarrollo de resistencia en plagas y enfermedades, lo que requiere el uso de cantidades aún mayores de productos químicos y puede aumentar la exposición a los mismos.

- **Efectos sobre la biodiversidad y el medio ambiente**: Los agroquímicos también pueden tener un impacto negativo en el medio ambiente, causando la muerte de organismos no objetivo, como insectos beneficiosos y polinizadores, y dañando la biodiversidad.

  Para reducir los riesgos asociados con el uso de agroquímicos y proteger la salud de las personas, es importante adoptar prácticas agrícolas más sostenibles y seguras. Esto incluye el uso responsable y controlado de agroquímicos, el fomento de alternativas naturales para el manejo de plagas, el entrenamiento adecuado para los agricultores sobre el manejo seguro de los productos químicos, y la promoción de métodos de producción agrícola más respetuosos con el medio ambiente.

Además, los gobiernos y las agencias reguladoras deben establecer regulaciones estrictas sobre el uso de agroquímicos, establecer límites seguros de exposición para los trabajadores agrícolas y monitorear los niveles de agroquímicos en los alimentos y el agua para garantizar la protección de la salud pública. La conciencia y la educación pública sobre los riesgos asociados con el uso de agroquímicos también son fundamentales para promover un enfoque más responsable y saludable en la agricultura.

Existe una amplia gama de microorganismos y plagas en el ambiente, los cuales anteriormente no representaban un problema en el ámbito doméstico, industrial y en salud pública. Los microorganismos y las plagas (insectos, hongos, entre otros) están generalmente adaptados a ciertas condiciones del medio que les rodea sumamente específicas.

El aumento en el uso de productos para controlarlos o combatirlos pueden ocasionar daño irreparable a la salud de la población por el uso de productos que contengan en su formulación sustancias peligrosas como sustancias cancerígenas, alteradoras endocrinas, muta génicas, neurotóxicas, dañinas en la reproducción, entre otras, lo que para el año 2030, de no tomar las medidas correspondientes se agravaría las consecuencias.

Tendencia N° 14 Incremento del embarazo en niñas y adolescentes

Esta tendencia ocasiona una tendencia negativa a la salud individual y colectiva. Reduce las posibilidades de desarrollo equitativo de los adolescentes, reduciendo la posibilidad de lograr un proyecto de vida e incrementando el riesgo de enfermar de los adolescentes y sus niños. De esta manera se generan condiciones para el incrementar: la mortalidad materna e infantil, mortalidad neonatal, prevalencia de las enfermedades en la infancia, como anemia, EDA, IRA, Inmunoprevenibles (debido a la poca experiencia de la madre adolescente); se puede presentar depresión en las madres jóvenes e intentos de suicidio. Todos estos daños llevan al incremento de la necesidad de servicios en el primer nivel y prestaciones especializados en el II nivel, sobreuso de exámenes de laboratorio, consultas psicológicas, terapias, entre otras, que requieren recursos adicionales a medida que crece el embarazo de adolescente en un territorio. Lo más importante sin embargo es el efecto sobre las familias peruanas involucradas, quienes se exponen a mayor estrés, que obligatoriamente lleva a una disfuncionalidad familiar e impacta en el estado y la protección de la salud a lo largo del curso de vida de sus miembros. Esto último obligará el Sector Salud invertir mayores recursos en afrontar los efectos en busca de recuperación y rehabilitación de las familias y sus miembros, en especial los adolescentes.

Tendencia N° 15. Incremento de la divulgación de noticias falsas (Fake news)

El incremento del uso de noticias falsas o "fake news" ha tenido un impacto negativo en el sistema de salud en varios aspectos:

- **Desinformación sobre enfermedades y tratamientos**: Las noticias falsas pueden difundir información errónea sobre enfermedades, tratamientos médicos y remedios milagrosos. Esto puede llevar a que las personas tomen decisiones de salud basadas en información incorrecta, lo que puede empeorar su condición o retrasar la búsqueda de atención médica adecuada.
- **Falta de confianza en las autoridades de salud**: La propagación de noticias falsas puede socavar la confianza del público en las autoridades de salud y en las recomendaciones médicas respaldadas por evidencia científica. Esto puede llevar a que las personas ignoren o desestimen las pautas de salud pública y las campañas de prevención.
- **Promoción de remedios y productos peligrosos**: Las noticias falsas a menudo promocionan supuestos remedios y productos "milagrosos" que no tienen respaldo científico y pueden ser peligrosos para la salud. Las personas pueden caer en la trampa de consumir productos no regulados que no cumplen con los estándares de seguridad y eficacia.
- **Pánico y ansiedad**: Las noticias falsas sobre brotes de enfermedades o la propagación de teorías de conspiración pueden generar pánico y ansiedad en la población. Esto puede llevar a comportamientos irracionales y reacciones exageradas que dificultan la gestión adecuada de situaciones de salud pública.
- **Dificultades para contener epidemias**: Durante brotes de enfermedades, la propagación de noticias falsas puede interferir con los esfuerzos de contención y prevención. La desinformación puede dificultar la identificación de casos, la comunicación efectiva con la comunidad y la implementación de medidas de salud pública.
- **Rechazo a la vacunación**: Las noticias falsas que desacreditan la eficacia o seguridad de las vacunas han contribuido a la disminución de las tasas de vacunación en algunas comunidades. Esto puede dar lugar a brotes de enfermedades prevenibles y poner en riesgo la salud de la población en general.
- **Impacto en la salud mental**: La propagación de noticias falsas sobre temas de salud, como el COVID-19, puede generar ansiedad, miedo y estrés en las personas. La desinformación constante y la incertidumbre pueden tener un impacto negativo en la salud mental de la población.
- Daño a la confianza de la ciudadanía en las instituciones de salud, los profesionales de la salud y la ciencia en general.
- Debilitamiento u obstaculización de las intervenciones de salud pública, tales como las campañas de vacunación, entre otros.
- Aumento del riesgo de enfermedades, las noticias falsas pueden propagar rápidamente información incorrecta o engañosa sobre temas de salud, lo que puede llevar a comportamientos perjudiciales y a decisiones poco saludables sobre la prevención y el tratamiento de estas enfermedades.

Para abordar el impacto de las noticias falsas en el sistema de salud, es crucial promover la alfabetización mediática y digital entre la población. Las personas deben ser educadas para reconocer y cuestionar la información dudosa y buscar fuentes confiables de información en temas de salud. Además, los gobiernos, las organizaciones de salud y las plataformas de redes sociales deben trabajar juntos para combatir la desinformación y difundir mensajes de salud pública basados en la evidencia científica. La transparencia en la comunicación y la promoción de fuentes confiables de información son fundamentales para proteger la salud pública y contrarrestar el impacto negativo de las noticias falsas en el sistema de salud.

Tendencia N° 16 Disminución de la felicidad

La tendencia de la disminución de la felicidad está asociada con la reducción de la capacidad de resiliencia de la persona frente a las dificultades sociales, económicas, individuales, desastres naturales, problemas familiares; llevando a una inminente ruptura de la capacidad de vencer la situación problemática y a consecuencia a problemas de salud mental como depresión, alcoholismo, uso de substancias ilícitas, entre otras. Por otro lado, la disminución de la felicidad se asocia al incremento del estrés y puede llevar al incremento de las enfermedades no transmisibles como hipertensión, diabetes, desórdenes alimenticios e inmunes, que resulten en obesidad o desnutrición del individuo y enfermedades transmisibles; además la vulnerabilidad frente a procesos oncológicos. En el plano familiar ocasionará disfuncionalidad familiar y sus consecuencias como embarazos no deseados, intentos de suicidios, accidentes por envenenamiento, quemaduras, entre otros. En el escenario de la comunidad pueden producirse conflictos de menor o mayor magnitud, pérdidas de vidas humanas, traumatismos, asesinatos entre otros. Todos estos efectos incrementaran la necesidad en servicios de salud mental, traumatología, medicina interna, patología clínica, ginecología, cirugía, nutricia logia, entre otros. Por lo tanto, la disminución de la felicidad puede ocasionar mayores gastos en salud y recarga de servicios de salud. El mayor problema es que se trata de todas las etapas de vida y, por lo tanto, el efecto de esta tendencia es transversal a lo largo del curso de vida e impactará en los efectos de todas las intervenciones de salud.

Tendencia N° 17. Mayor percepción de corrupción

La ausencia de condiciones laborales y remunerativas son un factor de riesgo para el desarrollo de prácticas de corrupción en el personal de salud. La corrupción en salud reorienta el gasto del sistema a nivel prestacional y de inversión (obras) impidiendo el abordaje de las prioridades del sistema de salud en donde se requiere. La cultura de corrupción política reproduce la corrupción e impacta en los diferentes niveles (gran corrupción a micro corrupción) de las necesidades de salud (obras) y la calidad de los servicios (atención). La presencia de corrupción es la ausencia de gobernanza. Los sistemas de calidad no han evolucionado para promover una cultura organizacional anticorrupción y la incorporación de tecnologías anticorrupción. Este fenómeno genera prácticas cómo la orientación hacia el servicio de salud privado por falta de medicamentos o corrupción de los mismos funcionarios de la IPRES que hacen práctica privada durante su horario de trabajo o mandan a los pacientes a sus propias instituciones particulares.

La mayor percepción de la corrupción en el sistema de salud puede tener múltiples consecuencias negativas que afectan tanto la calidad de la atención médica como la confianza de la población en el sistema de salud en su conjunto. Algunas de las formas en que la corrupción incide en el sistema de salud son las siguientes.

Desvío de recursos. La corrupción puede implicar el desvío de fondos destinados a la salud hacia fines personales o ilegales. Esto puede resultar en la falta de recursos para adquirir medicamentos, equipos médicos y mantener la infraestructura adecuada, lo que afecta directamente la calidad de la atención y los servicios de salud disponibles para la población.

Falta de acceso equitativo. La corrupción puede llevar a la distribución inequitativa de recursos y servicios de salud. Aquellos que pueden pagar sobornos o tener contactos privilegiados pueden recibir un tratamiento preferencial, mientras que los más desfavorecidos se ven privados del acceso a servicios esenciales.

Ineficiencia y mala gestión. La corrupción puede conducir a la contratación de personal no calificado o la adquisición de suministros médicos de baja calidad a precios aumentados. Esto puede afectar negativamente la eficiencia del sistema de salud y el desempeño general de los servicios médicos.

Falta de transparencia y rendición de cuentas. La corrupción en el sistema de salud puede dar lugar a la falta de transparencia y rendición de cuentas en la toma de decisiones y la asignación de recursos. Esto socava la confianza del público en el sistema de salud y dificulta la identificación y resolución de problemas.

Erosión de la confianza pública. Cuando la población percibe que la corrupción es generalizada en el sistema de salud, puede erosionar la confianza en los proveedores de atención médica, las instituciones de salud y el gobierno en su conjunto. Esto puede llevar a que las personas eviten buscar atención médica o sigan tratamientos de manera incompleta, lo que a su vez afecta su salud y bienestar.

Aumento de la desigualdad en salud. La corrupción puede contribuir a una mayor desigualdad en el acceso a la atención médica y los servicios de salud. Aquellos con menos recursos y conexiones pueden enfrentar mayores obstáculos para acceder a la atención médica de calidad, lo que perpetúa las disparidades en la salud.

Impacto en la percepción de los profesionales de la salud. La corrupción en el sistema de salud puede tener un impacto negativo en la moral y la ética de los profesionales de la salud. La presión para participar en prácticas corruptas puede llevar a una disminución en la calidad del cuidado proporcionado y afectar la integridad de los profesionales de la salud.

Para abordar el problema de la corrupción en el sistema de salud, se requiere la voluntad política firme para promover la transparencia, la rendición de cuentas y la implementación de mecanismos anticorrupción efectivos. Esto incluye fortalecer la supervisión y auditoría de los recursos de salud, así como fomentar una cultura de integridad y ética entre los profesionales de la salud y los funcionarios públicos. Además, es fundamental contar con la participación de la sociedad civil y los medios de comunicación para denunciar y combatir la corrupción en el sector de la salud. Al abordar este problema, se puede mejorar la calidad y equidad de los servicios de salud y restaurar la confianza de la población en el sistema de salud.

Anexo 2: Análisis de los riesgos y su impacto en las variables del Sector Salud

Riesgos N° 1: Desastres ambientales causados por el ser humano (CEPLAN, 2023)

Los daños ambientales causados por el hombre pueden tener un impacto significativo en el sistema de salud y en el bienestar de las personas. Estos daños pueden surgir de actividades humanas que contaminan el aire, el agua y el suelo, así como la degradación del medio ambiente natural. Algunos de los efectos más importantes en el sistema de salud son los siguientes:

- **Contaminación del aire**: La emisión de contaminantes atmosféricos, como partículas finas, dióxido de azufre, óxidos de nitrógeno y ozono troposférico, puede afectar negativamente la calidad del aire. La exposición a la contaminación del aire se ha relacionado con una serie de problemas de salud, como enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC), enfermedades cardiovasculares y exacerbación de alergias y problemas respiratorios en general.
  En departamentos con una alta concentración de industrias, como Lima y Callao, la contaminación del aire puede ser más pronunciada debido a las emisiones industriales y vehiculares.
  En departamentos menos industrializados y más rurales, la contaminación del aire puede ser menos significativa, aunque aún pueden existir problemas locales, como la quema de residuos agrícolas.
- **Contaminación del agua**: La contaminación del agua con productos químicos tóxicos, metales pesados o patógenos puede afectar la salud de las personas que beben agua contaminada o entran en contacto con ella. El consumo de agua contaminada puede llevar a enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea y otras infecciones gastrointestinales.
  En áreas urbanas densamente pobladas, como la ciudad de Lima, la calidad del agua puede ser un problema debido a la falta de sistemas de tratamiento adecuados y la contaminación de fuentes de agua superficiales.
  En áreas rurales, la calidad del agua puede verse afectada por la falta de acceso a fuentes de agua seguras y la contaminación microbiológica, especialmente en comunidades alejadas.
- **Contaminación del suelo**: La contaminación del suelo con productos químicos y residuos tóxicos puede afectar la calidad de los alimentos cultivados en esas áreas. El consumo de alimentos contaminados puede aumentar el riesgo de exposición a sustancias peligrosas y afectar la salud a largo plazo.
  Los departamentos con actividades mineras, como Arequipa y Pasco, pueden enfrentar desafíos significativos en la gestión adecuada de los residuos mineros, lo que puede resultar en la contaminación del suelo y el agua.
  Los departamentos con instalaciones de salud importantes pueden tener problemas específicos relacionados con la gestión de residuos médicos peligrosos.
- **Cambio climático**: Las actividades humanas que contribuyen al cambio climático, como la quema de combustibles fósiles y la deforestación, pueden tener efectos perjudiciales en la salud. El cambio climático está relacionado con un aumento de las temperaturas, olas de calor más frecuentes, cambios en los patrones de enfermedades transmitidas por vectores (como el dengue y el zika) y eventos climáticos extremos que pueden tener impactos en la salud física y mental de las personas.
- **Pérdida de biodiversidad**: La pérdida de biodiversidad y la degradación de los ecosistemas pueden afectar la disponibilidad de alimentos y recursos naturales, lo que puede llevar a la inseguridad alimentaria y desnutrición. Además, la pérdida de ecosistemas también puede aumentar el riesgo de exposición a nuevas enfermedades infecciosas que provienen de animales (zoonosis).
  Los departamentos que albergan ecosistemas frágiles, como la Amazonía en Loreto y Madre de Dios, pueden experimentar una mayor pérdida de biodiversidad debido a la deforestación y la minería ilegal.
  En departamentos costeros, la degradación de los ecosistemas marinos puede ser un problema, especialmente en áreas con una alta actividad pesquera y turística, como Piura y Tumbes.
- **Impacto en la salud mental**: Los desastres naturales y ambientales, como inundaciones, incendios forestales y sequías, pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas. La pérdida de hogares, bienes y seres queridos, así como la incertidumbre sobre el futuro, pueden generar ansiedad, depresión y estrés postraumático.

Como se indicó, la contaminación ambiental repercute en la salud de las personas, las partículas contaminantes son causantes de distintas enfermedades y muertes prematuras. En América del Sur, el Perú es el país con la peor calidad del aire y el segundo con más muertes prematuras atribuibles a la polución.

Las principales ciudades del Perú que presentan los niveles más altos de contaminantes en el aire son Lima (120µg/m3), Ica (117,6 µg/m3), Trujillo (184,96 µg/m3), Pucallpa (120,5 µg/m3), y Arequipa (145 µg/m3), en todos los casos se duplican los valores mínimos permisibles aceptados por la OMS (45 µg/m3). Además, durante el último año se superaron los estándares de dióxido de azufre (SO2) propuestos por la OMS, esto en la provincia constitucional del Callao (112,20 µg/m3), en Áncash (95 µg/m3), Junín (59,20 µg/m3) y Moquegua (41,84 µg/m3), teniendo como base reportes del 2019.[81]

La población que presenta mayor riesgo para contraer enfermedades producidas por la contaminación del agua son las que no acceden a la red de agua y saneamiento. Respecto a la red de agua, las regiones de Tumbes (78,8%), Ucayali (75,7), Huánuco (73,1%), Puno (71,6%) y Loreto (56,3%), presentan menor acceso y con respecto a la red de alcantarillado, las regiones de menor ac ceso son Cajamarca (45,0%), Ucayali (44,4%), Huánuco (43,8%), Loreto (42,8%) y Huancavelica (40,1%).[82]

Esta condición puede producir enfermedades como la Fiebre Tifoidea, por el ausente o deficiente saneamiento ambiental, en promedio se registran de 300 a 500 casos, siendo el 35% niños menores de 14 años y el 65% adultos de 58 a 79 años; otra enfermedad que se puede originar por estas condiciones es la diarrea aguda infecciosa, las regiones que presentan los mayores casos son Ucayali (60.1/1000 h), Huancavelica (58.5/1000 h), Pasco (55.9/1000 h), Loreto (55.1/1000 h) y Amazonas (53.8/1000 h).[83]

Para abordar los efectos de los daños ambientales en el sistema de salud, es fundamental adoptar medidas para mitigar el cambio climático, reducir la contaminación y proteger la biodiversidad. Las políticas de salud pública deben considerar los impactos

[81] Extraído de Ojo Público – "Contaminación en el aire de ciudades peruanas supera los límites de la OMS", 2023.
[82] Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico, INEI - 2020
[83] Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades –MINSA - 2022

ambientales y promover prácticas sostenibles que protejan la salud de las personas y del medio ambiente. Además, la educación y la concientización sobre los riesgos ambientales y la promoción de estilos de vida más saludables y respetuosos con el medio ambiente pueden contribuir a reducir el impacto de los daños ambientales en la salud.

Riesgo N° 2: Incidencia de eventos climáticos extremos

El incremento de eventos climáticos extremos puede tener un impacto significativo en el sistema de salud de diversas maneras. A medida que el cambio climático continúa acelerándose, se espera que las temperaturas aumenten, los patrones de precipitación sean más intensos y los fenómenos climáticos extremos sean más frecuentes. Estos cambios pueden dar lugar a diversas consecuencias que afectarán al sistema de salud de diferentes formas:

- **Aumento de enfermedades y lesiones:** Las olas de calor más intensas pueden aumentar el riesgo de golpes de calor y agotamiento por calor, especialmente en poblaciones vulnerables como los ancianos y los niños. También puede incrementar la frecuencia de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria y el dengue, ya que los mosquitos y otros insectos se expanden hacia nuevas áreas debido al aumento de las temperaturas.
- **Mayor incidencia de enfermedades respiratorias:** El cambio climático puede aumentar la concentración de contaminantes atmosféricos y alargar la temporada de alergias, lo que puede aumentar los casos de asma y otras enfermedades respiratorias.
- **Impacto en la seguridad alimentaria:** Los eventos climáticos extremos, como sequías e inundaciones, pueden afectar la producción de alimentos, lo que podría conducir a la escasez de alimentos y malnutrición. La desnutrición y la falta de acceso a una alimentación adecuada pueden debilitar el sistema inmunológico y aumentar la susceptibilidad a enfermedades.
- **Problemas de salud mental:** Las catástrofes naturales y los eventos climáticos extremos pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas. La pérdida de hogares, seres queridos y medios de vida debido a fenómenos como huracanes, inundaciones o incendios forestales pueden causar estrés, ansiedad y depresión en las comunidades afectadas.
- **Aumento de enfermedades infecciosas:** Los eventos climáticos extremos y los cambios en los patrones de precipitación pueden alterar el hábitat de ciertas especies, incluidos roedores y otros animales portadores de enfermedades infecciosas. Esto podría aumentar el riesgo de brotes de enfermedades infecciosas, como leptospirosis y hantavirus.
- **Presión sobre los sistemas de atención médica:** El aumento de la carga de enfermedades y lesiones relacionadas con el cambio climático puede ejercer una presión adicional sobre los sistemas de salud, especialmente en regiones donde ya hay escasez de recursos y personal médico.

Aumento de temperaturas extremas: El aumento de las temperaturas puede provocar golpes de calor, deshidratación y agotamiento por calor, lo que afecta a la salud en todo el país, especialmente en áreas urbanas densamente pobladas como Lima. Se espera que los mayores cambios se produzcan sobre la Amazonia, es decir, Loreto, Ucayali y Madre de Dios, con valores entre +2.8 a +3.2 °C y algunos núcleos, con temperaturas mayores a +3.2 °C. Mientras que sobre los Andes, los cambios son superiores a +2.4 °C, con dos núcleos extremos sobre el noreste de Arequipa y el sur del Cusco, hasta +3.2 °C.[84]

Eventos climáticos relacionados con el agua: Respecto al riesgo alto por inundaciones, se estima a nivel nacional un total de 5 533 centros poblados expuestos, que comprenden un total de 4 852 210 personas y 2 032 Establecimientos de Salud. Las regiones con mayor población expuesta a riesgo alto son Piura, La Libertad, Lambayeque e Ica. Las personas pueden verse afectadas por lesiones, enfermedades transmitidas por el agua y la destrucción de sus viviendas, lo que aumenta la vulnerabilidad de la población.[85]

El mayor número de emergencias por sequías se han dado en los departamentos de Ayacucho (22.47%), Apurímac (20.79%) y Huancavelica (15.41%), entre los años 2003 al 2022. Las sequías pueden afectar la disponibilidad de agua potable para el consumo humano y agua para la agricultura, que conlleva a escasez de alimentos, originando problemas de salud relacionados a las mismas.[86]

Deslizamientos de tierra y huaicos: Respecto al riesgo muy alto de deslizamientos de tierras, se identificó 14 977 centros poblados con un riesgo alto, los mismos que comprenden un total de 1 494 Establecimientos de Salud, siendo las regiones de mayor riesgo Ancash, Piura, Huánuco y La Libertad; este evento puede producir enfermedades y lesiones en la población, relacionados al evento climático.[87]

Contaminación del aire durante incendios forestales: En departamentos con áreas forestales, como Puno, Anchas, Cusco, Cajamarca, Madre de Dios y Ucayali, los incendios forestales pueden causar una mala calidad del aire debido a la contaminación por humo y partículas, lo que puede aumentar las enfermedades respiratorias.

Variabilidad climática y enfermedades transmitidas por vectores: La variabilidad climática puede influenciar en la distribución de vectores de enfermedades como el dengue y la malaria. Las regiones más afectadas por los casos de dengue son Lima, Ica, Ucayali, Loreto y Piura, siendo está ultima la región donde se concentran los mayores casos de Dengue (30.45%).

Los principales grupos de riesgos son principalmente niños, por el nivel de exposición al virus, las gestantes y los adultos mayores. Se suman personas con enfermedades crónicas no trasmisibles de origen cardíaco, hepático y renal crónicos, entre otros[88]

Impacto en la seguridad alimentaria: En departamentos que dependen en gran medida de la agricultura y la pesca, como La Libertad y Lambayeque, eventos climáticos extremos, como sequías o inundaciones, pueden afectar la disponibilidad de alimentos, lo que puede llevar a la desnutrición y problemas de salud relacionados.

Es importante destacar que la vulnerabilidad de las poblaciones a estos eventos climáticos extremos puede variar según factores como la infraestructura, la preparación y la capacidad de respuesta de cada departamento. Por lo tanto, las medidas de adaptación y mitigación deben adaptarse a las condiciones específicas de cada región

Para enfrentar estos desafíos, es crucial que los sistemas de salud estén preparados y tengan la capacidad de adaptarse a los cambios asociados con el cambio climático. Esto implica la implementación de medidas de mitigación y adaptación, así como el

[84] Escenarios climáticos al 2050 en el Perú: Cambios en el clima promedio, SENAMHI – 2021
[85] Escenarios de riesgo por inundaciones y movimientos en masa ante lluvias asociadas al fenómeno el niño, CENEPRED - 2023
[86] Escenarios de riesgo por sequías meteorológicas a nivel nacional, CENEPRED - 2022
[87] Escenarios de riesgo por inundaciones y movimientos en masa ante lluvias asociadas al fenómeno el niño, CENEPRED - 2023
[88] Dengue en Perú: evolución de casos y fallecidos por la enfermedad, La República - 2023

fortalecimiento de la vigilancia y la capacidad de respuesta ante emergencias. También es esencial promover políticas y acciones para abordar el cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, lo que ayudará a prevenir impactos aún más graves en la salud humana a largo plazo.

Riesgo N° 3: Ocurrencia de enfermedades emergentes y reemergentes. (Brotes y epidemias por zoonosis y enfermedades metaxénicas)

La propagación rápida y masiva de enfermedades infecciosas puede tener un impacto abrumador en el sistema nacional de salud de un país. Cuando se enfrenta a una pandemia o una epidemia de gran magnitud, el sistema de salud puede verse sometido a una serie de desafíos significativos que pueden poner a prueba su capacidad de respuesta y su capacidad para brindar atención adecuada a los afectados. Algunas de las formas en que la propagación de enfermedades infecciosas puede afectar al sistema nacional de salud incluyen:

- **Sobrecarga de los servicios de salud:** La rápida propagación de una enfermedad infecciosa puede llevar a un gran número de personas que necesitan atención médica simultáneamente. Esto puede saturar los hospitales, las unidades de cuidados intensivos y los centros de atención médica, lo que dificulta la capacidad de brindar atención adecuada a todos los pacientes.
- **Escasez de recursos médicos:** Una pandemia puede generar una demanda masiva de equipos médicos y suministros, como ventiladores, mascarillas, guantes y medicamentos específicos. La escasez de estos recursos puede afectar la capacidad de los profesionales de la salud para tratar a los pacientes de manera adecuada y segura.
- **Falta de personal médico:** La propagación rápida de una enfermedad infecciosa puede llevar a que el personal médico se vea afectado por la enfermedad o se vea obligado a ponerse en cuarentena. Esto puede resultar en una disminución de la fuerza laboral disponible para atender a los pacientes, lo que agrava la situación.
- **Disrupción de servicios de salud no relacionados:** Durante una pandemia, los recursos y la atención médica pueden estar centrados en la enfermedad infecciosa, lo que puede llevar a la interrupción de servicios de salud no relacionados, como cirugías programadas, chequeos regulares y tratamientos para otras enfermedades crónicas.
- **Impacto económico:** La propagación masiva de una enfermedad infecciosa puede tener un impacto económico significativo en el país, lo que a su vez puede afectar el financiamiento y la capacidad del sistema de salud para operar de manera eficiente.
- **Estrés en la salud mental del personal de salud:** Los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea durante una pandemia pueden enfrentar altos niveles de estrés y agotamiento emocional. La carga emocional y física puede afectar su salud mental y bienestar, lo que puede agravar la crisis del personal médico.
- **Dificultades en la coordinación y comunicación:** La respuesta a una propagación rápida de enfermedades infecciosas requiere una coordinación y comunicación efectivas entre diferentes agencias gubernamentales, organizaciones de salud y profesionales médicos. Las dificultades en estos aspectos pueden dificultar la respuesta y la toma de decisiones rápidas y efectivas.

Las regiones más afectadas por un brote o epidemias por zoonosis y enfermedades metaxénicas son Lima (32.41%), Piura (6.25%), La Libertad (6.15%), Cajamarca (4.46%) y Arequipa (4.56%), por su alto índice poblacional, lo cual facilita la propagación masiva de este tipo de infecciones.

Para abordar adecuadamente este tipo de crisis de salud pública, se requiere una preparación previa, una respuesta coordinada y una asignación adecuada de recursos y personal médico. Es esencial aprender de las experiencias pasadas y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud para proteger la salud de la población en caso de futuras emergencias sanitarias.

Riesgo N° 4: Surgimiento de un estado fallido – Crisis de estado

Un estado fallido puede tener un impacto significativo y negativo en el estado de salud de las personas de diversas maneras. Aquí hay algunas formas en las que la situación de un estado fallido puede afectar la salud de la población:

- **Acceso limitado a atención médica**: La falta de financiamiento, infraestructura médica deteriorada y la escasez de personal de salud pueden llevar a un acceso limitado a servicios médicos esenciales. Las personas pueden tener dificultades para obtener atención médica básica, diagnósticos adecuados y tratamientos adecuados para sus enfermedades.
- **Escasez de medicamentos y suministros médicos**: La interrupción de la cadena de suministro y la falta de recursos financieros pueden resultar en la escasez de medicamentos, vacunas y otros suministros médicos esenciales. Esto puede afectar el tratamiento y la prevención de enfermedades, aumentando el riesgo de enfermedades prevenibles y la propagación de infecciones.
- **Aumento de enfermedades infecciosas**: La falta de acceso a agua potable, saneamiento adecuado y servicios de salud puede aumentar la incidencia de enfermedades infecciosas transmitidas por el agua, alimentos y vectores. La falta de infraestructura de salud y medidas de control puede dificultar la gestión de brotes de enfermedades infecciosas.
- **Malnutrición y hambre:** La inestabilidad económica y política en un estado fallido puede contribuir a la falta de acceso a alimentos y recursos nutricionales. La malnutrición y el hambre pueden debilitar el sistema inmunológico de las personas y aumentar su susceptibilidad a enfermedades.
- **Desplazamiento forzado:** Los conflictos y la inseguridad en un estado fallido pueden dar lugar a desplazamientos forzados de la población. Los desplazados a menudo enfrentan condiciones insalubres en campamentos y refugios temporales, lo que aumenta el riesgo de enfermedades y problemas de salud mental.
- **Falta de prevención y educación en salud**: La falta de estructuras gubernamentales funcionales puede resultar en la falta de programas de educación en salud y prevención. La población puede carecer de información crucial sobre prácticas saludables, higiene y prevención de enfermedades.
- **Aumento de la violencia y el estrés**: La inseguridad y la violencia en un estado fallido pueden tener efectos graves en la salud mental de las personas. El estrés, la ansiedad y la exposición constante a la violencia pueden deteriorar el bienestar psicológico de la población.
- **Déficit en servicios de salud mental**: La falta de recursos y personal especializado en salud mental puede llevar a una falta de atención adecuada para tratar trastornos mentales y psicológicos, lo que agrava los problemas de salud mental en la población.

En resumen, un estado fallido puede tener un impacto profundo en la salud de las personas al limitar el acceso a servicios médicos, aumentar la vulnerabilidad a enfermedades, contribuir a la malnutrición y la falta de prevención, y exacerbar la violencia y el estrés. La combinación de factores económicos, políticos y sociales puede crear un entorno que compromete el bienestar general de la población y tiene efectos duraderos en la salud física y mental.

Riesgo N° 5: Crisis del sistema de salud

El riesgo de una crisis en el sistema de salud peruano, tendría un impacto significativo y negativo en múltiples aspectos del sistema de salud y, en última instancia, en la población peruana en general. A continuación, se detallan algunos de los posibles impactos:

- Mayor carga de enfermedades prevenibles: Con recursos limitados y un sistema de atención centrado en la curación en lugar de la prevención, una crisis en el sistema de salud podría resultar en un aumento en las tasas de enfermedades prevenibles, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades infecciosas. Esto generaría una mayor demanda de atención médica y podría llevar a la sobrecarga del sistema.
- Agravamiento de las desigualdades en la salud: Las poblaciones rurales y marginadas, que ya tienen un acceso limitado a la atención médica de calidad, serían las más afectadas por una crisis en el sistema de salud. Esto podría agravar aún más las desigualdades en la salud y resultar en disparidades en la mortalidad y la morbilidad entre diferentes grupos de población.
- Desafíos en la respuesta a emergencias: Durante situaciones de emergencia, como epidemias o desastres naturales, la falta de recursos y capacidad en el sistema de salud podría dificultar la respuesta rápida y efectiva. Esto podría resultar en un mayor número de víctimas y la propagación de enfermedades.
- Más presión sobre el personal de salud: La escasez de personal médico y de enfermería, combinada con una mayor demanda de atención médica, podría ejercer una presión adicional sobre los trabajadores de la salud existentes. Esto podría llevar al agotamiento y la reducción de la calidad de la atención.
- Falta de acceso a medicamentos y suministros: Una crisis en el sistema de salud podría afectar la disponibilidad de medicamentos esenciales y suministros médicos. Esto dificultaría el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones.
- Dificultades en la atención de enfermedades emergentes: En el caso de brotes de enfermedades infecciosas emergentes, como se vio con la COVID-19, la falta de capacidad de prueba, seguimiento y tratamiento podría resultar en una propagación incontrolada de la enfermedad.
- Impacto económico y social: La crisis en el sistema de salud también tendría un impacto en la economía peruana y en la calidad de vida de la población. El aumento de las enfermedades podría llevar a una disminución de la productividad y mayores gastos en atención médica.

La OPMI del Ministerio de Salud proyectó para el 2021 que el 96% del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, presentaría capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. El Callao, Ica, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali tienen el 100% de sus establecimientos de salud del Primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada. En términos de infraestructura y equipamiento, la región Tumbes presenta la menor cantidad nominal de brecha (54 Establecimientos de Salud) y Cajamarca presenta la brecha mayor (865 Establecimientos de Salud). La región que presenta la menor brecha en términos porcentuales es Ayacucho con el 87.41%[89]
Para evitar estos impactos negativos, es fundamental que el gobierno peruano y otros actores relevantes tomen medidas preventivas y de fortalecimiento del sistema de salud. Esto incluye aumentar la inversión en infraestructura de salud, recursos humanos, programas de prevención y promoción de la salud, y mejorar la coordinación entre los diferentes componentes del sistema de salud para garantizar una atención médica efectiva y equitativa.

[89] Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud, MINSA - 2022

Anexo 3: Análisis de las oportunidades y su impacto en las variables del Sector Salud

Oportunidad N° 1: Tecnología e innovación en salud

El incremento de tecnología e innovación en salud puede tener un impacto significativo en el estado de salud de las personas de diversas maneras. A medida que la tecnología avanza y se aplica en el ámbito de la salud, pueden surgir beneficios importantes que mejoran la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención médica en general. Algunas de las formas en que la tecnología e innovación en salud incidirán en el estado de salud de las personas son:

- **Diagnóstico temprano y preciso**: Las tecnologías médicas avanzadas, como imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT) y pruebas genéticas, permiten un diagnóstico más temprano y preciso de diversas enfermedades. Esto ayuda a iniciar tratamientos más oportunos y efectivos, mejorando las posibilidades de curación y reduciendo la progresión de enfermedades crónicas.
- **Personalización de tratamientos**: Gracias a los avances en la genómica y la medicina de precisión, se están desarrollando terapias más personalizadas y específicas para cada paciente. Esto significa que los tratamientos se adaptarán a las características individuales de cada persona, lo que puede aumentar su eficacia y reducir los efectos secundarios.
- **Telemedicina y atención remota**: La telemedicina permite a los pacientes acceder a la atención médica desde la comodidad de sus hogares, eliminando la necesidad de viajar o esperar en consultorios. Esto puede ser especialmente beneficioso para personas con movilidad reducida, pacientes que viven en zonas rurales o aquellos que necesitan monitoreo constante de su salud.
- **Monitoreo y seguimiento continuo**: Los dispositivos médicos portátiles y aplicaciones de salud facilitan el monitoreo y seguimiento continuo de ciertos parámetros de salud, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y los niveles de glucosa. Esto permite una detección temprana de cambios en la salud y facilita el manejo de enfermedades crónicas.
- **Intervenciones no invasivas:** La tecnología está facilitando el desarrollo de procedimientos y terapias menos invasivas, lo que disminuye los riesgos y el tiempo de recuperación para los pacientes.
- **Educación y concientización**: La tecnología también contribuye a la educación y concientización de la población sobre hábitos de vida saludables y enfermedades. Aplicaciones y plataformas en línea ofrecen información accesible y actualizada para empoderar a las personas a tomar decisiones más informadas sobre su salud.
- **Investigación y desarrollo de productos farmacéuticos y sanitarios**: Los avances tecnológicos están acelerando el proceso de investigación y desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y sanitarios como vacunas, toxoides, entre otros; para el manejo de enfermedades. Esto podría conducir a la creación de terapias más efectivas para enfermedades aún no tienen tratamiento.

En resumen, el incremento de tecnología e innovación en salud está transformando la forma en que se aborda la atención en salud y puede tener un impacto positivo significativo en el estado de salud de las personas. La aplicación de avances tecnológicos en el cuidado sanitario tradicional tiene el potencial de mejorar la calidad de vida, aumentar la esperanza de vida y reducir la carga de enfermedades tanto a nivel individual como a nivel de la población en general. Sin embargo, también es importante asegurar que la tecnología se utilice de manera ética y con acceso equitativo para garantizar que todos tengan acceso a los beneficios que ofrece.

Oportunidad N° 2: Desarrollo de biología sintética y la ingeniería de tejidos para la creación de órganos artificiales

El desarrollo de la biología sintética y la ingeniería de tejidos para la creación de órganos artificiales tiene el potencial de tener un impacto revolucionario en la salud de las personas. Estas tecnologías están en constante avance y pueden ofrecer soluciones innovadoras para abordar problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas. Algunos de los impactos más destacados son:

- **Reducir la escasez de órganos para trasplantes**: La escasez de órganos para trasplantes es un problema importante en la medicina actual. La biología sintética y la ingeniería de tejidos tienen el potencial de superar esta limitación, ya que permiten cultivar órganos artificiales en el laboratorio utilizando células del propio paciente o células donadas. Esto podría reducir las listas de espera para trasplantes y salvar vidas.
- **Reducción del rechazo a tejidos**: Al utilizar células del propio paciente para cultivar órganos, la posibilidad de rechazo del trasplante se reduce significativamente. Esto se debe a que el cuerpo del paciente reconocerá las células como propias y no activará una respuesta inmune contra el órgano trasplantado.
- **Implementación de terapias regenerativas**: La ingeniería de tejidos también puede proporcionar terapias regenerativas para tratar enfermedades y lesiones. Se podrían cultivar tejidos y células específicas para reemplazar o reparar áreas dañadas del cuerpo, lo que mejoraría la capacidad de recuperación y la calidad de vida de los pacientes.
- **Aplicación de modelos para investigación y desarrollo de productos farmacéuticos**: Los órganos artificiales y los tejidos cultivados en el laboratorio pueden servir como modelos para la investigación y desarrollo de medicamentos. Esto permitiría evaluar la seguridad y eficacia de medicamentos antes de realizar ensayos clínicos en humanos, lo que aceleraría el proceso de desarrollo de medicamentos y reduciría el riesgo para los pacientes.
- **Personalización de tratamientos**: La biología sintética y la ingeniería de tejidos pueden permitir la personalización de tratamientos médicos. Los órganos artificiales y los tejidos cultivados podrían diseñarse específicamente para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente, lo que aumentaría la efectividad de los tratamientos y reduciría los efectos secundarios.
- **Tratamiento de enfermedades crónicas**: Estas tecnologías también podrían proporcionar nuevas opciones de tratamiento para enfermedades crónicas degenerativas como las enfermedades cardiometabólicas y las enfermedades neurodegenerativas.

Si bien estas tecnologías ofrecen promesas emocionantes para el futuro de la medicina, también presentan desafíos éticos, regulatorios y científicos. La seguridad, la eficacia y la calidad de los órganos y tejidos cultivados deben garantizarse antes de su implementación clínica generalizada. A medida que la investigación avanza, es crucial encontrar un equilibrio entre la innovación y la seguridad para aprovechar al máximo el potencial de estas tecnologías en beneficio de la salud de las personas.

Anexo 4: Análisis de los escenarios y su impacto en las variables del Sector Salud

Escenario 1: Evento de desastre mayor y su impacto en el Sector Salud

El sismo de gran magnitud ocurrido en el litoral de Lima, incrementó la tasa de mortalidad y morbilidad en la población limeña. La infraestructura de los establecimientos de salud colapsó, trayendo como consecuencia la incapacidad de brindar una atención médica adecuada, por otra parte, la cadena de suministros del Sector Salud se vio severamente afectada, lo cual ocasionó que falten medicamentos, insumos y equipos necesarios para atender a la población.

La disponibilidad de servicios básicos como luz y agua se vieron severamente afectadas, así como el daño en la infraestructura vial, sumado a esto, las dificultades en la gestión de residuos sólidos, todo ello ocasionó que no se brindaran oportunamente los servicios de atención a la población afectada. Por otra parte, los sistemas de comunicación claves con los diferentes sectores se vio interrumpida como consecuencia del desastre, lo que ocasionó en el país en un estado de desorganización.

Inmediatamente después del sismo se priorizó la reinstalación y reorganización de la cadena de suministro del Sector Salud, así como la reposición de los servicios de agua, luz y tratamiento de residuos contaminantes, lo cual permitió brindar una atención oportuna y ágil a la población afectada. Otra prioridad inmediata del sector fue reestablecer los canales de comunicación con los diferentes sectores, por cual se hizo el uso de herramientas tecnológicas que facilitaron este proceso, pudiendo así, articular las acciones de los diferentes sectores lo que permitió brindar una respuesta ágil, integral y oportuna a la población afectada.

Fue prioritaria la coordinación con el sector de Transporte para la habilitación de las principales vías afectadas por el siniestro, lo cual permitió que la red de los bancos de sangre, el transporte de heridos y la movilidad del personal de salud no se viera drásticamente interrumpida, salvando la vida de muchas personas.

Las acciones impulsadas e implementadas por el Sector Salud sobre los planes de información, educación y comunicación de las primeras acciones de respuesta ante la ocurrencia de desastre de gran magnitud, así como la creación y el despliegue de los equipos multidisciplinarios para la atención de las personas afectadas, tuvieron un impacto significativo en la disminución de las personas heridas y fallecidas.

Por otra parte, en coordinación y colaboración entre las entidades públicas y privadas, se brindó asistencia a los damnificados, brindándoles alimentos, objetos de aseo y de primeros auxilios, etc.

En el mediano plazo el Sector Salud se enfocó en atender los problemas psicológicos generados en la población por la ocurrencia del desastre, en gran medida las atenciones fueron a través de las teleconsultas, aumentando la cobertura y agilidad del servicio en la población. Por otro lado, se enfatizaron esfuerzos en la construcción, reconstrucción y mejoramiento de la infraestructura de salud pública, creando estructuras resilientes e innovadoras dentro del Sector Salud. También se priorizó la gestión de base de datos post desastre y el fortalecimiento de la vigilancia tecnológica en el sector, para poder generar investigaciones, coordinaciones y planes de contingencia para la mitigación del impacto de eventos catastróficos similares en la población.

Hacia el 2030, el Perú emergió como un ejemplo de adaptabilidad y superación. Gracias a las soluciones innovadoras y colaborativas implementadas por el sector, se recuperó y fortaleció el estado de salud de las personas, por otra parte, la mejora de la infraestructura y equipos del sector, y la implementación de la telemedicina aumentó la cobertura al acceso de los servicios de salud. El ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud también tuvo una mejora gracias al fortalecimiento de la articulación multisectorial y con los distintos niveles de gobierno.

Escenario 2: Evento de Disrupción ambiental y su impacto en el Sector Salud

El cambio climático trajo consigo consecuencias devastadoras, desencadenando una serie de impactos en el sector de la salud y en la sociedad en su conjunto. Los eventos climáticos extremos, pérdida de vidas humanas y daños a ecosistemas e infraestructura, migraciones forzadas y nuevas pandemias. Esto resultó en un aumento alarmante de enfermedades metaxénicas y zoonóticas, así como en enfermedades respiratorias y de la piel se convirtió en un problema creciente debido a la alteración de los sistemas agrícolas. La frecuencia de epidemias aumentó, y las muertes prematuras se volvieron más comunes, agravando la carga de salud pública.

El sistema de salud enfrentó una presión sin precedentes. La demanda de servicios de salud se incrementó, sobre todo los servicios de neumología debido a los problemas respiratorios, gastrointestinales y dermatológicos, entre otros, relacionados a los efectos del cambio climático. Las migraciones involuntarias ejercieron una presión adicional en los servicios de atención médica, lo que llevó a la saturación de la demanda de dichos servicios en algunos sectores del país.

Inicialmente se priorizó el desarrollo de planes de preparación y respuesta a brotes y epidemias, que incluyen la identificación temprana, el aislamiento de casos, el rastreo de contactos y la provisión de tratamiento adecuado ayudaron en el control y respuesta ante epidemias en la población. Por otra parte, la implementación de programas de suplementación nutricional y educación sobre alimentación saludable ayudó a proteger y reducir los problemas de malnutrición que se daban en la población debido al cambio climático.

Otra acción inmediata fue fortalecer las capacidades del personal de salud para la atención oportuna de las enfermedades relacionada a los efectos del cambio climático, así como el establecimiento de protocolos para la derivación oportuna de los pacientes desde la atención primaria hasta los especialistas, mejoró drásticamente la velocidad y cobertura de atención del sector, lo cual permitió atender la demanda de los servicios de manera ágil y oportuna.

Al mediano plazo se fortaleció el sistema de vigilancia en salud pública, incorporando variables climáticas y ambientales para una toma de decisiones informada. La investigación se centró en el impacto del clima en la salud de la población y en la interacción entre variables climáticas y daños a la salud.

Las comunidades vulnerables recibieron una atención especial, promoviendo prácticas saludables y rescatando saberes tradicionales. Se impulsaron plataformas de telemedicina para reducir desplazamientos físicos y se crearon redes comunitarias de apoyo para la detección temprana y acceso a servicios médicos.

En el ámbito normativo, se reguló la adaptación y mitigación frente al cambio climático en el Sector Salud. Se incorporaron medidas de adaptación y mitigación en documentos de gestión y se fortaleció la coordinación intersectorial para enfrentar los desafíos originados por este evento.

En el Perú hacia el año 2030, se puede vislumbrar una transformación significativa en la respuesta y atención a los desafíos de salud pública, especialmente en relación con el cambio climático y su impacto en la salud de la población. A través de una combinación de acciones inmediatas y estrategias corto y mediano plazo en materia de prevención, vigilancia y acción se mejoró el estado de salud de las personas, así mismo, se mejoró el acceso a los servicios de salud por parte de la población, gracias al apoyo de la tecnología y el establecimiento de protocolos claros y precisos para la atención. Por último, el ejercicio de la rectoría del sector se vio fuertemente fortalecido gracias a integración de los diversos sistemas de información multisectoriales para la coordinación y ejecución de planes o estratégicas, así mismo, también se fortaleció la imagen del sector gracias a la incorporación de las medidas de adaptación y de mitigación frente al cambio climático.

Escenario 3: Incremento de las amenazas globales para la salud – Pandemia y su impacto en el Sector Salud

En el año 2030, el Perú se ha transformado en un país donde la salud y el bienestar de su población son prioridades indiscutibles. La implementación de medidas enfocadas en la educación en salud y la prevención ha tenido un impacto profundo en la sociedad peruana y la vida cotidiana.

Desde la infancia, los jóvenes reciben educación sobre medidas de prevención, higiene y seguridad ante amenazas globales para la salud. Esto se ha convertido en una parte integral del currículo escolar, asegurando que cada niño y adolescente adquiera conocimientos esenciales.

Los ciudadanos están mejor informados sobre cómo protegerse ante enfermedades infecciosas. Se han desarrollado programas de capacitación para maestros, y las escuelas se han convertido en centros de promoción de la salud, promoviendo hábitos, conductas y estilos de vida saludables, así como del desarrollo de entornos saludables.

La promoción de la prevención y la importancia de buscar atención médica temprana ha dado sus frutos. Los peruanos son más proactivos cuando experimentan síntomas de enfermedades, especialmente infecciosas, y acuden oportunamente a los servicios de salud. Los servicios de salud son accesibles en todo el país, incluso en áreas rurales y marginadas.

La oferta de servicios de salud flexible (telemedicina y otros) han ampliado aún más el acceso a la atención médica, permitiendo a las comunidades remotas recibir diagnósticos y tratamientos oportunos y adecuados. La prevención sigue siendo la clave, y los exámenes de salud regulares son comunes, lo que ha reducido significativamente la carga de enfermedades prevenibles.

Por otro lado, las campañas de concientización sobre el uso responsable de medicamentos han ayudado a combatir la automedicación inapropiada. La regulación y supervisión estricta de la venta de medicamentos garantiza que sólo se obtengan con receta médica. La población comprende que el abuso de antibióticos y otros medicamentos puede llevar al desarrollo de resistencia, por lo que se siguen las indicaciones médicas con responsabilidad.

Además, la agricultura orgánica se ha convertido en una fuente importante de alimentos en el país. Programas de educación alimentaria y el apoyo a agricultores locales han fomentado el cultivo de alimentos saludables y sostenibles. Los peruanos disfrutan de una dieta rica en productos orgánicos, que no contienen productos químicos, lo que ha mejorado la salud general de la población y ha reducido las tasa resistencia a medicamentos y al desarrollo de enfermedades relacionadas con la alimentación.

Las alianzas con los medios de comunicación han permitido difundir información precisa y actualizada en caso de amenazas globales para la salud. La población confía en el sistema de salud y está bien informada sobre los procedimientos a seguir en situaciones de emergencia. La transparencia y la comunicación abierta son valores fundamentales, lo que ha fortalecido la relación entre el sistema de salud y la comunidad.

La infraestructura de atención primaria de salud se ha modernizado y mejorado significativamente. Los profesionales de la salud reciben capacitación continua en promoción de la salud y prevención de enfermedades infectocontagiosas. Los establecimientos de salud son espacios acogedores y están equipados con tecnología de vanguardia para brindar atención preventiva de calidad.

El país se ha convertido en un centro de investigación y desarrollo en salud reconocido a nivel mundial. Las colaboraciones con instituciones académicas y científicas han llevado a avances significativos en la lucha contra enfermedades infecciosas y el desarrollo de amenazas globales para la salud. Se han desarrollado vacunas, tratamientos y técnicas de detección de estas enfermedades.

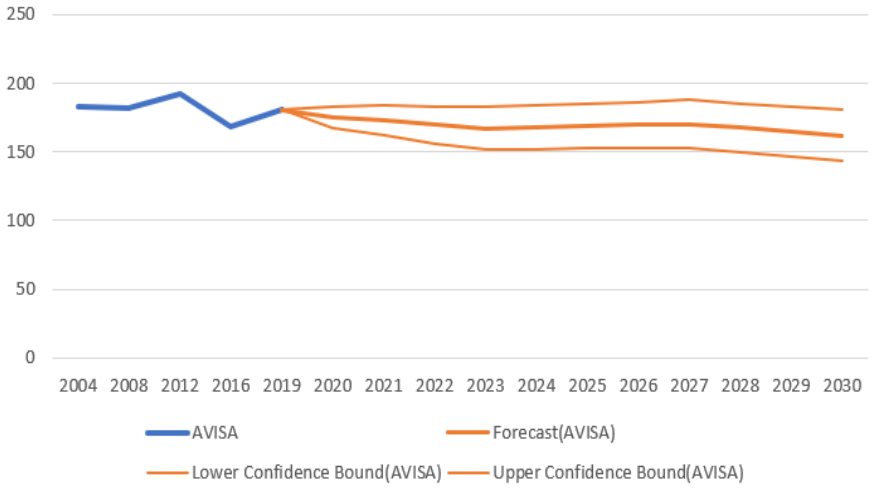
El sistema de vigilancia epidemiológica y la inteligencia sanitaria son robustos y ágiles. Se utilizan tecnologías de información para recopilar, analizar y responder a datos de salud en tiempo real. Esto ha permitido una detección temprana y una respuesta eficiente a brotes de enfermedades, evitando la propagación descontrolada.

En el Perú de 2030, la salud es una inversión valiosa y una parte integral de la vida cotidiana. La prevención, la educación y la colaboración han llevado a una sociedad más saludable y resiliente que está lista para enfrentar cualquier amenaza global para la salud que pueda surgir.

Anexo 5: Proyecciones de las variables prioritarias del Sector Salud

Variable N°1: Estado de salud de las personas - Indicador "Años de vida saludables perdidos (AVISA)"
En la siguiente figura se presenta la razón de AVISA por cada 1000 habitantes, a nivel nacional del periodo 2004 al 2030. Para el 2019 la razón de AVISA por cada 1000 habitantes era igual a 180.6, y se estima que para el 2030 está razón se encuentre dentro del intervalo de 143.6 al 180.6.
Para realizar la proyección en el Perú del periodo 2020 al 2030 se utilizaron datos de razones de AVISA por cada 1000 habitantes desde el 2005 al 2019, así como un algoritmo de suavizamiento triple exponencial (ETS) para la predicción de series temporales, el cual se basa en la versión AAA (error aditivo, tendencia aditiva y estacionalidad aditiva del algoritmo ETS, que suaviza las desviaciones menores en las tendencias de datos previas mediante la detección de patrones de estacionalidad e intervalos de confianza. Este método de pronóstico es más adecuado para modelos de datos no lineales con patrones estacionales u otros patrones recurrentes.

Figura 17. Proyección de la razón de los años potenciales de vida perdidos en Perú al 2004-2030

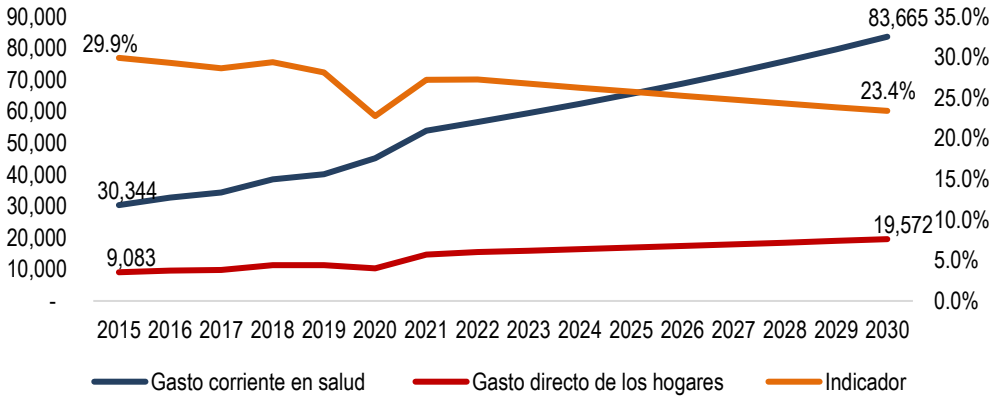


Fuente: OECD

Variable N° 2: Acceso al servicio de salud - Indicador 1 "Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud"

El comportamiento del indicador "Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud" en el año 2015 tenía un valor del 29,9%, posteriormente su valor venía fluctuando entre los 29% y 25% durante los años 2016 al 2019, siendo el último año, que a raíz del COVID 19 presentó una variación anormal, para posteriormente tener un incremento del 43% de su valor respecto al año 2021. Posteriormente a ello, y adecuándonos a la nueva realidad, podemos ver que el comportamiento del indicador presenta una inclinación gradual hacia la baja y se estima que al año 2030 el valor del indicador sea igual al 23,4%.
Para su proyección se realizó un promedio ponderado del porcentaje del gasto de bolsillo en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud, este promedio está conformado por la evolución de la tasa de crecimiento del gasto corriente en salud sobre el gasto directo de los hogares, exceptuando los años de pandemia (2020 y 2021) donde este promedio tiene un comportamiento anómalo.

Figura 18. Proyección del Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud, 2022-2030 (MM de nuevos soles)

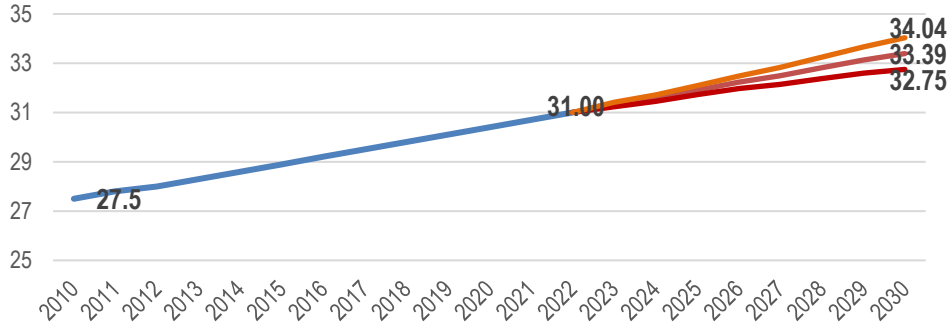


Variable N° 2: Acceso al servicio de salud - Indicador 2 "Porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud"

En la siguiente ilustración se observa que, en el año 2010 el porcentaje de la población con problemas de salud que consultaron la atención de salud fue del 27,5%, y desde esa fecha el indicador ha tenido un leve crecimiento sostenido, llegando a tener un valor del 31% al año 2022, por lo cual se estima que el comportamiento del indicador al año 2030 se encuentre entre los valores de 34,04% al 32,75%.

Para su proyección se empleó la variación absoluta de la serie temporal del indicador de la población crónica que accede a la atención en salud, tomando valores desde el año 2010 hasta el 2022.

Figura 19. Proyección del porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud, 2022-2030



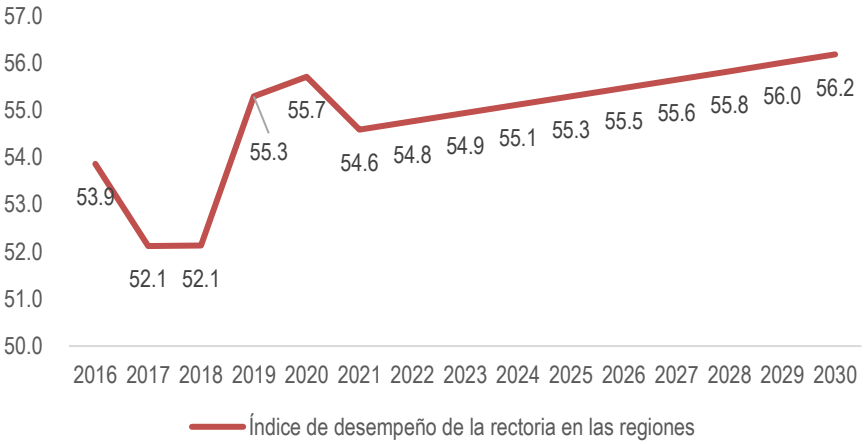
Fuente: *INEI.*

Variable N° 3: Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud - Indicador "Índice de desempeño de la rectoría en las regiones"

En el año 2016, el índice de desempeño de la rectoría por regiones tenía un valor de 53,9%, descendiendo a 52,1% durante los años 2017 y 2018. Debido al impulso de intervenciones para mejorar la salud de grupos especialmente vulnerables como gestantes y niños, se observó un incremento a 55,3% durante el año 2019 y a raíz del COVID-19 y los problemas que ocasionó, fue necesaria la articulación y fortalecimiento del sector con los distintos niveles de gobierno, por lo cual la rectoría se vio fortalecida, alcanzándose un valor de 55,7% en el año 2020. Para el año 2021, el índice de desempeño de la rectoría en las regiones se vio ligeramente reducido a un valor de 54,6%, para posteriormente al año 2022 presentar un ligero crecimiento a 54,8%.

Para obtener la proyección del indicador, se realizó un promedio móvil ponderado de los valores del índice de desempeño de la rectoría en las regiones de los años 2019 al 2022, se tomaron en consideración desde el año 2019 por el cambio que produjo la pandemia en el panorama de salud mundial y nacional.

Figura 20. Proyección 2023 del Índice de desempeño de la rectoría en las regiones



Anexo 6: Aspiraciones

Las aspiraciones representan el conjunto de anhelos y expectativas para el futuro del Sector Salud. Se han obtenido a partir de consultas a los actores involucrados en torno a la situación que se desea para las variables prioritarias, teniendo como referencia su comportamiento tendencial; por lo que se elaboró una encuesta en línea que se dirigió a los principales expertos dentro y fuera del Sector Salud, teniendo respuesta de la Academia y del sector privado, tomando en cuenta aspectos relacionados al diagnóstico y a las aspiraciones para el Sector Salud para el año 2030.

Figura 21. Instrumento de encuesta virtual para la recolección de las aspiraciones del sector

En cuanto a los resultados por cada variable prioritaria consultada se cuenta con el siguiente análisis:

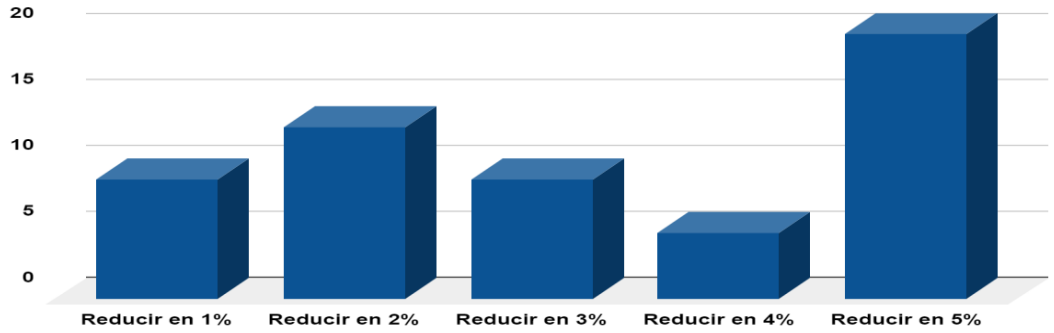
Variable N°1: Estado de salud de las personas

Las opiniones de los actores consultados tienden a coincidir en que al 2030, lo deseable y factible es que la Razón de AVISA por cada 1000 habitantes (años de vida saludables perdidos), disminuya en 5%, siendo este el referente para que el sector defina cuantitativamente la situación futura de la variable "Estado de salud de las personas",

Tabla 28. Intervalos y frecuencias de los valores deseados - Razón de AVISA esperada por cada 1000 habitantes

Intervalo	Frecuencia
Reducir en 1%	9
Reducir en 2%	13
Reducir en 3%	9
Reducir en 4%	5
Reducir en 5%	20
Total	**56**

Figura 22. Histograma de frecuencia de valores deseados - Razón de AVISA esperada por cada 1000 habitantes



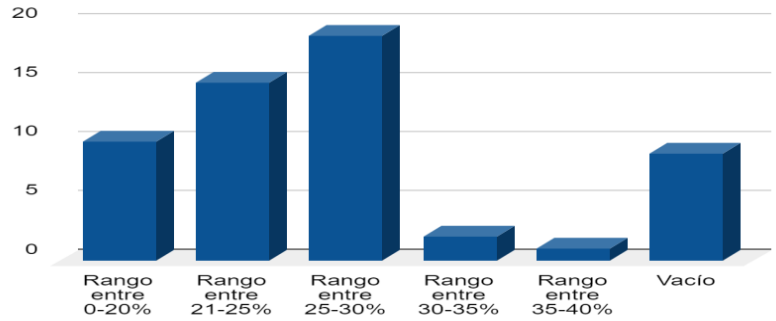
Variable N° 2: Acceso al servicio de salud - Indicador 2 "Porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud"

Las opiniones de los actores consultados tienden a coincidir en que, al horizonte temporal, lo deseable y factible es que el indicador "Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud", oscile entre los valores de 25 y 30%.

Tabla 29.Intervalos y frecuencias de valores deseados - Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud.

Intervalo	Frecuencia
Rango entre 0-20%	10
Rango entre 21-25%	15
Rango entre 25-30%	19
Rango entre 30-35%	2
Rango entre 35-40%	1
Vacío	9
Total	**56**

Figura 23. Histograma de frecuencia de valores deseados - Porcentaje del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares con respecto al gasto total en salud.

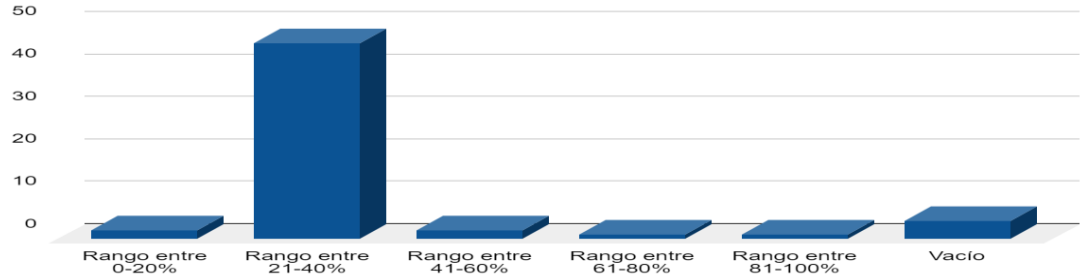


Para la medición de la V2. "Acceso a Servicios de Salud" se cuenta con el indicador "Porcentaje de la población con algún problema de salud crónico que accede a la atención en salud". Las opiniones de los actores consultados tienden a coincidir en que, al horizonte temporal, lo deseable y factible es que el indicador oscile entre los valores de 21 y 40%.

Tabla 30. Intervalos y frecuencias de valores deseados - Porcentaje de población con problemas de salud crónico que acceden a la atención de salud

Intervalo	Frecuencia
Rango entre 0-20%	2
Rango entre 21-40%	46
Rango entre 41-60%	2
Rango entre 61-80%	1
Rango entre 81-100%	1
Vacío	4
Total	**56**

Figura 24. Histograma de frecuencia de valores deseados - Porcentaje esperada de la población con algún problema de salud crónico que accede a la atención en salud



Variable N° 3: Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud - Indicador "Índice de desempeño de la rectoría en las regiones"

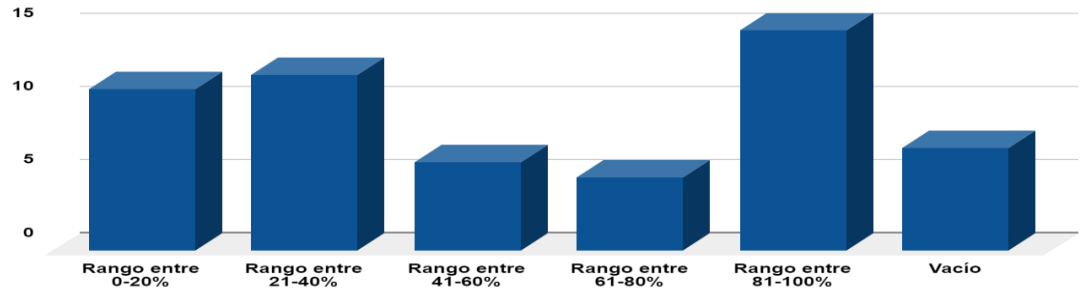
Para la medición de la V3. “Ejercicio de la Rectoría para la Gobernanza en Salud”, inicialmente se consultó el indicador “Índice de desempeño de la rectoría en las regiones” con el Grupo de Trabajo Sectorial , consensuando el valor de 56.2% como valor promedio deseado. Cabe precisar que, dicho índice sólo permite evaluar el componente de ejecución presupuestal de las regiones; en ese sentido se planteó incluir un indicador que esté relacionado al cumplimiento de compromisos de los gestores del Sistema de Salud, dentro de su ámbito territorial, siendo representativo como el ejercicio de su rectoría y la articulación intergubernamental y multisectorial que se requiere, tomándose en consideración el indicador “Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción", teniendo en cuenta que la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable" propone reorganizar el sistema de salud basada en Redes Integrales de Salud (RIS), independientemente de su pertenencia a algún subsistema de salud (MINSA/regiones, EsSalud, sanidades Defensa o PNP, privados, entre otros).

Las opiniones de los actores consultados tienden a coincidir en que al 2030, lo deseable y factible es que el indicador “Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción", oscile entre los valores de 81 y 100%, siendo el porcentaje de 100% el más votado, y siendo este el referente para que el sector defina cuantitativamente la situación futura de la variable “Ejercicio de la rectoría para la gobernanza en salud”.

Tabla 31. Intervalos y frecuencias de valores deseados - Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción

Intervalo	Frecuencia
Rango entre 0-20%	11
Rango entre 21-40%	12
Rango entre 41-60%	6
Rango entre 61-80%	5
Rango entre 81-100%	15
Vacío	7
Total	**56**

Figura 25. Histograma de frecuencia de valores deseados - Porcentaje de IPRESS organizadas en Redes Integradas de Salud según su jurisdicción



Asimismo, se muestra el personal que participó en la referida encuesta:

Tabla 32. Listado de actores que participaron en la recolección de las Aspiraciones

N°	Actor consultado
1	Mario Abel Aliaga Marro Jefe de Equipo DIEM Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) - MINSA
2	Alexander Tarev Especialista en Gestión de la Salud II Lima Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud (DGIESP) - MINSA
3	Beatriz Haydee Benítez Briones Especialista en orientación en Salud Minsa Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
4	Bety Lope Bernuy Enfermera Sede Minsa Dirección ejecutiva de Promoción de la Salud (DPROM) - MINSA

N°	Actor consultado
5	Carlosbellopurizaca@Gmail.Com Director Planeamiento Estratégico Tumbes Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Tumbes
6	Cgutierrezs@Minsa.Gob.Pe Jefe de equipo Acceso Med. Minsa Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)
7	Charo122@Gmail.Com Especialista en Salud Publica II Lima Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud (DGIESP) - MINSA
8	Christian Palomino Subdirección de Innovación en Salud del INS Lima Instituto Nacional de Salud (INS)
9	César Andrés Rojas Gil D Responsable de Planeamiento DIGEMID Lima Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) - MINSA
10	Marcos Cuadros Economista Lima Metropolitana Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
11	Teresa Suarez ET Lima Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) - MINSA
12	Dulcinea Zúñiga Coordinador DITEL Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
13	Ernesto J. Salamanca Especialista en orientación en Salud MINSA Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
14	Fradis Gil Médico Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)
15	Gloria Meza Espec. Administrativo - DIGERD/MINSA LIMA Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD) - MINSA
16	Celmira Heredia Diaz Coordinadora de Pp0129 Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martin
17	Instaldocent.Lm1@Gmail.Com Médico DIGDOT - DIDOT Lima Dirección General de Donaciones, Trasplantes y Banco de Sangre (DIGDOT) - MINSA
18	Julio Cesar Castillo Fernández Especialista Salud Publica II Minsa Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud (DGIESP) - MINSA
19	Jessica Guzmán Médico MINSA SEDE CENTRAL Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas (DENOT) - MINSA
20	Jenny Galvez Analista Dirección de Aseguramiento en Salud (DAS) - MINSA
21	Nilton Napa Equipo técnico DIGERD Lima Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD) - MINSA
22	Marcia Apestegui Equipo Técnico DIGERD Lima Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD) - MINSA
23	Marleny Marticorena Especialista Administrativo Lima Metropolitana Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
24	Martin Vásquez Especialista en Salud Publica Lima Metropolitana Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) - MINSA
25	Merly_433@Hotmail.Com Especialista Temático San Martin Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martin

N°	Actor consultado
26	Milton Morales Jefe de equipo Lima Metropolitana Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) - MINSA
27	Marco Miguel Soto Barbs Director General de la OPP SUSALUD Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)
28	Ohmayda Sandoval Esp. Administrativo Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú - MINSA
29	Patricia Bueno Medico Dirección de Intervenciones por Curso de. Vida y Cuidado Integral (DVICI) - MINSA
30	Erika Rodriguez Valdez Orientación en Salud MINSA – Infosalud Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
31	Rocío Ruíz Cumapa Coordinadora del Curso de Vida Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor. San Martín Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martin
32	Sanchezpjl2015@Gmail.Com Director de Inteligencia Sanitaria San Martin Dirección Regional de Salud (DIRESA) de San Martin
33	Katherine Huamán Equipo Técnico EV Adolescente y Joven Lima Dirección de Intervenciones por Curso de. Vida y Cuidado Integral (DVICI) - MINSA
34	Shumaya Iturrizaga Equipo Técnico - OGDESC Lima Metropolitana Oficina General de Gestión Descentralizada (OGDESC) - MINSA
35	César Hugo Silva Especialista Administrativo I MINSA- DIGESA Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) - MINSA
36	Gladys Suárez Especialista en Gestión en Salud I Lima Dirección General de Personal de Salud (DIGEP) - MINSA
37	Jorge Morón Tataje Medico Monitor Infosalud Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA
38	Dirección Regional De Salud Amazonas
39	Dirección Regional De Salud Ancash
40	Dirección Regional De Salud Apurímac
41	Gerencia Regional De Salud Arequipa
42	Dirección Regional De Salud Callao
43	Dirección Regional De Salud Cajamarca
44	Dirección Regional De Salud Huancavelica
45	Dirección Regional De Salud Huánuco
46	Dirección Regional De Salud Ica
47	Gerencia Regional De Salud Lambayeque
48	Gerencia Regional De Salud La Libertad
49	Dirección Regional De Salud Lima
50	Gerencia Regional De Salud Loreto
51	Dirección Regional De Salud Madre De Dios
52	Dirección Regional De Salud Moquegua
53	Dirección Regional De Salud Pasco
54	Dirección Regional De Salud Piura
55	Dirección Regional De Salud San Martín
56	Dirección Regional De Salud Tumbes

Anexo 7: Fichas técnicas de los indicadores de objetivos y acciones estratégicas sectoriales

Ficha Técnica del Indicador OES 1 - Ind1.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Nombre del Indicador	Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades no transmisibles
Justificación	El presente indicador estima la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad originado por enfermedades no transmisibles. Las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables de la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 74% de todas las muertes a nivel mundial. Asimismo, se evidencia que cada año, 17 millones de personas mueren a causa de una ENT antes de los 70 años, y se estima que el 86% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medios. Las enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de las muertes por ENT, siendo un total de 17,9 millones de personas al año, seguido de cáncer (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones) y la diabetes (2,0 millones, incluidas las muertes por enfermedades renales causadas por la diabetes). Estos cuatro grupos de enfermedades representan más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. La detección, el tamizaje y el tratamiento de las ENT, así como los cuidados paliativos, son componentes clave de la respuesta a las ENT.
Responsable del Indicador	Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
Limitaciones para la medición del indicador	Determinar la incidencia de casos porque el país no cuenta con estudios de cohortes para determinar de manera precisa, por lo que se usa información de estudios de investigación o se estima a través de otros indicadores, como la prevalencia o letalidad, entre otros; o se usan modelos matemáticos para poder estimarlos. Cada estudio de carga de enfermedad se realiza utilizando la última metodología disponible, esto significa que los resultados obtenidos previamente no son comparables si las metodologías de estimación son diferentes; por lo que, cada vez que se realice una nueva medición del indicador, se debe volver estimar los valores obtenidos previamente, utilizando los resultados de carga de enfermedad con la última metodología disponible, de manera que los valores pueden ser comparables y esto permita realizar una interpretación adecuada de la tendencia y progresión del indicador a través del periodo de análisis. Financiamiento para el procesamiento y análisis de información. Entrega de la base de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios y defunciones (SINADEF), entre otras por parte de la Oficina General de Tecnologías de información – MINSA al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\int^{x=a+L} DCx\, e^{-\beta x} e^{-r(x-a)}\, dx$$ **Donde:**

	D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1) X: Edad a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada) L: Duración de la discapacidad β: Parámetro de ponderación de la edad (β=0.04) C: Constante de ajuste de la ponderación de la edad (C=0,1658) Cxe- β x= Valor del tiempo vivido a diferentes edades **Especificaciones técnicas** La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de enfermedades no transmisibles del estudio de carga de enfermedad. Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información - MINSA
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	127.7	125.1	125.1	125.1	123.2	123.2	123.2	121.3

Ficha Técnica del Indicador OES 1 - Ind1.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Nombre del Indicador	Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales
Justificación	El presente indicador estima la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad originado por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Las defunciones y discapacidad por enfermedades infecciosas se agrupan junto con las muertes y discapacidad de mujeres y recién nacidos relacionadas con el embarazo y el parto y por ingesta insuficiente de nutrientes. Estas causas de muerte y discapacidad son más frecuentes en países con menos ingresos económicos. En las últimas décadas se ha producido una reducción significativa de la carga mundial de enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales, pasando de 1.200 millones en 1990 a menos de 670 millones en 2019 (una reducción del 44%).
Responsable del Indicador	Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
Limitaciones para la medición del indicador	Determinar la incidencia de casos porque el país no cuenta con estudios de cohortes para determinar de manera precisa, por lo que se usa información de estudios de investigación o se estima a través de otros indicadores, como la prevalencia o letalidad, entre otros; o se usan modelos matemáticos para poder estimarlos. Cada estudio de carga de enfermedad se realiza utilizando la última metodología disponible, esto significa que los resultados obtenidos previamente no son comparables si las metodologías de estimación son diferentes; por lo que, cada vez que se realice una nueva medición del indicador, se debe volver estimar los valores obtenidos previamente, utilizando los resultados de carga de enfermedad con la última metodología disponible, de manera que los valores pueden ser comparables y esto permita realizar una interpretación adecuada de la tendencia y progresión del indicador a través del periodo de análisis. Financiamiento para el procesamiento y análisis de información. Entrega de la base de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios y defunciones (SINADEF), entre otras por parte de la Oficina General de Tecnologías de información – MINSA al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\int^{x=a+L} DCx\, e^{-\beta x} e^{-r(x-a)}\, dx$$ **Donde:** D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1) X: Edad a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada) L: Duración de la discapacidad β: Parámetro de ponderación de la edad (β=0.04) C: Constante de ajuste de la ponderación de la edad (C=0,1658) Cxe- β x= Valor del tiempo vivido a diferentes edades **Especificaciones técnicas**

	La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales del estudio de carga de enfermedad. Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información - MINSA
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	33.9	32.9	32.9	32.9	31.9	31.9	31.9	30.5

Ficha Técnica del Indicador OES 1 - Ind1.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Nombre del Indicador	Razón de años de vida saludables (AVISA) perdidos por mil habitantes para accidentes y lesiones
Justificación	El presente indicador estima la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad originado por accidentes y lesiones. La categoría de accidentes y lesiones es amplia y abarca no sólo accidentes (lesiones no intencionales como caídas, incendios y ahogamientos, así como lesiones en transporte entre otros), sino también desastres naturales y violencia, incluida la violencia interpersonal, los conflictos, el terrorismo y las autolesiones.
Responsable del Indicador	Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Dirección de Inteligencia Sanitaria.
Limitaciones para la medición del indicador	Determinar la incidencia de casos porque el país no cuenta con estudios de cohortes para determinar de manera precisa, por lo que se usa información de estudios de investigación o se estima a través de otros indicadores, como la prevalencia o letalidad, entre otros; o se usan modelos matemáticos para poder estimarlos. Cada estudio de carga de enfermedad se realiza utilizando la última metodología disponible, esto significa que los resultados obtenidos previamente no son comparables si las metodologías de estimación son diferentes; por lo que, cada vez que se realice una nueva medición del indicador, se debe volver estimar los valores obtenidos previamente, utilizando los resultados de carga de enfermedad con la última metodología disponible, de manera que los valores pueden ser comparables y esto permita realizar una interpretación adecuada de la tendencia y progresión del indicador a través del periodo de análisis. Financiamiento para el procesamiento y análisis de información. Entrega de la base de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios y defunciones (SINADEF), entre otras por parte de la Oficina General de Tecnologías de información – MINSA al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\int^{x=a+L} DCx\, e^{-\beta x} e^{-r(x-a)}\, dx$$ **Donde:** D: valor ponderado de la discapacidad (entre 0 y 1) X: Edad a: Edad de inicio de la discapacidad (tabla West 26 modificada) L: Duración de la discapacidad β: Parámetro de ponderación de la edad (β=0.04) C: Constante de ajuste de la ponderación de la edad (C=0,1658) Cxe- β x= Valor del tiempo vivido a diferentes edades **Especificaciones técnicas**

	La estimación se realizará solo de las subcategorías que correspondan al grupo de para accidentes y lesiones Debido a que algunas bases de datos para la estimación del indicador no se encuentran disponibles anualmente, por ejemplo, el cierre de la base de datos de mortalidad (SINADEF) puede demorar hasta dos años, la estimación del indicador en el año de reporte será con información de dos años previos. Es decir, el reporte del indicador del año 2024 será con la estimación del 2022. Asimismo, dado que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población, así como de intervenciones a mediano y largo plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de diferentes fuentes como consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, defunciones, entre otros, que por las características de su disponibilidad (descritas previamente), se utilizará la información de dos años anteriores al año del reporte (ej. con información del 2022, 2025 y 2028).
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto a los factores de riesgo relacionados a la carga de enfermedad, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – Oficina General de Tecnologías de la Información – MINSA.
	Base de datos: - Base de datos de mortalidad (SINADEF). - Bases de datos de consulta externa (HIS), egresos hospitalarios, entre otros.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	18.9	18.3	18.3	18.3	17.9	17.9	17.9	17.1

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva
Justificación	El indicador permite mostrar el porcentaje de los menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche materna el día anterior al día de la entrevista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	INEI viene reportando porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna, sin embargo se genera gestiones para modificar a porcentaje de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) *100 **Donde:** A: Total de niñas y niños menores de seis meses de edad cuya única fuente de alimentación es la leche materna al año N B: Total de niñas y niños menores de seis meses de edad al año N. N: Año de medición **Especificaciones técnicas** Para el presente indicador se tomará en cuenta a las niña o niños esté actualmente lactando, y solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Para el cálculo del indicador se considera solo al último hijo nacido vivo menor de 6 meses de las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años y que viven con ella.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Las madres toman conciencia de la necesidad e importancia de brindar lactancia materna exclusiva a los menores de 6 meses.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Base de datos: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019***	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	65.7%	67.0%	69.0%	71.0%	73.0%	75.0%	77.0%	80.0%

*Valor basal establecido en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 15 o más años que consumen al menos cinco porciones de fruta y/o ensalada de verduras al día.
Justificación	El indicador permite medir el consumo de al menos cinco porciones de fruta y/o ensaladas de verdura al día como acción relacionada a una alimentación saludable en la población y que contribuye a reducir enfermedades no trasmisibles, como la diabetes, sobre peso, obesidad, hipertensión. El indicador refleja el fortalecimiento de los estilos y hábitos saludables, mediante una alimentación nutritiva y variada.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA.
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el encuestado. Sin embargo, puede tener diferentes connotaciones de acuerdo a la percepción del encuestado/a en relación al entendimiento del término “porción”.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) * 100 **Donde:** A: Número de personas, de 15 y más años de edad, que reportan consumir al menos 5 porciones diarias de frutas y/o ensalada de verduras, en los últimos 7 días. B: Número total de personas de 15 y más años de edad con información completa. **Especificaciones técnicas** - Para el consumo de frutas, se pregunta en base a porciones, cuyo equivalente en medidas caseras es la unidad, tajada, racimo, puñado. Si se responde en kilogramos, se pide al entrevistado que lo exprese en porciones. - Para el consumo de jugo de frutas, se pregunta en base a vasos, cuyo equivalente en medidas caseras es un vaso mediano de plástico. Si responde en otra unidad u otro tamaño, se pide al entrevistado que lo exprese en vasos medianos de plástico. - Para el consumo de ensalada de frutas, se pregunta en base a porciones, cuyo equivalente en medidas caseras es una dulcera mediana de vidrio. Si responde en otra unidad u otro tamaño, se pide al entrevistado que lo exprese en dulceras medianas de vidrio. - Para el consumo de verduras, se pregunta en base a porciones, cuyo equivalente en medidas caseras es un plato pequeño. Si se responde en medidas más pequeñas, como cucharadas, se pide al entrevistado que lo exprese en porciones (4 cucharadas=1 porción). - Se apoyará en cartillas cuando la respuesta del entrevistado no coincida con las porciones (jarras, tazones, platos grandes, etc.). - No se ha incluido el consumo de refresco de frutas (por ejemplo, limonada) ni el consumo de fruta en sopas (por ejemplo, chapo) o segundos (por ejemplo, patacones). Además, se está preguntando solo por el consumo de verduras bajo la forma de ensalada, ya que en otras formas como guisos y sopas es difícil de estimar, por lo que el indicador podría estar ligeramente subestimado.
Sentido esperado del indicador	Ascendente

Supuestos	La población toma conciencia de la necesidad e importancia de adoptar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
	Base de datos: Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	10.50%	10.65%	10.85%	11.00%	11.25%	11.50%	11.75%	12.00%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de la población que practica regularmente actividad física moderada o alta, al menos 30 minutos diarios
Justificación	Este indicador permite evaluar el avance en la práctica regular de la población en actividad física y en un nivel que garantiza el beneficio para una vida activa y saludable. Esta práctica regular permite a la persona mantener el peso, tonificar los músculos, mejorar la concentración y atención para los aprendizajes, reduce el riesgo a contraer enfermedades crónicas no transmisibles, mejora el sistema inmunológico y la salud mental principalmente.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el encuestado. Sin embargo, puede tener diferentes connotaciones de acuerdo a la percepción del encuestado/a.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) *100 **Donde:** A: Número de casos con actividad física moderada o alta, con al menos 30 minutos diarios. B: Número total de casos de la muestra al año N. **Especificaciones técnicas** Este indicador se calcula dividiendo el número de encuestados que realiza actividad física moderada o intensa durante al menos 30 minutos diarios (sin considerar la actividad física leve o en menor tiempo) entre el número de encuestados en la muestra anual. La medición se realiza en noviembre de cada año. Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que exija gasto de energía (Shepard & Balady, 1999) y una experiencia personal que permita interactuar con los demás y con el entorno.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	La población mantiene el interés de incrementar el tiempo y regularidad de la práctica de actividad física
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Educación – MINEDU
	Base de datos: Encuesta nacional de actividad física y hábitos de vida saludable (ENAVIS)

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019***	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	25%	28%	30%	32%	34%	36%	38%	40%

*Valor basal establecido en la Política Nacional de Actividad Física, Recreación, Deporte y Educación Física (PARDEF), aprobada en el 2022.

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.4	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de hogares rurales que realizan prácticas adecuadas en el lavado de manos
Justificación	El indicador permite medir el lavado de manos en la población, dada su importancia en la reducción de microorganismos de la piel, posibilitando con ello reducir y/o evitar la propagación de enfermedades diarreicas, respiratorias, entre otras transmisibles. Para promover la práctica adecuada de lavado de manos se requiere servicios de agua instalados, esta complementariedad posibilita mejorar las condiciones de salud de la población. Si el lavado de manos se hace hábito en la población, se aportaría de manera importante a mejorar los estándares de salud en la población, constituyéndose en una de las mejores maneras de evitar enfermedades y prevenir la transmisión a otras personas, porque no tiene costo, es fácil y rápido.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el encuestado. Sin embargo, puede tener diferentes connotaciones de acuerdo a la percepción del encuestado/a.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) *100 **Donde:** A: Número de hogares que realizan adecuadas prácticas de lavado de manos. B: Total de hogares del ámbito rural. **Especificaciones técnicas** Se considera ámbito rural a aquellos centros poblados con menos de 2000 habitantes. La observación es la única manera de medir si el lavado de manos es un hábito adquirido por las personas, y los métodos de recolección de datos están supeditados a ello. El cálculo del indicador va depender de la aceptación por parte del informante a mostrar cómo se lava las manos. Se asume que la información del jefe del hogar es representativa de todos los miembros del hogar.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	La población rural incrementa y mantiene el interés del desarrollo de la práctica.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) **Base de datos:** Encuesta Nacional de Programas Presupuestales – ENAPRES

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	2.20%	2.50%	3.00%	3.50%	4.00%	4.50%	5.00%	5.50%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.5	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que fuman cigarrillos diariamente en los últimos 12 meses
Justificación	Este indicador permite medir qué población está expuesta con el factor de riesgo del tabaquismo, ya que es una de las mayores amenazas para la salud pública, pues se ha demostrado que está asociado a mortalidad tanto en fumadores como en personas expuestas al humo de tabaco. El humo ajeno causa enfermedades cardiovasculares y respiratorias graves, incluidas cardiopatías isquémicas y cáncer de pulmón. El 25% de las muertes por cáncer en el mundo se deben al consumo de tabaco. Los fumadores tienen hasta el doble de riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular y el cuádruple de sufrir cardiopatías. Los fumadores inmunodeprimidos, como los que tienen fibrosis quística, esclerosis múltiple o cáncer, corren más riesgo de presentar síntomas comórbidos y de fallecer prematuramente.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	Respuesta influenciada por sesgo de deseabilidad social con un consecuente subreporte.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) * 100 **Donde:** A: Número de personas de 15 y más años de edad que fumaron cigarrillos en los últimos doce meses. B: Número total de personas de 15 y más años de edad con información completa. **Especificaciones técnicas** Fumar diariamente se define como haber fumado al menos un cigarrillo durante los últimos doce meses. La determinación de este indicador se basa en lo reportado por el entrevistado. En cuanto al aspecto analítico, para la construcción del indicador se consideran a todos los sujetos entrevistados. Solo se ha considerado el consumo de cigarrillos y no todas las formas de consumo de tabaco
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Población con conocimiento reduce el consumo de productos de tabaco o similares.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) **Base de datos:** Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	16.2%	16%	15.9%	15.7%	15.5%	15.3%	15%	14.9%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.1 - Ind1.1.6	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que en los últimos 30 días consumen alguna bebida alcohólica
Justificación	Este indicador permite medir qué población está expuesta con el factor de riesgo del consumo de alcohol, dado que es un factor causal en más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo e importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales relacionadas con el alcohol suelen ocurrir en grupos de edad relativamente más jóvenes. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	El indicador solo mide lo reportado por el encuestado lo cual puede estar supeditado a un subreporte debido a un sesgo de deseabilidad social (donde el entrevistado solo responde aquello que es “socialmente apropiado”.
Método de cálculo	**Fórmula:** (A / B) *100 **Donde:** A: Número de personas de 15 y más años de edad que consumieron alguna bebida alcohólica: en los últimos 30 días, en los últimos 12 meses y alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica. B: Número de personas de 15 y más años de edad y con información completa. **Especificaciones técnicas** Se recoge información sobre la experiencia de consumo de cualquier tipo de licor durante los últimos 30 días y se indaga si consumió al menos un vaso/copa o unidad similar completa. También se considera “No” cuando consumió uno o dos “sorbos”.
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Población con conocimiento reduce el consumo de bebidas alcohólicas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) **Base de datos:** Encuesta de Enfermedades no transmisibles y transmisibles.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	36.1%	36%	35%	34%	33%	32%	31%	30%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población
Nombre del Indicador	Fracción atribuible poblacional de sobrepeso como factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2
Justificación	Este indicador permitirá medir cuánto contribuye el sobrepeso como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, y poder priorizar intervenciones avocadas a reducir la prevalencia de este factor de riesgo en la población. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica con un alto impacto sanitario, social y económico a nivel nacional e internacional, de la cual existen cada vez más personas afectadas, sobre todo por el incremento de sus principales factores de riesgo (como obesidad, sobrepeso, consumo de tabaco, presión arterial elevada, entre otros). En el 2019, a nivel mundial, la diabetes ocupó el octavo lugar como causa principal de muerte y discapacidad, mientras que, en Perú, se posiciona en el segundo lugar, causando 289 449 Años de vida saludables perdidos (AVISA) (5.0% del total de AVISA a nivel nacional).
Responsable del Indicador	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	Los valores de riesgo relativo que serán utilizados en la estimación proceden de revisiones sistemáticas y metaanálisis a nivel internacional, sin embargo, sería oportuno generar estudios poblacionales a nivel nacional y regional para que la estimación de esta medida de asociación sea utilizando evidencia local.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{p(r-1)}{p(r-1)+1}$ **Donde:** p: Prevalencia de la exposición. r: Riesgo relativo entre exposición y enfermedad. El valor obtenido se debe multiplicar por 100, y será expresado en porcentaje **Especificaciones técnicas** La Fracción de Riesgo Atribuible Poblacional (FAP) es una medida importante en salud pública, que brinda una estimación de la proporción de casos en general (independientemente del estado de exposición) que pueden atribuirse a la exposición, o al factor de riesgo contemplado en el análisis. La FAP tiene una interpretación causal, definida como la fracción de casos que no habrían ocurrido si se hubiera eliminado la exposición. De esta manera, se puede realizar un monitoreo del indicador a lo largo de tiempo, que permita a su vez evaluar la política o intervención en ejecución orientada a reducir el factor de riesgo, por lo tanto, contribuye a la reducción de la diabetes mellitus tipo 2 en el país. Debido a que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población (reducción del factor de riesgo) que se producen en el mediano plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – Cuestionario de Salud, del año previo a la medición (2023, 2026 y 2029).

Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo de sobrepeso, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de sobrepeso. Estimación de FAP

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	41.90%	40.60%	40.60%	40.60%	39.40%	39.40%	39.40%	37.70%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población
Nombre del Indicador	Fracción atribuible poblacional de obesidad como factor de riesgo para diabetes mellitus tipo 2
Justificación	Este indicador permitirá medir cuánto contribuye la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, y poder priorizar intervenciones avocadas a reducir la prevalencia de este factor de riesgo en la población. Asimismo, al intervenir sobre este factor de riesgo, se estará abordando otras enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades coronarias, hipertensión y accidentes cerebrovasculares, ciertos tipos de cáncer, enfermedades de la vesícula biliar, dislipidemia, osteoartritis, gota, enfermedades pulmonares entre otras; estas enfermedades tienen un alto impacto sanitario, social y económico a nivel nacional e internacional.
Responsable del Indicador	CDC-MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades)
Limitaciones para la medición del indicador	Los valores de riesgo relativo que serán utilizados en la estimación proceden de revisiones sistemáticas y metaanálisis a nivel internacional, sin embargo, sería oportuno generar estudios poblacionales a nivel nacional y regional para que la estimación de esta medida de asociación sea utilizando evidencia local.
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\frac{p(r-1)}{p(r-1)+1}$$ **Donde:** p: Prevalencia de la exposición. r: Riesgo relativo entre exposición y enfermedad. El valor obtenido se debe multiplicar por 100, y será expresado en porcentaje. **Especificaciones técnicas** La Fracción de Riesgo Atribuible Poblacional (FAP) es una medida importante en salud pública, que brinda una estimación de la proporción de casos en general (independientemente del estado de exposición) que pueden atribuirse a la exposición, o al factor de riesgo contemplado en el análisis. La FAP tiene una interpretación causal, definida como la fracción de casos que no habrían ocurrido si se hubiera eliminado la exposición. De esta manera, se puede realizar un monitoreo del indicador a lo largo de tiempo, que permita a su vez evaluar la política o intervención en ejecución orientada a reducir el factor de riesgo, por lo tanto, contribuye a la reducción de la diabetes mellitus tipo 2 en el país. Debido a que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población (reducción del factor de riesgo) que se producen en el mediano plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – Cuestionario de Salud, del año previo a la medición (2023, 2026 y 2029).
Sentido esperado del indicador	Descendente

Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo de sobrepeso, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de obesidad. Estimación de FAP

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	58.10%	56.40%	56.40%	56.40%	54.60%	54.60%	54.60%	52.30%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población
Nombre del Indicador	Fracción atribuible poblacional del no uso de preservativo en última relación sexual como factor de riesgo para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Justificación	Este indicador permitirá medir cuánto contribuye el no uso de preservativo en última relación sexual como factor de riesgo para infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y poder priorizar intervenciones avocadas a reducir la prevalencia de este factor de riesgo en la población. Existe evidencia científica sólida que ha demostrado que el uso de preservativo es eficaz para la prevención del VIH. Asimismo, siendo una herramienta esencial para prevenir la transmisión no sólo del VIH, sino de otras infecciones de transmisión sexual, como gonorrea y clamidia entre otras.
Responsable del Indicador	CDC-MINSA (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades)
Limitaciones para la medición del indicador	Los valores de riesgo relativo que serán utilizados en la estimación proceden de revisiones sistemáticas y metaanálisis a nivel internacional, sin embargo, sería oportuno generar estudios poblacionales a nivel nacional y regional para que la estimación de esta medida de asociación sea utilizando evidencia local. El indicador solo se puede medir en mujeres de 15 a 49 años dado que la encuesta poblacional que aborda este factor solo está dirigido a esta población (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)).
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{p(r-1)}{p(r-1)+1}$ **Donde:** **p:** Prevalencia de la exposición. **r:** Riesgo relativo entre exposición y enfermedad. El valor obtenido se debe multiplicar por 100, y será expresado en porcentaje. **Especificaciones técnicas** La Fracción Atribuible Poblacional (FAP) es una medida muy útil para determinar las prioridades de intervención en salud dado que permite estimar el impacto potencial de las medidas de control en una población. La FAP tiene una interpretación causal, definida como la fracción de casos que no habrían ocurrido si se hubiera eliminado la exposición. De esta manera, se puede realizar un monitoreo del indicador a lo largo de tiempo, que permita a su vez evaluar la política o intervención en ejecución orientada a reducir el factor de riesgo. Dado que el no uso de preservativo en la última relación sexual en los últimos 3 meses se obtiene de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar, en el módulo que solo aborda mujeres entre 15 y 49 años, la FAP de no uso de preservativo en la última relación sexual como factor de riesgo para VIH solo será estimada en este grupo poblacional. Debido a que las modificaciones en el indicador dependen de cambios en el comportamiento de la población (reducción del factor de riesgo) que se producen en el mediano plazo, se considera pertinente realizar la medición de éste cada tres años (2024, 2027 y 2030). Cabe señalar que para el cálculo de este indicador se utilizan las bases cerradas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – Cuestionario de Salud, del año previo a la medición (2023, 2026 y 2029).

Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre la población para la modificación del comportamiento con respecto al factor de riesgo del no uso de preservativos en las relaciones sexuales, así como asegurar el financiamiento de las mismas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, e Instituto Nacional de Estadística e Informática.
	Base de datos: Prevalencia de factor de riesgo de no uso de preservativo en última relación sexual. Estimación de FAP

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	94.20%	94.20%	94.20%	94.20%	94.00%	94.00%	94.00%	93.80%

Ficha Técnica del Indicador AES 1.2 - Ind1.2.4	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el estado de salud de las personas que residen en el territorio peruano
Acción Estratégica Sectorial	Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de contactos de tuberculosis que culminan Terapia Preventiva para Tuberculosis
Justificación	Este indicador es importante porque permite realizar el seguimiento de las acciones preventivas en un grupo de alto riesgo de desarrollar tuberculosis activa, además de la detección de casos de tuberculosis (TB) activa, que al ser intervenidos, permite cortar cadenas de transmisión para esta enfermedad que es altamente contagiosa, ya que se estima que una cuarta parte de la población mundial está infectada por el bacilo de la TB, por lo tanto, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de la TB, especialmente aquellas que tienen un sistema inmunitario debilitado. En adición, permite identificar nuevos casos adicionales de tuberculosis activa, así como casos con infección de tuberculosis latente (LTBI), que podrían ser elegibles para inicio de terapia preventiva (TPTB). Es preciso mencionar que es uno de los indicadores priorizados de la Estrategia Fin de la TB de la Organización Mundial de la Salud.
Responsable del Indicador	Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA
Limitaciones para la medición del indicador	Para la cuantificación del indicador se toma en cuenta la información primaria proporcionada por el pacientes sobre sus contactos.
Método de cálculo	**Fórmula**: (A/B)*100 Donde**:** **A:** Número de contactos domiciliarios de PAT Pulmonar que culminan TPTB **B:** Número de contactos domiciliarios de PAT Pulmonar examinados **PAT:** Personas afectadas por la tuberculosis **TPTB:** Terapia preventiva para la tuberculosis **Especificaciones técnicas** Numerador: Número de contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis pulmonar (nuevos y recaídas) que recibieron esquema completo de terapia preventiva para TB, durante el período de análisis. Solo considerar aquellos contactos cuyo periodo para completar el esquema de TPTB se encuentra dentro del periodo de análisis. Denominador: Número de contactos domiciliarios de pacientes con tuberculosis pulmonar (nuevos y recaídas) examinados que no son casos de tuberculosis activa o tienen antecedente de TB, identificados en el período de análisis. Se considerará como esquema completo de terapia preventiva para TB, tomando en cuenta la duración de 3 meses.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Implementación de intervenciones efectivas sobre los contactos de pacientes con tuberculosis, principalmente la culminación de la Terapia Preventiva para Tuberculosis, así como asegurar el financiamiento de las mismas
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DGIESP). Ministerio de Salud. **Base de datos:** Base de datos SIGTB

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	3%	30%	60%	70%	80%	90%	90%	90%

Ficha Técnica del Indicador OES 2 - Ind2.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje del gasto de directo en salud de los hogares
Justificación	Existe evidencia de parte de organismos internacionales que demuestra que el gasto de bolsillo es la fuente de financiamiento más inequitativa e ineficiente y podría llegar a ser un evento catastrófico para la economía de los hogares. La Ley de Aseguramiento en Salud y la Política Nacional Multisectorial en Salud establecen mecanismos y estrategias para el acceso universal a servicios de salud. Una de las dimensiones del AUS es la protección financiera de las familias, es decir, que se garantice el uso oportuno de los servicios de salud, y el acceso a medicamentos sin que esté condicionado a que el usuario (asegurado) deba realizar algún pago de su bolsillo. Consideramos que el seguimiento y monitoreo de la participación del gasto de bolsillo en salud con respecto al gasto total es adecuado dado a que permitirá contribuir con la evaluación de la protección financiera como resultado de implementar la política de aseguramiento universal de salud.
Responsable del Indicador	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización – Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Limitación en el acceso a la data para medir el indicador.
Método de cálculo	**Fórmula:** (GastDi/GasToSa)*100 **Donde:** **GastDi:** Gasto directo (gasto de bolsillo) en salud e los hogares* **GasToSa:** Gasto total en salud* **Especificaciones técnicas** Se toma en cuenta el mismo año de referencia y en la misma unidad monetaria En relación al gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares, se obtiene de la información reportada a través de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del INEI. A través de dicha encuesta se puede conocer el nivel de gasto en salud de los hogares en términos monetarios, independientemente de si se encuentra asegurado o afiliado en alguna IAFAS, además se puede conocer el valor monetario del gasto directo que realizan en cada uno de los bienes y servicios asociados. En relación al gasto total en salud, se obtiene del informe de Cuentas de Salud del cual aplica los supuestos metodológicos de las Cuentas en Salud (denominado SHA 2011, por sus siglas en inglés). Considera los conceptos de gasto corriente total y gasto de capital total procedente del sector público, seguridad social, privados, tercer sector y el propio gasto directo de hogares. De acuerdo con la evidencia empírica se conocen los siguiente considerando: 1) La alta participación del gasto directo en salud de los hogares promovió a que los países impulsaran mecanismos de protección financiera a través de políticas de cobertura o aseguramiento universal. 2) Un nivel de participación aceptable del gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de los hogares debe estar entre 15% y 20% sobre el gasto total. 3) Un nivel de participación de gasto directo (gasto de bolsillo) en salud de hogares considerado catastrófico cuando supera entre 30% o 40% del gasto total.

Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	Información disponible del gasto directo de hogares en la ENAHO y la información del gasto en salud del sector público, seguridad social, privados y tercer sector para aplicar los supuestos del SHA 2011
Fuente y bases de datos	**Fuente:** INEI - Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM).
	Base de datos: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) - Nivel de gasto total en salud o parte de las cuentas de salud (SHA 2011).

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019***	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	28.3%	28.4%	28.3%	28%	27.8%	27.5%	27.3%	27%

*Se toma en consideración la línea de base al 2019, ya que se dispone de información parcial del año 2020 y 2021, debido a las restricciones de la Pandemia COVID-19.

Ficha Técnica del Indicador OES 2 - Ind2.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje de población con problema de salud crónico que acceden a la atención de salud
Justificación	El hecho de ofrecer un servicio no garantiza realmente que las personas puedan hacer uso de él. La accesibilidad a los servicios de atención médica depende de factores como la distancia, los horarios de atención, los requisitos y la predisposición para demandar por los servicios. La oferta de servicios de salud en gran medida induce la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, sea por la población o por el usuario de los servicios. Este indicador nos permite conocer cuál es la proporción de población que teniendo un problema de salud crónico busca y hace uso de atención de salud para mantener su bienestar, vida productiva y evitar la discapacidad o muerte prematura.
Responsable del Indicador	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización – Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	La Encuesta Nacional de Hogares considera población con algún problema de salud crónico, a aquella que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos. Puede suceder que el encuestado no perciba la necesidad de atención auto excluyéndose involuntariamente del universo que requiere atención de salud. Las respuestas dependen en gran medida de la percepción de enfermedad y de la necesidad de buscar atención, del encuestado
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Ntpscba/Ntpecb)*100** **Donde:** **Ntpscba:** Total de personas que reportan algún problema de salud crónico que buscaron y accedieron a la atención de salud **Ntpecb:** Total de personas que reportan padecen alguna enfermedad crónica que buscaron atención de salud. **Especificaciones técnicas** Problema de salud crónico es la presencia de una enfermedad crónica por más de 6 meses
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	La población tiene la precepción de la enfermedad y busca la atención de los servicios de salud, en tal sentido la población encuestada dará un dato real al momento de tener un problema de salud crónico y su acceso a servicios de salud
Fuente y bases de datos	**Fuente:** INEI
	Base de datos: ENAHO

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	31.2%	32.4%	32.7%	33%	33.4%	33.8%	34.2%	34.6%

Ficha Técnica del Indicador OES 2 - Ind 2.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Nombre del Indicador	Tiempo promedio de espera de pacientes con cáncer para el inicio de tratamiento oncológico
Justificación	El presente indicador facilitará la visualización del tiempo de respuesta que tiene el Sector desde el diagnóstico definitivo hasta el inicio del tratamiento oncológico
Responsable del Indicador	Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Limitación en el acceso a la data para medir el indicador.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{\sum_{i=1}^{k}(FptO - FchDiag)}{k}$ **Donde:** FptO: Fecha de inicio del primer tratamiento oncológico definitivo del paciente en el año n FchDiag: Fecha en que recibe diagnóstico definitivo de cáncer del paciente k: número de pacientes que inician el primer tratamiento oncológico definitivo del paciente en el año n **Especificaciones técnicas** Intervalo de tiempo de espera, expresado en días, desde el diagnóstico definitivo de cáncer hasta recibir el primer tratamiento oncológico definitivo. El valor del indicador será tomando en cuenta “días”.
Sentido esperado del indicador	Descendente
Supuestos	La población tendrá una atención de los servicios de salud oportuna, en tal sentido la población tendrá un mejor acceso al tratamiento del cáncer en los servicios de salud especializados
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud **Base de datos:** Integración de base de datos de HIS - MINSA y SIASIS

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	60	60	55	50	45	30	30	30

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 – Ind2.1.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje de disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) en los Establecimientos de Salud (EESS)
Justificación	La medición de la disponibilidad de Medicamentos Esenciales (DME) en los EESS es un indicador de resultado de la gestión realizada en el Suministro de Medicamentos Esenciales del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), de acuerdo al nivel de atención de los EESS. Así mismo el presente indicador facilitará el seguimiento de la implementación de la Ley N° 29459, Ley de los productos farmacéuticos (PF), dispositivos médicos(DM) y productos sanitarios (PS), el cual establece el principio de accesibilidad : "El acceso al cuidado de la salud incluye el acceso a PF, y DM. Constituye un requisito para lograr este derecho, tener el producto disponible y asequible en el lugar y momento en que sea requerido"; asimismo establece que "El Estado promueve el acceso universal a los PF, DM Y PS como un componente fundamental de la atención integral en salud, particularmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente
Responsable del Indicador	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Información registrada con desface de tiempo en el consumo integrado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de parte del establecimiento de salud.
Método de cálculo	**Fórmula:** **(NultMEnC/NuToMEmES)*100** **Donde:** NuItMEnC: Número de ítems de medicamentos esenciales en condición de normostock, sobrestock y sin rotación en el año n NuToMEmES: Número total de ítems de medicamentos esenciales manejados en el EESS (Normostock, sobrestock, substock, desabastecido y sin rotación) en el año n n: año de medición **Especificaciones técnicas** Pasos para la construcción del Indicador: Para la construcción del numerador se realiza los siguientes pasos previos: 1ro. - Se fusionan los códigos SISMED de los productos farmacéuticos de igual Denominación Común Internacional (DCI), concentración, forma farmacéutica, vía de administración y que tienen diferentes presentaciones (Rangos según criterios establecidos por la DIGEMID), manteniendo el código SISMED de mayor rotación: Ejemplo: Suspensiones orales (Amoxicilina 250mg/5ml x 60ml/ Amoxicilina 250mg/5ml x 120ml etc), inyectable (con y sin diluyente) y otros juicios de acuerdo a precisiones técnicas a cargo de DIGEMID. Listado de medicamentos esenciales fusionados el mismo que es actualizado de presentarse el caso, ruta para acceder al Link: https://www.digemid.minsa.gob.pe/Archivos/PortalWeb/Informativo/Acceso/Sismed/Gestores/CODIGOS_FUSIONADOS_2023_07_V0.2.XLSX 2do.- Se calcula el Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) para cada medicamento =(Suma de unidades consumidas en los últimos 12 meses**)/(N° de meses que registran consumo en los últimos 12 meses en el ICI) 3ro. - Se calcula los Meses de Stock Disponible (MSD) para cada medicamento: =(Stock del medicamento a la fecha de corte **)/(Consumo Promedio Mensual Ajustado (CPMA) del medicamento)

	**Al cierre de corte de información, para la medición, el dato debe estar registrado en la base del SISMED. Pudiendo dar los siguientes resultados: MSD: =0 Desbastecido MSD: >0 y <2 Substock MSD: >=2 hasta =<6 Normostock MSD: >6 Sobrestock Stock >0 y CPMA=0 Sin rotación (incluye a los medicamentos vitales establecida por norma sanitaria) Stock =0 y CPMA en los últimos 4 meses =0 Sin consumo
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Que el establecimiento de salud, sea abastecido con productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, de manera oportuna y suficiente por parte de la Unidad Ejecutora o el responsable del abastecimiento.
Fuente y bases de datos	**Fuente: Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales**
	Base de datos: Registros de consumo del sistema informático del EESS, Informe de Consumo de Integrado (ICI) de los Medicamentos Esenciales.

	Línea de base	**Logros esperados**						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	80%	82%	84%	86%	87%	88%	89%	90%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 - Ind 2.1.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.
Nombre del Indicador	Tasa de médicos por 1000 habitantes
Justificación	Este indicador muestra de manera directa los niveles de cobertura en los servicios de salud partiendo de la disponibilidad de médicos en el territorio permitiendo establecer dos niveles de análisis; el primero se expresa en términos de densidad y la segunda en el sentido de cobertura y distribución al ser comparados con valores obtenidos en otros territorios. El presente indicador es relevante para el sector debido a que OCDE ha establecido como prioridad para el Sector Salud dicha medición en los comités de trabajo sectorial.
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Información registrada con desfase temporal por parte de las IPRESS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Med/ TotHab)*1000** Donde**:** **Med:** Numero de médicos en el año n **TotHab:** Total de habitantes en el país en el año n **Especificaciones técnicas** Los médicos incluyen a profesionales de cabecera y especialistas. https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Existe mayor interés del Gobierno en incrementar la tasa de médicos en el país
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud
	Base de datos: Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud - RNPSMS Población proyectada – INEI.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	1.72	1.71	1.76	1.80	1.85	1.90	1.95	2.00

Ficha Técnica del Indicador AES 2.1 - Ind 2.1.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población.
Nombre del Indicador	Tasa de enfermeras por 1000 habitantes
Justificación	Este indicador muestra de manera directa los niveles de cobertura en los servicios de salud partiendo de la disponibilidad de enfermeras en el territorio permitiendo establecer dos niveles de análisis; el primero se expresa en términos de densidad y la segunda en el sentido de cobertura y distribución al ser comparados con valores obtenidos en otros territorios. El presente indicador es relevante para el sector debido a que OCDE ha establecido como prioridad para el Sector Salud dicha medición en los comités de trabajo sectorial.
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de Salud -DIGE - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Información registrada con desfase temporal por parte de las IPRESS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Enf/ TotHab)*1000** Donde**:** **Enf:** Numero de enfermeras en el año n **TotHab:** Total de habitantes en el país en el año n **Especificaciones técnicas** Las enfermeras y parteras incluyen a las enfermeras profesionales, las parteras profesionales, las enfermeras auxiliares, las parteras auxiliares, las enfermeras inscriptas, las parteras inscriptas y demás personal relacionado, como las enfermeras dentales y las de atención primaria. https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Existe mayor interés del Gobierno en incrementar la tasa de enfermeras en el país
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud
	Base de datos: Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud - RNPSMS Población proyectada – INEI.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	2.20	2.18	2.27	2.36	2.44	2.53	2.61	2.70

Ficha Técnica del Indicador AES 2.2 - Ind 2.2.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de IPRESS que brindan prestaciones de telemedicina a la población.
Justificación	El presente indicador cobra relevancia dado que el acceso a los servicios de salud es un derecho de las personas y una responsabilidad del estado, por tanto, se deben establecer mecanismos y estrategias para lograr dicho acceso. Una de las estrategias es la oferta flexible a través de la telemedicina, que permite dar acceso a la posibilidad a la población a la atención en salud no solo de aquellas de zonas alejadas, de difícil acceso, si o de aquellas con alguna discapacidad y/o incapacidad como los adultos mayores con enfermedades crónicas. Cabe señalar que la telemedicina contribuye a soslayar la deficiencia en adecuación del establecimiento de salud con limitada capacidad resolutiva reduciendo el gasto de bolsillo y los tiempos de espera.
Responsable del Indicador	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Conectividad, Falta de interoperabilidad entre los sistemas de información.
Método de cálculo	**Fórmula:** **(NuIPRSerTePres/NuIPRperRNT)*100** **Donde:** **NuIPRSerTePres:** Número de IPRESS de la Red Nacional de Telesalud con cartera de servicios de salud de telemedicina y que realizan prestaciones de telemedicina. **NuIPRperRNT:** Número de IPRESS que pertenecen a la Red Nacional de Telesalud **Especificaciones técnicas** Las IPRESS son responsables de la organización de los servicios de Telesalud que prestan, rigiéndose por las mismas condiciones de los servicios regulares de salud, debiendo definirse el servicio de Telesalud, conforme a la UPSS de atención directa o de atención de soporte, según corresponda, y las actividades que se desarrollan al interno. Asimismo, en el RENIPRESS, la IPRESS incorpora y actualiza los servicios de Telesalud que realiza.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Disponibilidad de recursos financieros en las IPRESS de la Red Nacional de Telemedicina para que implementen su cartera de servicios para la población
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud **Base de datos:** Registro Nacional de Personal de la Salud del Ministerio de Salud -RNPSMS Población proyectada – INEI.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	99%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos en consulta externa
Justificación	Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.
Responsable del Indicador	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
Limitaciones para la medición del indicador	No aplicación de la encuesta en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Nusesc/Totuec)*100** **Donde:** **Nusesc:** Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en consulta externa según nivel y categoría en el año n. **Totuec:** Total de usuarios encuestados en consulta externa según nivel y categoría en el año n. **n**: año de medición **Especificaciones técnicas** La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza mínimamente de manera anual en las IPRESS del sector.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se cuentan con instalaciones optimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en las consultas externas.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud (MINSA)
	Base de Datos: Encuestas aplicadas (muestra) a usuarios externos en consulta externa, según nivel y categoría. Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	62%	63%	64%	65%	67%	68%	70%	72%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos en hospitalización
Justificación	Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.
Responsable del Indicador	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
Limitaciones para la medición del indicador	No aplicación de la encuesta en las IPRESS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Nuesh/Totueh)*100** **Donde:** **Nuesh:** Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en hospitalización según nivel y categoría, en el año n **Totueh:** Total de usuarios encuestados en hospitalización según nivel y categoría en el año n. n: año de medición **Especificaciones técnicas** La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza mínimamente de manera anual en las IPRESS del sector.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se cuentan con instalaciones optimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en los servicios de hospitalización.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** MINSA **-** Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
	Base de Datos: Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	64%	65%	67%	69%	70%	72%	73%	74%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.3 - Ind 2.3.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la aceptabilidad sobre los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios satisfechos en emergencia
Justificación	Ante la poca experiencia de medición de satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, este indicador es necesario para establecer una serie de aspectos factibles de medición mediante encuestas u otros métodos, que permitan tener la percepción del usuario respecto de los requerimientos y procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Medir la satisfacción del usuario da un resultado importante de la prestación de servicios de buena calidad, que nos permite identificar las oportunidades para mejorar la aceptabilidad de la población sobre los servicios de salud con enfoque territorial.
Responsable del Indicador	Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud
Limitaciones para la medición del indicador	No aplicación de la encuesta en las IPRESS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Nusem/Totuse)*100** **Donde:** **Nusem:** Número de usuarios encuestados que refieren estar satisfechos con los servicios del establecimiento de salud en emergencia según nivel de categoría en el año n **Totuse:** Total de usuarios encuestados en emergencia según nivel y categoría en el año n n: año de medición **Especificaciones técnicas** La satisfacción del usuario se mide a través de la metodología serqual modificada que mide la expectativa contra la percepción en el momento de la atención en salud. Se realiza minimante de manera anual en las IPRESS del sector.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se cuentan con instalaciones optimas y personal suficiente para brindar los servicios de salud en los servicios de emergencia
Fuente y bases de datos	**Fuente:** MINSA **-** Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud **Base de Datos**: Registros de información de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	55%	58%	60%	62%	65%	67%	68%	70%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de atenciones prehospitalarias oportunas de emergencias y urgencias médicas de prioridades I y II
Justificación	Este indicador contribuye a medir la reducción de muertes evitables por urgencias y emergencias médicas de manera atención oportuna y el cuidado de la salud a la población en situación de urgencia o emergencia con necesidad de atención prehospitalaria. dentro del tiempo estandarizado (30 minutos como hora dorada). Actualmente, se cuenta con SAMU en capitales departamentales; por lo que es urgente y necesario ampliar la cobertura del servicio que permita el acceso a la población de zonas alejadas de la capital departamental, en situaciones de urgencias y emergencias individuales o masivas.
Responsable del Indicador	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Falta de un sistema de información en salud que permita contar en tiempo real con los datos a nivel nacional, relacionados a la georreferenciación, disponibilidad, monitoreo de unidades y sus recursos; además de los datos en salud relacionados a la atención.
Método de cálculo	**Fórmula:** (NumAtenPri/TolSolPri)*100 **Donde:** **NumAtenPri:** Número de atenciones prehospitalarias en foco oportunas de Prioridad I y II en el año n **TolSolPri:** Total de solicitudes de atención prehospitalaria de Prioridad I y II en al año n n: año de medición **Especificaciones técnicas** El SAMU cuenta con el servicio a nivel Regional a través de SMA implementados para tal fin, los cuales deberán ser dotados de los bienes y servicios prioritarios; considerando los criterios de recursos existentes, espacio. Para ello, en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, se le ha encargado la implementación de la Red Nacional de Transporte Sanitario, que permita a los Gobiernos Regionales la implementación de Bases SAMU en puntos estratégicos de cada una de sus provincias
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Suficiente disponibilidad de profesionales especializados de la salud, en Centrales de Emergencias y disponibilidad de ambulancias operativas Tipo II y Tipo III; así como la infraestructura de centrales de emergencia y bases SAMU, los insumos, medicamentos y equipos biomédicos necesarios para la atención con calidad y oportunidad.
Fuente y bases de datos	Fuente: Ministerio de Salud **Base de datos:** Aplicativo SAMU V2.0, Reporte estadístico (DIGTEL-MINSA)

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	44%	52%	56%	60%	64%	68%	72%	76%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de atenciones en los servicios de telemedicina que recibe la población
Justificación	El presente indicador servirá para medir el acceso a los servicios de salud mediante los canales de telemedicina, en la oferta de servicio, como una forma de oferta que promueve el acceso y mejora la atención de salud, lo que resulta en la reducción de la brecha de acceso principalmente en la población que presenta limitaciones vulnerables de acceso geográfico, económico, cultural.
Responsable del Indicador	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - Ministerio de Salud (MINSA) (revisar ficha)
Limitaciones para la medición del indicador	Conectividad, cambio de normatividad
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Nuatl/PaES)*100** **Donde:** **Nuatl:** Número de atenciones por teleinterconsulta en el año n **PaES:** Población asignada al establecimiento de salud en el año n **n:** año de medición **Especificaciones técnicas**
	Las atenciones por tele interconsulta serán identificadas mediante un código único, brindado por la IPRESS que cuentan con el servicio de telemedicina en su cartera de servicios de salud. La Telemedicina, como un componente clave de la atención de salud a distancia, engloba la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, permitiendo una atención continua y equitativa.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Las IPRESS cuentan con red digital para ofrecer servicios de telemedicina
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud
	Base de datos: HIS MINSA (HIS MINSA contiene a los datos que son ingresados por el Sistema de Información Asistencial Teleatiendo)

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	7.31%	7.31%	7.35%	7.40%	7.40%	7.48%	7.52%	7.65%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.4 - Ind 2.4.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el uso de los servicios de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) atendidos en el primer nivel de atención
Justificación	El presente indicador facilitará la medición de acceso a los servicios de salud, considerando que la población cuenta con un seguro de salud que lo protege financieramente
Responsable del Indicador	Seguro Integral de Salud – SIS
Limitaciones para la medición del indicador	El SIS otorga a las IPRESS del primer nivel de atención un plazo de 90 días para el registro post atención en sus sistemas.
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Nuat/Pbt)*100** **Donde:** **Nuat:** Total de atendidos con SIS en cualquier servicio de salud, en IPRESS públicas, reportado por fecha de atención con corte al 31 de diciembre del año de evaluación o con fecha a la cual se dispone la data, el cual debe precisarse. **Pbt:** Población total de residentes en el territorio nacional con corte al 31 de diciembre del año de evaluación, que cuenta con SIS.
	Especificaciones técnicas Fecha de ocurrencia, se define por el día en el que el asegurado recibe la prestación de los servicios de salud en cualquiera de las IPRESS del primer nivel de atención. Asegurados al SIS atendidos, son los ciudadanos que cuentan con cobertura SIS y, a su solicitud reciben en una IPRESS pública del primer nivel de atención, una o más prestaciones financiadas por el SIS. Entre el 70% y 80% de las necesidades más frecuentes en salud podrían resolverse en el primer nivel de atención.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Crecimiento económico del 1.5%
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Seguro Integral de Salud
	Base de Datos: SIAISIS. REFCON.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	46%	48%	55%	60%	63%	65%	67%	69%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de recién nacidos que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, incidiendo en los múltiples factores protectores y de riesgo de los recién nacidos en el Perú, tomando en cuenta que la mortalidad neonatal al año 2022 fue de 2815, según la ocurrencia de muerte; el 37.05% se suscitó dentro de las primeras 24 horas de vida, el 39.36% fue entre el 1-7 días de vida y el 23.59% se produjo en recién nacidos entre los 8 a 28 días de vida.(Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud). Así mismo, en el caso de la mortalidad neonatal evitable (recién nacido de edad gestacional mayor a 37 semanas, peso mayor a 2500 y sin malformaciones congénitas letales), en el año 2022, 20.82% del total de muertes neonatales fue evitable. Asimismo, las evidencias demuestran que las intervenciones orientadas a la reducción de la mortalidad neonatal comprenden el Tamizaje neonatal, el Control de crecimiento y desarrollo y las inmunizaciones, así como otras intervenciones. Por otro lado, en el marco del ODS 3.2.1 se espera poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años de edad al año 2030.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Sistema de información a nivel de las DIRESAS/ GERESAS /DIRIS y otros subsectores desactualizados o con registros de información incompleta.
Método de cálculo	**Fórmula:** **(RnrHIS/ToRn)*100** **Donde:** **RnrHIS:** Número de niñas y niños (recién nacidos) del denominador que reciben vacunas BCG y HvB, Controles CRED y tamizaje neonatal (toma de muestra), registrados en HIS. **ToRn:** Suma de niños del departamento, que cumplen 29 días de nacido en el mes de medición, registrados en el Padrón Nominal (DNI o CNV en línea) y CNV a la fecha de cálculo del indicador **Especificaciones técnicas**

	1. Se considera la atención del RN en el UBIGEO de residencia (procedencia) registrado en el padrón nominal. 2. El período de medición comprende desde el primer al último día del mes. 3. Sólo se considera recién nacidos de 37 semanas de gestación a más y con peso de 2500gr a más, registrado en CNV en línea. 4. Para obtener el dato del padrón nominal, se toma en cuenta la variable TIPO DE DOCUMENTO DNI o en su defecto CNV en línea. 5. Las precisiones técnicas incluidas en las fichas de los indicadores se realizan sobre la base de la normatividad vigente. 6. La interpretación, técnica y estadística, del indicador corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 7. La actualización del algoritmo de programación (script) corresponde al MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 8. La trama de datos para la medición del indicador será definida y generada por el MINSA, en coordinación con los sectores involucrados. 9. La actualización de la ficha técnica se realizará por modificaciones normativas o por situaciones de emergencia, en coordinación con los sectores involucrados. Las prestaciones priorizadas para el neonato en virtud del indicador son: CRED: Los controles CRED según edad registrado con código: 99381.01, como se detalla a continuación: a) El primer control CRED, se realiza a partir del 3er día de vida hasta el 6to día de vida (Intervalo mínimo entre el primer CRED y el segundo CRED es de 03 días), y b) A partir del segundo control CRED hasta el cuarto control CRED, se realiza un control cada semana (07 días). El CRED se evaluará independiente del laboratorio. TAMIZAJE NEONATAL: Cuentan con tamizaje neonatal de Hipotiroidismo, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Fenilcetonuria y Fibrosis Quística, registrado con código: 36416 a partir del 2 día (48 horas) del alta hasta antes de los 7 días de nacido. INMUNIZACIONES: Cuentan con vacunas completa para la edad BCG: registrado con código 90585 y HvB: registrado con código 90744, dentro del 1er día de vida (hasta las 24 hrs).
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores: MINSA, ESSALUD y otros sub sectores de salud, a partir de las coordinaciones respectivos con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud
	Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	26.4%	31.5%	36.5%	41.5%	46.5%	51.5%	56.5%	61.5%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, incidiendo en los múltiples factores protectores y de riesgo de los niños y niñas de los 29 días de nacido hasta los 364 días, que reciben un conjunto de intervenciones orientadas a promover el desarrollo infantil temprano, reducción de la desnutrición crónica y anemia infantil por deficiencia de hierro principalmente.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Sistema de información a nivel de las DIRESAS/ GERESAS /DIRIS y otros subsectores desactualizados y con registros de información incompleta.
Método de cálculo	**Fórmula:** *(N / D) * 100* **Donde:** N: Niñas/niños del denominador que recibieron paquete integrado de servicios (registrado en el HIS), de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia. D: Niñas/niños menores de 364 días en el periodo de evaluación, registrados en el padrón nominal con DNI o CNV, según el ámbito de la jurisdicción registrada. **Especificaciones técnicas**

	Para efecto del cálculo de este indicador se considera a las niñas/niños registrados con CNV y/o DNI en el padrón nominal y HIS, a partir de los 29 días de nacidos, hasta los 364 días, según el ámbito de la jurisdicción registrada. Sin diagnóstico de anemia registrado en el HIS entre los 170 (5 meses 29 días) y 364 días de edad (11 meses 29 días), que reciben un paquete integrado de servicios preventivos de acuerdo al esquema vigente: CRED, vacunas, entrega de hierro (gotas, jarabe o micronutrientes) y dosaje de hemoglobina para descarte de anemia. **CRED:** Los controles CRED según edad registrado con código: 99381, 11 controles completos para su edad entre los 29 y 364 días (11 meses y 29 días), tal como lo establece la norma técnica. El CRED se evaluará independiente del laboratorio. **DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN SANGRE Y SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON HIERRO:** Dosaje de hemoglobina en sangre entre los 170-209 días identificado con código 85018 o 85018.01 "D". Periodos de identificación del dosaje será entre 170 y 209 días de edad. Haber recibido gotas o jarabe de hierro o multimicronutrientes, según edad: Registros válidos para tratamiento de anemia con hierro: D500, D508, D509, D649 o D539 + CPMS 99199.17 y Lab: (SF1-SF6) o (P01-P06). Registros válidos para suplementación con código 99199.17 (Suplementación de sulfato ferroso): sulfato ferroso (SF1-SF6), hierro polimaltosado (P01-P06) o 99199.19 (Suplementación de multimicronutriente), 1-6. Los multimicronutrientes se entregan a partir del esquema de 6 meses. a. En el esquema de 4 a 5 meses de edad: -Sólo se mide a niños a termino y con adecuado peso al nacer, es decir, no registra los códigos: P073 o P071, P0711, P0712 en el HIS. -En el caso de hierro polimaltosado de 20 ml o 30 ml para la suplementación preventiva, la entrega será válida para dos meses. b. En el esquema de 6 a 11 meses, tener en cuenta: b.1 Tratamiento con hierro: - La entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para dos meses. b.2 Suplementación preventiva con hierro: - La entrega de sulfato ferroso de 30 ml será válida hasta para dos meses, la entrega de hierro polimaltosado de 20 ml será válida hasta para dos meses, y la entrega de hierro polimaltosado de 30 ml será válida hasta para tres meses. Micronutriente: Aplica para la entrega en niños de 170 a 364 días. **INMUNIZACIONES:** Cuentan con vacunas completa para la edad: 3 dosis de vacuna antipolio (código 9712 ó 90713), 3 dosis de vacuna pentavalente (código 90722), 2 dosis de vacuna contra rotavirus (código 90681), 2 dosis de vacuna contra neumococo (código 90670). **Nota:** - Se excluye a niños y niñas con bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) y prematuros (menor de 37 SG), registrados en CNV.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores: MINSA, ESSALUD y otros sub sectores de salud, a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados. .
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud **Base de Datos**: Registros de reporte HIS/MINSA

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	38%	43%	48%	53%	58%	63%	68%	73%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de adolescentes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, incidiendo en los múltiples factores protectores y de riesgo de la población para los adolescentes entre 12 y 17 años, tomando en cuenta que reciben el paquete integral de atención priorizado a nivel nacional.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Limitados recursos en las UPS en los diferentes niveles de atención para la entrega del paquete priorizado de atención integral y la entrega de información Reportes estadísticos desactualizados a nivel de punto de atención y de las etapas de vida adolescente de cada DIRESA/GERESA/DIRIS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Narpp/Tpats)*100** **Donde:** **NArpp:** Número de de adolescentes hombres y mujeres de 12 a 17 años con 11 meses y 29 dias que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud (3 prestaciones cualquieras de las enlistadas). **Tpats:** Población adolescente total asignada por establecimientos de salud del año 2023. **Especificaciones técnicas**

	La atención integral de salud(AIS) para adolescentes se brinda en los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con y sin población asignada, de acuerdo con su capacidad resolutiva, cartera de servicios y nivel de atención, de acuerdo a las prestaciones consideradas en el paquete básico, paquete completo y paquete especializado de atención integral de salud establecidos en la Norma Técnica de Salud vigente. El paquete de cuidado integral de salud básico en adolescente incluye las siguientes prestaciones priorizadas: - Consejería en salud sexual y reproductiva (99402.03) - Consejería de prevención en riesgos en salud mental (99402.09) - Consejería en salud nutricional: Alimentación saludable (99403.01) - Consejería para el autocuidado (99401.19) - Suplementación con hierro y ácido fólico en mujeres (99199.26) - Tamizajes de salud mental en violencia (96150.01) - Tamizaje de salud mental trastornos depresivos (96150.03) - Evaluación Nutricional Antropométrica. Prestaciones complementarias: - Inmunizaciones: vacunación antihepatitis Viral B- 90746 ó Vacuna contra la Influenza - 90658 ó vacunación diftotetánica - 90714 ó vacuna contra Virus de Papiloma- 90649. - Tamizaje de VIH por prueba rápida (86703 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Sífilis por prueba rápida (86780 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Sífilis por anticuerpo no treponémico cuantitativa (86593 + LAB: RN ó RP) - Tamizaje de Hepatitis B por prueba rápida (87342 + LAB: RN ó RP) - Test de descarte de embarazo (Z320) - Tamizajes de salud mental en alcohol y drogas (96150.02) - Tamizaje de salud mental en Habilidades Sociales (96150.05) - Entrega de métodos anticonceptivos (incluye anticonceptivo oral de emergencia (AOE) NOTA: Para el numerador del indicador se deberá considerar el cumplimiento de las prestaciones priorizadas en un periodo que va desde 1 día hasta un periodo no mayor a 11 meses con 29 días, una vez por año, de manera anual (esto se traduce a que un adolescente cumple su paquete priorizado cuando recibe 3 prestaciones preventivas promocionales y se registre con Lab: TA , no importa el orden de las prestaciones). DETALLE: (1) Medir a nivel único de DNI peruano o extranjero (2) Se considera el último establecimiento de salud que le brindó una de las prestaciones consideradas para del indicador. (3) Para el denominador: Si el adolescente no recibió una prestación de salud, se le considera el primer establecimiento de salud que lo atendió por cualquier motivo. El paquete AIS ADOLESCENTE INICIADO se registra con 99384/D lab: 1 y el paquete AIS ADOLESCENTE CONCLUIDO se registra con 99384/D lab: TA
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática
	Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA, poblacional del INEI

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	10.5%	11%	11.5%	12%	12.5%	13%	13.5%	14%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.4	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de jóvenes que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, incidiendo en los múltiples factores protectores y de riesgo que requiere el joven de 18 a 29 años, para satisfacer sus diversas necesidades de salud, tomando en cuenta que reciben el paquete integral de atención priorizado.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Alta rotación de recursos humanos en los establecimientos de salud que reporta dicha información. Reportes estadísticos desactualizados a nivel de punto de atención y de la etapa de vida joven de cada DIRESA/GERESA/DIRIS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Njpci/Tpjs)*100** **Donde:** **Njpci:** Número de jóvenes hombres y mujeres con paquete de cuidado integral de salud básico ejecutado. **Tpjs:** Población joven total asignada por establecimientos de salud del año 2023. **Especificaciones técnicas** El paquete de cuidado integral de salud del joven se concibe como un conjunto de prestaciones esenciales que se brinda a la persona joven, de 18 a 29 años, a fin de detectar y prevenir los riesgos como: ITS/VIH, diabetes, hipertensión, enfermedades metabólicas, problemas de salud mental, entre otros, así como fortalecer los factores protectores que contribuyen al desarrollo positivo de los jóvenes. El paquete de cuidado integral de salud básico en el joven incluye las siguiente prestaciones esenciales de salud, según la normativa vigente: _ Tamizaje de violencia 96150.01, Tamizaje de drogas y alcohol 96150.02, Tamizaje de depresión 96150.03, Evaluación nutricional y antropométrica (99209.04), Consejería integral (99401), _ Consejería en salud sexual y reproductiva (99402.03), Prestaciones complementarias: _ Inmunizaciones: Vacunación Antihepatitis Viral B- 90746 ó Vacuna contra la Influenza- 90658 ó Vacunación Diftotetánica- 90714 _ Tamizaje de VIH por prueba rápida (86703 + LAB: RN ó RP), _ Tamizaje de Sífilis por prueba rápida (86780 + LAB: RN ó RP), Tamizaje de Sífilis por anticuerpo no treponémico cuantitativa (86593 + LAB: RN ó RP), Tamizaje de Hepatitis B por prueba rápida (87342 + LAB: RN ó RP), Test de descarte de embarazo (Z320), _ Entrega de métodos anticonceptivos (incluye AOE). El paquete AIS JOVEN ELABORADO se registra con 99385/D lab: 1 y el paquete AIS JOVEN EJECUTADO se registra con 99385/D lab: TA
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se accederá a la información proporcionada por los prestadores a partir de las coordinaciones respectivas con dichos subsectores y se tomará en cuenta cuando se haya cumplido con las prestaciones priorizadas que son parte del paquete integrado según los productos priorizados.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática **Base de Datos**: Registros de reporte HIS/MINSA, Estadísticas del INEI

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	1.4%	1.3%	1.5%	2%	2.5%	3%	4%	5%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.5	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas adultas que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, que permitirán que la persona adulta, de 30 años a 59 años con 11 meses y 29 días, se le brinde las intervenciones de promoción y prevención de cuidados esenciales para detectar factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, trastornos de salud mental, entre otros, a fin de reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población adulta.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Alta rotación de recursos humanos en los establecimientos de salud que reporta dicha información. Reportes estadísticos desactualizados a nivel de punto de atención y de la etapa de vida adulta de cada DIRESA/GERESA/DIRIS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Narip/Taes)*100** **Donde:** **Njpci:** Número de adultos de 30 a 59 años que reciben las intervenciones priorizadas para su cuidado integral de salud al año n. **Tpjs:** Población adulta total de 30 a 59 años asignada por establecimiento de salud del año 2023. **n:** año de medición **Especificaciones técnicas**

	El paquete de intervenciones preventivo promocional priorizado que se brinda al adulto incluye las siguientes prestaciones de salud: EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES: PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO (Hombre y Mujer) Evaluación clínica de factores de riesgo, incluye: (Z019) a) cálculo del índice de masa corporal (IMC), (U8170) b) medición del perímetro abdominal. (U8170) c) Valoración de estilos de vida. (99401.13) d) Medición de presión arterial.(99199.22) e) Consejería en estilos de vida saludable. (99401.13) .Si se identifica factores de riesgo, como: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes y/o hipertensión arterial, historia familiar de Diabetes Mellitus Tipo 2, antecedentes de diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico y IMC <25 kg/m2 además se realizará: - Examen de Laboratorio (Z017), a) Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, b) Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL (Hombre y Mujer) 1. Evaluación clínica de factores de riesgo, incluye: (Z019) Incluye: a)cálculo del índice de masa corporal (IMC), (U8170), b) medición del perímetro abdominal. (U8170) c)Valoración de estilos de vida. (99401.13), d) Medición de presión arterial.(99199.22), e) Consejería en estilos de vida saludable. (99401.13), f) Examen de Laboratorio (Z017: - Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa, - Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). 2. Salud Mental (Hombre y Mujer): - Tamizaje de salud mental depresión. (96150.03), - Tamizaje de Violencia Intrafamiliar. (96150.01) - Tamizaje de Salud Mental en Alcohol y Drogas (96150.02) 4. Cáncer mujeres: - Cáncer de mama: - Tamizaje de cáncer de mama. (99386.03) - Cáncer de Cuello Uterino: (Tamizaje de cáncer de cuello uterino por citología (PAP). (88141), Tamizaje de cáncer de cuello uterino con inspección visual con ácido acético (IVAA). - (88141.01), Tamizaje por detección molecular de virus papiloma humano (87621) Nota: Para el cumplimiento de la actividad se considerará haber realizado al menos uno de los 3 tamizajes. 5. Cáncer (varones): - Tamizaje de cáncer de próstata. (84152) 6. Cáncer: (Mujeres - Varones): Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer. (99402.08) NOTA: Para el numerador del indicador se deberá considerar el cumplimiento del paquete de cuidado integral de salud en un periodo de tiempo no mayor de 6 meses.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Todos los establecimientos de salud cuentan con los recursos suficientes y necesarios para la prestación orientada a la población adulta y los registros en el HIS son adecuados y oportunos
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud
	Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2020**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0.18%	0.8%	1.3%	1.8%	2.3%	2.8%	3.3%	3.8%

Ficha Técnica del Indicador AES 2.5 - Ind 2.5.6	
Objetivo Estratégico Sectorial	Mejorar el acceso a servicios de salud a la población.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de personas adultas mayores que reciben prestaciones priorizadas para el cuidado integral de salud.
Justificación	El presente indicador nos permitirá visibilizar el avance de la cobertura de salud de la población a través del cuidado integral de salud por curso de vida, dirigido a las personas adultas mayores, de 60 años, y se brinde el conjunto de intervenciones de promoción y prevención de cuidados esenciales para detectar factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, trastornos de salud mental, entre otros, a fin de reducir la carga de enfermedad, evitar complicaciones, manteniendo la funcionalidad y autonomía de la población adulta mayor.
Responsable del Indicador	Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI) - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Alta rotación de recursos humanos en los establecimientos de salud que reporta dicha información. Reportes estadísticos desactualizados a nivel de punto de atención y de la etapa de vida adulta de cada DIRESA/GERESA/DIRIS
Método de cálculo	**Fórmula:** **(Namp/Tpams)*100** **Donde:** **Namp:** Número de adultos mayores que han recibido las intervenciones con paquete preventivo para su cuidado integral con SIS **Tpams:** Población adulta mayor total asignada por establecimiento de salud del año 2023 con SIS **Especificaciones técnicas**

	El paquete de intervenciones preventivo promocional priorizado que se brinda al adulto mayor incluye las siguientes prestaciones de salud: VACAM, Código 99215.03 Valoración Antropométrica (Peso, Talla, perímetro abdominal, IMC) código 99209,04 Dosaje de glucemia plasmática en ayunas o tolerancia oral de glucosa. Código 82947 Perfil lipídico completo (colesterol total, HDL(), LDL calculado y triglicéridos). Código E785 Examen para Tumor de Próstata. Código Z125 Antígeno Prostático Especifico (PSA)Código R92.2 ANTIGENO PROSTATICO Específico (PSA) Libre: Código 84154 Papanicolaou, código 88141 Examen Pélvico. Código Z01.4 IVVA / IVVAM, código: 88141.0 Examen Clínico de Mama (ECM), Código 99386.03 Tamizaje de depresión, Código: 96150.03 Tamizaje de Violencia, Código:96150.01 Tamizaje de Alcohol y drogas, Código:96150.02 Tamizaje en Episodio Psicótico, Código: 96150.04 Consejería nutricional, Código: 99403.01 Consejería integral, Código 99401 Consejería de prevención de riesgo en salud mental. Código:99402.09 Consejería en prevención del cáncer, Código: Consejería en prevención del cáncer Vacuna (influenza), Código: 90658 Vacuna contra el neumococo, Código: 90670
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Todos los establecimientos de salud cuentan con los recursos suficientes y necesarios para la prestación orientada a la población adulta mayor y los registros en el HIS son adecuados y oportunos
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud
	Base de Datos: Registros de reporte HIS/MINSA

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2019***	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	5.93%	6.76%	7.26%	7.76%	8.26%	8.76%	9.26%	9.76%

*Se toma en consideración la línea de base al 2019, ya que se dispone de información parcial del año 2020 y 2021, debido a las restricciones de la Pandemia COVID-19.

Ficha Técnica del Indicador OES 3 - Ind 3.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Nombre del Indicador	Índice de ejecución de las decisiones en salud
Justificación	La medición de la ejecución de las decisiones en salud es una herramienta importante para monitorear el progreso de la ejecución de las decisiones efectuadas para que se cumplan los objetivos establecidos en salud. Los indicadores seleccionados son relevantes para el logro de las coberturas de atención del Sector Salud y la mejora de la calidad en la atención, la equidad en el acceso a los servicios y la sostenibilidad del sistema Contar con la identificación de los indicadores seleccionados permite identificar áreas en las que se necesitan mejoras.
Responsable del Indicador	Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.
Método de cálculo	**Fórmula:** $Id1 \times 0.2 + Id2 \times 0.2 + Id3 \times 0.2 + Id4a \times 0.1 + id4b \times 0.1 + Id5 \times 0.2$ **Donde:** **A =** Puntajes logrados de los indicadores de decisión. **Id =** Indicadores de decisión. **Especificaciones técnicas** **Los puntajes logrados se obtienen mediante la puntuación de los siguientes indicadores:** **1) ID1 =** % de regiones con 80% de ejecución del presupuesto en bienes y servicios en salud al III trimestre. **2) ID2 =** % de regiones en que al menos 80% de sus establecimientos de Salud de cada nivel de atención brinda el 95% de las prestaciones a afiliados en SIS con diagnóstico y tratamiento según normatividad vigente. **3) ID3 =** % de regiones en que al menos el 90% de sus EE con disponibilidad (normo stock) de productos farmacéuticos esenciales de acuerdo a nivel de atención. **4) ID4a =** % de regiones en que al menos el 80% de los establecimientos de salud del primer nivel cuentan con profesional médico. **ID4b = %** de regiones en que al menos el 80% de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel cuentan con especialistas de acuerdo a la naturaleza del establecimiento. **5) ID5 = %** de regiones en el que al menos el 90% de equipos reciben mantenimiento preventivo y/o correctivo de acuerdo a plan.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Los gobiernos regionales priorizan el cumplimiento de la atención en salud de la población.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud **Base de datos:** Registros administrativos del Ministerio de Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0	0.35	0.42	0.49	0.56	0.68	0.74	0.82

Ficha Técnica del Indicador OES 3 - Ind 3.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud
Nombre del Indicador	Índice de coberturas alcanzadas en salud
Justificación	La medición del índice de coberturas alcanzadas en salud nos permite medir el avance de coberturas clave para grupos vulnerables de la población. Asimismo, sirve para evaluar la capacidad resolutiva del sistema en actividades de diagnóstico, tratamiento oportuno, enfermedades prevalentes o graves como anemia, cáncer diabetes, VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. En este proceso de medición se identifican brechas en las coberturas de servicios esenciales de salud pública entre diferentes regiones del país, sus compromisos con la salud pública y la rendición de cuentas de las coberturas de los servicios de salud.
Responsable del Indicador	Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\sum_{i=1}^{n} Ic\ x\ 0.1$$ **Donde:** **A =** Puntajes logrados de los indicadores de decisión. **Ic =** Indicadores de cobertura. N = Cantidad de indicadores de cobertura **Especificaciones técnicas** **1) IC1=** % de regiones con al menos el 50% de niñas y niños menores de 1 año que reciben el paquete de intervenciones preventivas según norma vigente. **2) Ic2 =** % de regiones en la que al menos el 80% de gestantes reciben el paquete de intervenciones preventivas según norma vigente. **3) IC3 =** % de regiones en la que al menos el 70% de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, se han recuperado. **4) IC4 =** % de regiones en la que al menos el 70% de mujeres de 25 a 65 años afiliadas al SIS con tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. **5) IC5 =** % de regiones en la que al menos el 70% de afiliados al SIS con diagnóstico de diabetes e hipertensión reciben tratamiento oportuno según norma vigente. **6) IC6 =** % de regiones en la que al menos el 70% de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de una población estimada son tamizados para VIH. **7) IC7 =** % de regiones con población que reside en zonas de riesgo para malaria* que al menos el 90% de las personas diagnosticadas, reciben tratamiento según normativa vigente. **8) IC8 =** % de regiones en la que al menos el 80% de personas con trastornos mentales y/o problemas psicosociales reciben el paquete completo de intervenciones según norma vigente. **9) IC9 =** % de regiones en la que al menos el 80% de niñas y niños de 6 meses a menores de 6 años reciben el paquete de procedimientos estomatológicos preventivos. **10) IC10 =** % de regiones en la que al menos el 80% de personas que acceden al establecimiento de salud con Dx de TB Pulmonar, recibe tratamiento oportuno para Tuberculosis, y sus complicaciones.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Los gobiernos regionales priorizan el cumplimiento de la atención en salud de la población.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización y Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud **Base de datos:** Registros administrativos del Ministerio de Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0	0.42	0.49	0.56	0.63	0.7	0.77	0.84

Ficha Técnica del Indicador AES 3.1 - Ind 3.1.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer los mecanismos de cumplimiento de la función reguladora y fiscalizadora en salud.
Nombre del Indicador	Porcentaje de controversias en materia de salud atendidas y/o resueltas de manera oportuna
Justificación	El indicador ayuda a determinar el grado de acceso y resolución de controversias en materia de salud de la población en su calidad de personas usuarias de los servicios de salud y/o agentes del Sistema Nacional de Salud, a través de mecanismos alternativos de Conciliación, Mediación y Arbitraje especializado en salud. Reflejando la importancia del CECONAR como órgano resolutivo a nivel nacional en la gestión de conflictos suscitados en el Sistema Nacional de Salud y facilitando el acceso a la justicia en salud de la población.
Responsable del Indicador	Superintendencia Nacional de Salud - Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR.
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A:** Número de controversias atendidas y/o resueltas a través de Medios Alternativos de Solución de Conflictos en salud (MASC) en el año n **B:** Número de controversias presentadas al CECONAR en al año n **N:** el año de medición **Especificaciones técnicas** Número de controversias atendidas y/o resueltas: Número procedimientos de conciliación, mediación y procesos arbitrales concluidos, conforme a la normatividad especial vigente, independientemente de su fecha de presentación al CECONAR. Número de controversias presentadas al CECONAR: Número de demandas arbitrales presentadas y número de solicitudes de conciliación y mediación admitidas, conforme a la normatividad especial vigente. MASC: Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos (conciliación, mediación y arbitraje)
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Las controversias presentadas al Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR cuentan con los requisitos previstos en la normativa especial vigente para su admisión y tramitación conforme a la normatividad especial vigente.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Superintendencia Nacional de Salud - Centro de Conciliación y Arbitraje CECONAR **Base de datos:** Reportes de Jefaturas, Sistema de Atención al Usuario (SAU), Plataforma Virtual de Arbitraje, Libro de Registro de Procedimientos Conciliatorios (RPC).

Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	89.00	91.00	92.00	93.00	94.00	95.00	96.00	97.00

Ficha Técnica del Indicador AES 3.2 - Ind 3.2.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Incrementar el nivel de cumplimiento de los mecanismos de articulación intergubernamental en el sistema de salud.
Nombre del Indicador	Porcentaje de compromisos asumidos en los mecanismos de articulación intergubernamental implementados por los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Salud
Justificación	Este indicador facilitará la medición de la gestión articulada y coordinada del MINSA con los gobiernos regionales mediante la medición del cumplimiento de compromisos asumidos. Este proceso se de acuerdo a lo que establece la Ley de Bases de Descentralización y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y la Ley de la Función Rectora en Salud, Política Multisectorial en Salud al 2030, los lineamentos de política y las prioridades sectoriales nacionales. Lo cual permite fortalecer el Rol Rector del MINSA, la gestión intergubernamental, adoptándose un modelo de gobernanza colaborativa en salud para dialogar, negociar, adoptar e implementar acuerdos con los gobiernos regionales que contribuyan implementación de las políticas en salud.
Responsable del Indicador	Oficina General de Descentralización (OGDESC) - Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Este indicador, recoge información de todas las regiones y de las Direcciones Generales del MINSA por lo cual se prevé algunas dificultades en la recepción oportuna de la información.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{\sum_{I=1}^{n} COmCUm}{\sum_{i}^{n} TotCom} x100$ **Donde:** **ComCUm:** Número compromisos cumplidos en las reuniones de los mecanismos de articulación Intergubernamental durante determinado periodo. **TotCom:**Total de compromisos asumidos en los mecanismos y plataformas de articulación intregubernamental del MINSA **n**: MINSA y los 25 Gobiernos Regionales **Especificaciones técnicas** Coordinar y articular las relaciones intergubernamentales e intersectoriales para coadyuvar al cumplimiento de las funciones de salud transferidas, en el marco del proceso de descentralización, así como realizar el seguimiento y monitoreo de su cumplimiento en coordinación con los órganos competentes del Ministerio de Salud En el año 2024 se genera una leve disminución debido al cambio de gestión en los gobiernos regionales, sin embargo, los siguientes años tendrán un sentido ascendente.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	El cambio constante de Ministro de Salud y el cambio de gestión gubernamental del ejecutivo no afecta el desarrollo y la implementación de los acuerdos adoptados en las reuniones intergubernamentales.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Oficina General de Descentralización (OGDESC) **Base de datos:** Registros administrativos del Ministerio de Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	68%	60%	65%	70%	72%	75%	78%	81%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.3 - Ind 3.3.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud
Nombre del Indicador	Índice de Capacidad Preventiva Sectorial frente a la Corrupción (ICP)
Justificación	La medición del Índice de Capacidad Preventiva frente a la Corrupción (ICP) es una propuesta liderada por la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros que permite medir el nivel de adecuación al estándar de integridad por parte de las entidades públicas, a través del desarrollo de los componentes y subcomponentes del Modelo de Integridad, evidenciando las brechas y oportunidades de mejora en la entidad. El Modelo de Integridad constituye también una estructura de cumplimiento que desarrolla un estándar general de gestión ética para las organizaciones del Estado, para fortalecer la actuación pública y la capacidad de las entidades para hacer frente a la corrupción. La Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros medirá la integridad y lucha contra la corrupción en 05 Etapas, que será implementada progresivamente, teniendo como metodología evaluaciones semestrales.
Responsable del Indicador	Oficina de Transparencia y Anticorrupción (OTRANS) del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	La medición del indicador es posible mediante el reporte oportuno efectuado por el evaluador externo de la implementación del Modelo del IPC, la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros. Este sistema se implementa de manera progresiva, estando supeditado a los estándares adicionales de la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros.
Método de cálculo	**Fórmula:** $$\sum_{i=1}^{n}\left(\sum_{j=1}^{m}(ICP_{ij})/m\right)/n$$ **Donde:** **ICP =** Índice de Capacidad Preventiva (o puntaje obtenido) por entidad adscrita al Sector Salud (entre 0 y 1) en la etapa evaluada para el periodo en medición. **m =** Total de entidades adscritas al Sector Salud, incluyendo al MINSA. **n =** Total de etapas evaluadas por la SIP PCM. **Especificaciones técnicas** El Índice de Capacidad Preventiva frente a la corrupción (ICP) es la herramienta que permite medir el nivel de adecuación al estándar de integridad por parte de las entidades públicas, a través del desarrollo de los componentes y subcomponentes del Modelo de Integridad, evidenciando las brechas y oportunidades de mejora El Índice de Capacidad Preventiva Frente a la Corrupción es reportado por el MINSA y las entidades adscritas al Sector Salud en función de las etapas y componentes evaluados cada año, solicitados por la Secretaría de Integridad Pública de la PCM, para efectos de la evaluación del presente Pesem se tomará la última medición realizada por la PCM.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se cuenta con los recursos disponibles para implementar la presente acción estratégica.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Secretaría de Integridad Pública **Base de datos:** Reporte Nacional de la Implementación del Modelo de Integridad.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0.6	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1	1

Ficha Técnica del Indicador AES 3.3 - Ind 3.3.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud
Nombre del Indicador	Porcentaje de IPRESS públicas que ofrecen servicios digitales.
Justificación	La medición de IPRESS públicas que cuentan con el servicio de gestión de citas en línea a nivel nacional permitirá identificar el fortaleciendo del ecosistema de salud digital de cara a los usuarios de servicios de salud.
Responsable del Indicador	Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) - Ministerio de Salud (MINSA)
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.
Método de cálculo	Formula: $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A:** Número de IPRESS públicas que ofrecen el servicio digital de citas en línea a través del Portal del usuario de Servicios de Salud **B:**Número total de IPRESS públicas registradas en SUSALUD **Especificaciones técnicas** Para que las IPRESS públicas se considere que ofrecen servicios digitales de citas en líneas debe contar con programación de turnos de atención asistencial por lo menos 02 meses hacia adelante de la fecha de consulta y compartir esa información con el MINSA, a través del Portal del usuario de Servicios de Salud. Total de IPRESS incluye a las IPRESS de los tres niveles de atención públicas. Este servicio se dará mediante la incorporación de la programación de turnos a disponer de todas las IPRESS públicas lo significará que para el 2030 que las personas residentes en suelo peruano puedan gestionar una cita desde la comodidad de su trabajo o su casa. El Portal del Usuario de los Servicios de Salud debe consolidarse como el medio oficial mediante el cual el estado peruano brinda la oportunidad a sus usuarios de salud de realizar progresivamente más transacciones electrónicas en salud, partiendo por la posibilidad de acceder a la disponibilidad de la oferta de servicios de salud a la que puede acceder, entre otros que le generen valor, teniendo entre sus principales productos a ofertar: - Gestión de Citas en línea - Consulta del estado de Referencias y Contrarreferencias - Consultas del estado de su vacunación - Consultas sobre la atención de sus recetas electrónicas, y gestión de la información de las indicaciones contenidas en la receta electrónica. - Seguimiento del historial de sus atenciones - Información oficial en salud
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	- Se destinan recursos para la implementación y sostenibilidad escalable de los servicios del Portal del Usuario de servicios de salud, con la tecnología que ello implica. - Se acompaña de una estrategia comunicacional que garantice el uso del servicio por parte de las personas residentes en Perú, a partir de demostrar su utilidad. - Se fortalece el marco normativo habilitante para la implementación.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** SUSALUD

	Base de datos: Base de datos de Portal del Usuario de Servicios de Salud.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0	5%	10%	20%	30%	40%	50%	55%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.3 - Ind 3.3.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud
Acción Estratégica Sectorial	Fortalecer la implementación de los esquemas de modernización en el Sector Salud
Nombre del Indicador	Porcentaje de recursos humano en salud con capacidades fortalecidas
Justificación	Medir este indicador nos permite identificar que el Recurso Humano en Salud (RHUS) cuente con capacidades alineadas a prioridades de salud de la población y para la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública. Esto incluye el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para el cuidado integral y continuo centrado en la persona; la identificación y el cuidado apropiado de los problemas relacionados a la carga de enfermedad y características epidemiológicas regionales y locales; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; el abordaje de las determinantes sociales; la ética profesional; y, las intervenciones sobre las necesidades de salud y las demandas de la comunidad de acuerdo las prioridades de salud establecidas a nivel regional y local,
Responsable del Indicador	Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP) del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Al recoger información de todas las OGGRH delas DIRESAS, GERESAS, DIRIS, podría generarse algunas dificultades en la recepción oportuna de la información.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A=** Número de RHUS que culmina satisfactoriamente las capacitaciones, mayor a 51 horas o tres créditos por semestre, ofertadas por la escuela de salud pública o programadas en el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) de su entidad. **B=** Total de RHUS considerado en el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) de su entidad. **Especificaciones técnicas** El fortalecimiento de las capacidades de los RHUS mejora la calidad de la atención, porque los RHUS con mayores competencias están en mejores condiciones de brindar una atención de salud de alta calidad, reduce la inequidad en la atención al encontrarse con mejores condiciones de brindar atención a las poblaciones vulnerables, asegura la sostenibilidad, debido a que los RHUS capacitados tienen mejores herramientas para adaptarse a los cambios y desafíos del sistema de salud.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	El RHUS participa y contribuye en el desarrollo e implementación de los Planes de Desarrollo de las Personas se encuentren debidamente aprobados y presupuestados por la entidad por las DIRESAS, GERESAS y DIRIS
Fuente y bases de datos	**Fuente:** DIRESAS, GERESAS y DIRIS **Base de datos:** Registros de capacitación de las OGGRH o quien haga sus veces de las entidades de las DIRESAS, GERESAS Y DIRIS a nivel nacional .y la ENSAP,

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.1	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje de capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud
Justificación	El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) revisado se adoptó en 2005 y entró en vigor en 2007 (disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf). Según el RSI, los Estados Parte están obligados a desarrollar y mantener capacidades básicas mínimas de vigilancia y respuesta, incluso en los puntos de entrada, a fin de detectar, evaluar, notificar y responder tempranamente a cualquier posible evento de salud pública de importancia internacional. El artículo 54 del RSI exige que los Estados Parte y el Director General informen a la Asamblea Mundial de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según lo decida la Asamblea Mundial de la Salud. En 2008, la Asamblea Mundial de la Salud, mediante la adopción de la Resolución WHA61, y posteriormente en 2018 con la Resolución WHA71, decidió que "los Estados Partes y el Director General continuarán informando anualmente a la Asamblea de la Salud sobre la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005), utilizando la herramienta de autoevaluación anual de informes". Este indicador refleja las capacidades que los Estados Partes en el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) habían acordado y se habían comprometido a desarrollar.
Responsable del Indicador	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Dirección de Respuesta a Brotes, Epidemias, Emergencias Sanitarias en Salud Global - RSI del MINSA.
Limitaciones para la medición del indicador	El instrumento se modificó en el 2018 y luego en el 2021, por lo tanto, existe una limitación para comparar las puntuaciones de los informes entre dichos períodos. En comparación con la primera edición de SPAR, donde figuraban 13 capacidades y 24 indicadores, en la segunda (2021) figuran 15 capacidades y 35 indicadores.
Método de cálculo	**Fórmula::** $$\frac{\sum_{i=1}^{n} x}{n}$$ **Donde:** **X=** Nivel de capacidad del indicador evaluado del Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes (1) **n:** Total de indicadores evaluados El nivel de capacidad se expresa como el promedio de todos los indicadores. Por ejemplo, si se selecciona el nivel 3 para el indicador 2.1 y el nivel 4 para el indicador 2.2. El nivel del indicador para 2.1 se expresará como: 3/5*100=60%, el nivel del indicador para 2.2 se expresará como: 4/5*100=80% y el nivel de capacidad para 2 se expresará como: (60+80) /2=70% NIVEL DE INDICADOR La puntuación de cada nivel de indicador se clasifica como un porcentaje del desempeño en la escala de "1 a 5". **Especificaciones técnicas** Capacidad básica: la capacidad esencial de salud pública que los Estados Partes deben tener implementada en todo su territorio de conformidad con los artículos 5 y 12, y los requisitos del Anexo 1A del RSI (2005). Se tomará en cuenta la segunda edición de SPAR (2021) tiene 15 capacidades y 35 indicadores. Indicador: variable que puede medirse repetidamente (directa o indirectamente) a lo largo del tiempo para revelar cambios en un sistema. Puede ser cualitativo o cuantitativo, permitiendo la medición objetiva del avance de un programa o evento. Las mediciones cuantitativas deben interpretarse en un contexto más amplio, teniendo en cuenta otras fuentes de información (por ejemplo, informes de supervisión y estudios especiales) y deben complementarse con

	información cualitativa. Atributos: uno de un conjunto de elementos o características específicas que reflejan el nivel de desempeño o logro de un indicador específico. Niveles de capacidad: a cada atributo se le ha asignado un nivel de madurez o un "nivel de capacidad". El logro de un nivel de capacidad determinado requiere que todos los atributos de los niveles inferiores estén en su lugar. En la lista de verificación, el estado del desarrollo de capacidades básicas se mide en cinco niveles de capacidad, cada uno de los cinco niveles utilizados se describe mediante indicadores específicos, según la capacidad relacionada
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Financiamiento para la implementación plena de las capacidades e involucramiento del Gobierno y de los diferentes sectores
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC)
	Base de datos: Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los estados partes

	Línea de base	**Logros esperados**						
Año	**2021**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	35%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%

(1) Instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-security-preparedness/cap/spar/9789240046245-spa.pdf?sfvrsn=7d7a7c8d_3.

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.2	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje de establecimiento de salud a nivel nacional que implementan la gestión del riesgo de desastres en salud.
Justificación	El indicador permite medir el avance de las intervenciones que buscan garantizar la preparación de los establecimientos de salud para responder a emergencias y desastres. La STAR-H es una herramienta que permite identificar y evaluar los riesgos a los que están expuestos los establecimientos de salud, así como las medidas que se deben adoptar para mitigarlos. La medición de la implementación de la STAR-H permite verificar que los establecimientos de salud han llevado a cabo este proceso y que están preparados para responder a cualquier eventualidad.
Responsable del Indicador	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud - DIGERD del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	Los reportes administrativos tienen posibles demoras al ser procesados.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A:** Número de establecimientos de salud de categorías II , III y I4 que han aplicado el STAR-H, ISH, evaluación de seguridad para establecimientos de salud del primer nivel de atención vigente y han implementado el componente de GRD según su evolución del ISH **B:** Total de establecimientos de salud de categorías II , III y I4 según el RENIPRESS **Especificaciones técnicas** Se determina que la región ha implementado este indicador cuando el 80% de establecimientos de salud II y III según la norma de categorización del MINSA han ejecutado los tres criterios, que a continuación se detalla: 1er criterio: Establecimientos de salud del nivel II , III y I4 según la norma de categorización del MINSA que han evaluado con herramienta Evaluación Estratégica del Riesgo de Emergencias y Desastres en establecimientos de salud (STAR-H) 2do criterio: Establecimientos de salud nivel II , III y I4según la norma de categorización del MINSA que han evaluado con la evaluación cualitativa el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) y la herramienta de evaluación de establecimientos de salud del primer nivel de atención vigente. 3er criterio: Establecimientos de salud nivel II , III y I4 según la norma de categorización del MINSA que han implementado el componente de Gestión de Emergencias y Desastres de la evaluación cualitativa a través de la herramienta Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH) y la herramienta de evaluación de establecimientos de salud del primer nivel de atención vigente. vigente. Niveles de Atención Hospitalaria II y III: Nivel II (segundo nivel de atención). En este nivel se complementa la Atención Integral iniciada en el nivel I, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brindando un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acudan a los establecimientos de salud de este nivel. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda. Nivel III (tercer nivel de atención) Es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva

	en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como aquellas personas que acudan a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además, realiza actividades preventivas promocionales, según corresponda.
Sentido esperado del indicador	Ascendente.
Supuestos	Se asume que las entidades de los tres niveles de gobierno alinean sus políticas y planes a estos lineamientos. 1. Cuentan con recurso humano especializado y capacitado en los diferentes niveles de gobierno, en relación a las herramientas que se aplican en contexto de establecimientos de salud seguros. 2.- Disponen con presupuesto para la implementación de establecimientos de salud seguros, a través de programas presupuestales de salud y proyectos de inversión. 3. Están comprometidos en la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección de las entidades públicas de salud que, facilite la implementación de establecimientos de salud seguros. 4. Se realizan alianzas con actores estratégicos del nivel sectorial, multisectorial y multinivel.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio Salud
	Base de datos: Base de datos de la Dirección General de Gestión de Riesgos y Desastres.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0%	5%	10%	15%	20%	25%	35%	50%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.3	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población.
Nombre del Indicador	Porcentaje de regiones con ofertas móviles implementadas, para la respuesta oportuna a emergencias y desastres en salud.
Justificación	El indicador permite medir el avance de las condiciones para poder brindar una atención oportuna a las personas afectadas por emergencias y desastres. La medición del porcentaje de regiones con Ofertas Móviles implementadas verifica que las regiones tienen la capacidad para responder a cualquier eventualidad. Cuantifica el porcentaje de regiones con Ofertas Móviles implementadas, para determinar la capacidad de respuesta a emergencias y desastres.
Responsable del Indicador	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. Unidad de Movilización en Salud. - DIGERD del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	No se registra limitación.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A:** Número de regiones con Ofertas Móviles implementadas, para la respuesta a emergencias y desastres **B:** Número total de regiones del país (25) **Especificaciones técnicas** Se determina que la región ha sido implementada con Oferta Móvil , si cumple con tres (03) criterios como mínimo: 1er criterio: Región que cuentan con más de dos infraestructuras moviles (Tienda modular, módulos prefabricados, carpas entre otros) implementadas, para la atención de salud en emergencias y desastres. 2do criterio: Región fortalecidas mediante la capacitación, en el marco de Gestión de Riesgo y Desastres de salud (EMT, Brigada entre otros). 3cer criterio: Región con Oferta móvil, autónoma y autosuficiente en su desplazamiento y despliegue. 4to criterio: Región con recursos humanos (EMT, Brigadas y otros) equipados para la atención de emergencias y desastres. - Oferta Móvil para emergencias y desastres: es el conjunto de infraestructuras con equipamiento y recursos humanos, que permiten brindar una respuesta, para la atención en salud de las personas afectadas por alguna emergencia o desastre, así como la prevención ante escenarios con riesgo inminente a la salud. Esta infraestructura móvil es autónoma y autosuficiente y tiene capacidad de desplazamiento y despliegue inmediato.
Sentido esperado del indicador	Ascendente
Supuestos	Se cuenta con suficientes recursos presupuestales para la implementación de la Oferta Móvil en regiones.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Ministerio de Salud **Base de datos:** Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%

Ficha Técnica del Indicador AES 3.4 - Ind 3.4.4	
Objetivo Estratégico Sectorial	Fortalecer la rectoría para la gobernanza en el Sector Salud.
Acción Estratégica Sectorial	Mejorar la gestión de riesgos en el Sector Salud ante emergencias, desastres, efectos de cambio climático y amenazas globales en beneficio de la salud de la población
Nombre del Indicador	Porcentaje de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en beneficio de la salud pública.
Justificación	Este indicador permite medir la implementación de las medidas de adaptación de mitigación frente al cambio climático en forma progresiva mediante un proceso constructivo y con participación activa de los diferentes órganos y unidades orgánicas del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud; distintos sectores y actores estratégicos, orientado a incorporar la gestión integral del cambio climático en las planes, estrategias, instrumentos y herramientas regionales; en el maroc de la Ley Nª307504 que aprueba la "Ley Marco sobre Cambio Climático", con la finalidad de adaptarnos al cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.
Responsable del Indicador	Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres en Salud. - cambio climático / DIGERD del Ministerio de Salud
Limitaciones para la medición del indicador	. No se cuenta con disponibilidad de un sistema de información digital para contar de manera oportuna con la información de los avances de las regiones en la implementación de la gestión integral del cambio climático.
Método de cálculo	**Fórmula:** $\frac{A}{B}$ *x 100* **Donde:** **A:** Número de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en salud. **B:** Total de regiones. **Especificaciones técnicas** Se determina por el número de regiones que implementan la gestión integral del cambio climático en salud, entre el total de regiones, a fin de establecer si la región implementa la gestión integral del cambio climático, para lo cual deberá considerar los siguientes criterios - 1er criterio: DIRESA/GERESA que cuentan con Grupo de Trabajo de Cambio Climático conformado y activo. - 2do criterio: DIRESA/GERESA han establecido metas regionales frente al cambio climático en articulación con la Programación Tentativa de las Contribuciones Nacionalmente en Salud. - 3er Criterio: DIRESA/GERESA que cuenten con algún documento de planificación regional en salud frente al cambio climático. - 4to Criterio: DIRESA/GERESA que estén implementando acciones frente al cambio climático en articulación con sus metas regionales establecidas en articulación con Programación Tentativa de las Contribuciones Nacionalmente en Salud. Se considerará región que implementa la gestión integral del cambio climático, aquella que cumple con al menos 3 de los 4 criterios establecidos. Asimismo, es obligatorio el cumplimiento del 4to criterio.
Sentido esperado del indicador	Ascendente

Supuestos	1. Se cuenta con la cantidad suficiente de recursos humanos en salud especializado y capacitado en las regiones, en relación a la gestión integral del cambio climático. 2. Incorporación de la gestión integral del cambio climático en los documentos de gestión y documentos de planificación del Ministerio de Salud y de las DIRESA/GERESA. 3. Contar con un presupuesto específico para la implementación de la gestión integral del cambio climático en salud, el cual esta incorporado en los programas presupuestales multisectoriales o sectoriales, inversiones en salud, entre otros. 4. Contar con el compromiso y toma de decisiones por parte de la Alta Dirección del Ministerio de Salud y de las DIRESA/GERESA, lo cual facilite la implementación de las acciones en salud frente al cambio climático. 5. Alianzas estratégicas con actores estratégicos del nivel sectorial, multisectorial y multinivel.
Fuente y bases de datos	**Fuente:** Direcciones Regionales de Salud / Gerencias Regionales de Salud.
	Base de datos: Fichas de Reporte de Monitoreo Regional Anual de cada Dirección Regional de Salud / Gerencia Regional de Salud.

	Línea de base	Logros esperados						
Año	**2022**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Valor	12%	20%	40%	60%	72%	80%	88%	100%

REPÚBLICA DEL PERÚ
PERÚ
Ministerio
de Salud